Trans Health Project

Working for Transgender Equal Rights

Health Insurance - Cómo entender una denegación

Es esencial entender la razón de una denegación, ya que afecta la forma en que necesitará responder. Es muy diferente si la compañía de seguros deniega la cirugía porque hay una exclusión para todas las cirugías relacionadas a personas transgénero a que digan que la cirugía es "cosmética".

Revise cada tipo de denegación al expandir los botones de abajo.

Una vez que entienda la razón de la denegación, puede pasar a aprender Cómo apelar una denegación.

Si el marcador de género no coincide

La atención médica con relación al sexo de la persona, como visitas ginecológicas, anticonceptivos o exámenes de próstata, pueden ser denegadas si el servicio no parece coincidir con el género que está registrado en su seguro. Estas son denegaciones generadas por computadora que están diseñadas para evitar errores o fraudes. Normalmente, estas se pueden resolver sin pasar por el proceso formal de apelaciones.

Lo que les proveedores pueden hacer

Les proveedores pueden evitar que estas denegaciones ocurran mediante el uso de códigos de modificación que le indican a la compañía de seguros que algo que podría parecer un error no lo es. Estos códigos se originan en el contexto de Medicare, pero también se utilizan en Medicaid y seguros privados. Algunas compañías de seguros tienen una guía de facturación específica para pacientes transgénero.

Códigos de modificación

- El personal médico y otro personal no médico pueden agregar el modificador "-KX" a los códigos de intervención médica o diagnóstico que son específicos al sexo. El modificador KX debe facturarse en la línea de reclamación con el conflicto de sexo/intervención médica o sexo/diagnóstico.
- Les proveedores institucionales pueden agregar el código de condición "45" al campo de reclamación correspondiente para indicar un servicio con relación al sexo de la persona. Este código de condición a nivel de reclamación alerta a les aseguradores que el conflicto de sexo/intervención o sexo/diagnóstico no es un error, lo que permite que se omita el aspecto relacionado al sexo de la persona.

Si un personal médico proveedor no ha utilizado uno de los de modificación, la explicación de los beneficios que le den puede decir que solicitan información adicional. Les proveedores pueden proporcionar rápidamente esa información para que la reclamación pueda ser aprobada.

Lo que pueden hacer les pacientes

Si busca un servicio específico al sexo, asegúrese de que su personal médico proveedor tenga el sexo correcto como se indica en su seguro para que sepan si necesitan usar un código de modificación.

Además, puede informarle al personal de facturación sobre la opción de usar códigos de modificación. Si el personal médico proveedor no ve a muches pacientes trans, es posible que no tengan familiaridad con el uso de esos códigos.

Si ya ha recibido una denegación, a veces puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta y simplemente explicar por qué el servicio no debería haber sido denegado.

Cambie los marcadores de género con el seguro

La designación de sexo en su historial del seguro se mostrará en lugares como farmacias, por lo que generalmente es mejor actualizar el sexo para garantizar su privacidad y eliminar confusión. Actualmente, las compañías de seguros generalmente solo ofrecen marcadores binarios de sexo. Las personas han reportado que las compañías de seguros han cambiado su designación de sexo incluso sin que lo soliciten cuando envían un cambio de nombre, así que tenga esto en cuenta si es que usted no quiere actualizar su designación de sexo.

Si usted está solicitando un plan en el Mercado de Seguros, elles usarán el sexo en su solicitud que usted ha marcado con el Seguro Social, así que si es necesario, primero cámbielo con el Seguro Social.

A menudo, las personas transgénero dudan para actualizar su designación de sexo con el seguro médico debido a las inquietudes sobre cómo obtener cobertura de atención médica específica con relación al sexo de la persona o para las personas transgénero. Por ejemplo, si un hombre transgénero ya está en la lista de “hombres”, ¿cómo podrá obtener cobertura para una histerectomía? Sin embargo, lo que importa para la cobertura del seguro son los códigos de diagnóstico e intervención médica, no el sexo administrativo de alguien según lo registrado por la compañía de seguros. Si la atención relacionada con las personas transgénero no está excluida con su plan, entonces una histerectomía que sea médicamente necesaria estaría cubierta, independientemente de la designación de sexo.

A veces se les dice a las personas que tienen que cambiar su designación de sexo de nuevo para acceder a atención médica con relación al sexo de la persona. Esto no es verdad. Como se explicó anteriormente, se puede utilizar un código de modificación para procesar la reclamación. Si una persona representante de la compañía de seguros le dice que necesita cambiar su designación de sexo para acceder al cuidado, solicite hablar con quien le supervise para obtener información más precisa. Si eso no resuelve la situación, puede tratar de presentar una queja de derechos civiles con la compañía de seguros.

Denegaciones por necesidad médica

Puede identificar las denegaciones por necesidad médica porque la carta de denegación indicará que el servicio se consideró “medicamente no necesario” o que se excluyó bajo la exclusión “cosmética”. ¡O ambas!

Estos son los tipos de denegaciones que ocurren cuando el plan cubre la atención médica relacionada con las personas transgénero y la compañía de seguros aplica sus criterios clínicos para determinar si los servicios son médicamente necesarios para usted. Pero, lamentablemente, muchos de esos criterios clínicos realmente no les dan a las personas la oportunidad de recibir atención médica evaluada de manera individual. Muchos de estos contienen lenguaje que considera ciertos servicios, como cirugías faciales, de voz o de aumento de senos, automáticamente denegables al ser considerados “cosméticos”. Las restricciones de edad para las personas menores de 18 años también son comunes en estos criterios clínicos.

La manera de disputar estas denegaciones es demostrar en el proceso de apelación que (1) el servicio es una necesidad médica *para usted* y (2) que se reconozca al servicio *en general* como un tratamiento médicamente necesario para la disforia de género. Si usted tiene certeza de que la atención médica

fue denegada bajo exclusiones del plan que es “cosmético” o “medicamente no necesario”, y no debido a los otros tipos de exclusiones descritas a continuación, usted puede proceder con seguridad con el proceso de apelación.

Exclusión general en el documento del plan

Si su atención médica ha sido denegada bajo una exclusión general a lo transgénero, querrá comunicarse con la defensa legal de inmediato para comprender cuáles son sus opciones. Usted puede reconocer estos tipos de denegaciones porque la carta de denegación citará una exclusión del plan para toda la atención médica relacionada a lo transgénero, como una exclusión por “cambio de sexo”, “transformación de sexo” o “reasignación de género”, o simplemente indicará que el servicio no es un beneficio cubierto en su plan.

Con este tipo de denegaciones, **no importa si puede probar que la atención médica que necesita es médicamente necesaria**, seguirán denegando la cobertura de acuerdo a la exclusión. Si usted pasa por el proceso de apelaciones en lugar de disputar directamente la exclusión, es probable que pierda tiempo valioso, ya que las exclusiones normalmente no se pueden disputar a través del proceso normal de apelaciones.

Si se le ha denegado atención médica debido a una exclusión general a lo transgénero, **contáctenos** para hablar sobre sus opciones. Si su atención ha sido denegada por otras razones, es seguro proceder con el proceso de apelación.

Exclusión específica en el documento del plan

Esto es similar a una exclusión general, pero en este caso el plan enlista explícitamente el tratamiento de la disforia de género como parte de la cobertura. Sin embargo, también habrá ciertas limitaciones de la cobertura directamente presentes en el documento del plan. Por ejemplo, solo puede enlistar cobertura explícita para cirugías de los genitales y la mastectomía. O puede tener un requisito que las personas deben tener al menos 18 años de edad. O puede dirigirlo a la sección de exclusiones donde el plan puede excluir explícitamente cirugías faciales, de voz o de aumento de senos.

Puede ser difícil distinguir este tipo de denegaciones y las denegaciones de necesidad médica con base en los criterios clínicos de la compañía de seguros, así que es importante revisar a fondo el documento de su plan para saber si hay alguna exclusión en el plan en sí.

La diferencia entre estas denegaciones y las denegaciones de necesidad médica es que, al igual que con las exclusiones generales, **no importa si puede probar que la atención que necesita es médicamente necesaria**, aún le negarán la cobertura de acuerdo a la exclusión. Si usted lleva a cabo un proceso de apelación en lugar de disputar directamente la exclusión, es probable que pierda tiempo valioso, ya que las exclusiones generalmente no pueden apelarse a través del proceso de apelación normal.

Si se le ha denegado atención médica debido a una exclusión directa a lo transgénero, **contáctenos** para discutir sus opciones. Si su atención médica ha sido denegada por otras razones, es seguro continuar con el proceso de apelación.

Atención médica solicitada con un diagnóstico diferente

Si hay una exclusión general a lo transgénero en su plan, tenga mucho cuidado sobre la posibilidad de obtener cobertura de atención médica relacionada a lo transgénero que use un diagnóstico distino. Hemos visto casos en los que una persona ha recibido una histerectomía preautorizada por una

distinta razón médica legítima, como dolor pélvico, pero luego la compañía de seguros se negó a pagar citando la exclusión a lo transgénero. Si hay una exclusión a lo transgénero en su plan, lo mejor es buscar asesoramiento legal antes de proceder con una cirugía que podría considerarse relacionada a las personas transgénero, incluso si esa no es la razón por la cual necesita la cirugía.

Content last updated on Jan 15, 2025 - PDF generated from: https://transhealthproject.org/tutorial-del-seguro-de-salud-trans/como-entender-una-denegacion/ on Dec. 7, 2025.

If you find this helpful, please consider making a donation at https://transgenderlegaldefense.networkforgood.com to support our work.

Copyright © 2024 Advocates For Trans Equality, Inc. | Tel: (202) 642-4542