



Trans Health Project

Working for Transgender Equal Rights

Health Insurance - Cómo solicitar cobertura

Esta sección cubre cómo solicitar cobertura médica relacionada con la atención médica trans, que incluye:

- Consejos para las cartas de proveedores
- Estimación de los gastos de bolsillo
- Consideraciones al elegir personal médico cirujano
- Advertencias de costos para personal médico cirujano fuera de la red
- Obtención de preautorización o reembolso

Expanda los botones que aparecen a continuación para obtener más información sobre cada paso.

Si aún no lo ha hecho, asegúrese de revisar [Cómo entender su plan](#). Si su plan de seguro deniega cobertura, vea [Cómo entender una denegación](#).

Obtenga las cartas de proveedores

La mayoría de las compañías de seguros requieren una o más cartas de personal médico proveedor de salud mental. Es posible que también quieran una carta de su personal médico proveedor de hormonas que documente cuánto tiempo ha estado tomando hormonas. Y si se va a someter a una cirugía que posiblemente se le deniegue como "cosmética", también es útil obtener una carta del personal médico cirujano que le atiende.

Consejos para las cartas de proveedores

Cuando le pida a su personal médico proveedor una carta, dele una copia de la [póliza médica de su compañía de seguros](#) y pídale que explique en la carta cómo usted cumple con todos los requisitos de la compañía de seguros. Si no cumple con los requisitos, pídale que expliquen por qué los requisitos no deberían de aplicarse a usted. Aunque muchas compañías de seguros reconocen, por ejemplo, que no se requiere tomar testosterona antes de someterse a una cirugía superior, algunas todavía pueden tener esto enlistado como un requisito.

Pídale a su personal médico proveedor que comience la carta enlistando sus propias acreditaciones, incluyendo su educación, experiencia trabajando con personas trans y cualquier capacitación, publicaciones o membresía profesional relevante. Algunos proveedores escriben lo mínimo en sus cartas porque no quieren patologizar a las personas trans. Pero eso no es útil cuando se trata de demostrar que el tratamiento que usted necesita es médicamente necesario. Si bien no hay nada de malo en ser trans, las personas trans que buscan acceso a tratamiento médico saben que definitivamente hay algo en su cuerpo que necesitan cambiar para aliviar su disforia de género.

Todavía no hemos llegado al momento en que la cobertura trans sea automática, particularmente para cosas como la cirugía facial y de aumento de senos. Por lo tanto, la carta de le terapeuta no debe decir simplemente que la persona está lista para la cirugía y que entiende los riesgos de la intervención médica. Debe describir cómo la persona tiene disforia de género y enlistar los desafíos específicos que enfrenta la persona debido a esto, como tener depresión, tener miedo de salir de la casa o tener

que usar una faja de pecho. La carta debe explicar que necesitan cambiar sus características sexuales para aliviar su disforia de género. Este es un tratamiento médico para un diagnóstico particular y las cartas de los proveedores deben dejarlo claro.

¿Necesito una carta de mi terapeuta?

Algunas personas han preguntado si es posible prescindir de obtener una carta de su terapeuta. La mayoría de las pólizas médicas de las compañías de seguros no requieren cartas de terapeutas para las hormonas (excepto para los tratamientos de supresión de la pubertad). Si acude a un personal médico proveedor que use un modelo de consentimiento informado, entonces es posible obtener hormonas sin una carta de su terapeuta. Pero para la cirugía, las *Normas de atención para la salud de personas trans* de la WPATH recomiendan una carta de un terapeuta para la cirugía de masculinización de pecho y dos cartas para la cirugía de reconstrucción genital, por lo que la mayoría del personal médico cirujano y las compañías de seguros siguen esos requisitos.

Estimación de gastos de bolsillo

Incluso cuando el seguro cubre la cirugía, todavía puede haber gastos de bolsillo considerables. Para saber cuáles podrían ser, consulte la tabla del Resumen de beneficios y cobertura de su plan.

Deducibles

Primero, sepa cuánto será el deducible. El deducible es la cantidad que debe pagar de su propio bolsillo antes de que el plan de seguro comience a pagar los beneficios. Por lo general, hay deducibles separados para la atención médica dentro de la red y fuera de ella. Por lo tanto, incluso si ya ha alcanzado su deducible para la atención médica dentro de la red, si elige un personal médico cirujano fuera de la red, tendrá que pagar la cantidad completa del deducible de fuera de la red antes de que comience la cobertura.

La buena noticia sobre un deducible es que una vez que se alcanza, se alcanza para toda la atención médica que recibirá más adelante durante ese mismo año del plan. Tenga en cuenta que es posible que el año del plan no se ejecute de enero a diciembre. El período de cobertura se enlistará en la parte superior del resumen de beneficios y cobertura para que sepa en qué fecha el deducible que ya pagó se reestablecerá a cero.

Veamos un ejemplo. Si su cirugía cuesta \$10,000 y usted tiene un deducible de \$3,000, usted estaría pagando \$3,000 de su propio bolsillo si aún no ha contribuido nada a su deducible. Pero entonces, ¿qué sucede? ¿Los \$7,000 restantes están completamente cubiertos? Probablemente no. Esto se debe a copagos o coseguros.

Copagos y coseguros

Un copago es una cantidad fija que se debe pagar por ciertos servicios. Por lo tanto, su plan puede tener un copago de \$500 para cirugía ambulatoria. O en lugar de un copago, podría ver que dice "coseguro" ya sea como 20 % de coseguro para servicios dentro de la red o 40 % de coseguro para servicios fuera de la red. "Coseguro" significa que usted es parcialmente responsable de pagar por el servicio. Esto significa que usted paga ese 20 % o 40 % del costo. Aunque poco común, debería de preguntarle a quien administra sus beneficios o a su departamento de recursos humanos si su empleador tiene algún programa para ayudarle a cubrir los pagos de copagos y coseguro.

Continuando con nuestro ejemplo anterior, de los \$7,000 restantes después de que pagó el deducible, usted aún debería el 20 % o \$1,400 si el personal médico cirujano y el centro médico estaban dentro de

la red y \$2,800 si estaban fuera de la red. Tenga en cuenta que puede acudir a un personal médico cirujano fuera de la red que lleve a cabo la cirugía en un centro dentro de la red o viceversa.

Límite de gastos de bolsillo

El límite de los gastos de bolsillo es el máximo que pagará de su propia cuenta en un año determinado del plan. En nuestro ejemplo, con el deducible y coseguro combinados, sería un costo de bolsillo de \$4,400 dentro de la red o \$5,800 fuera de la red. Pero digamos que hay un límite de bolsillo de \$3,500 dentro de la red y \$7,000 fuera de la red. ¿Entonces qué sucede con esa cifra de \$4,400? La compañía de seguros no se lo podrá cobrar. Lo máximo que pagaría es \$3,500 si su personal médico proveedor y centro médico están en la red. Pero si el personal médico proveedor y centro médico están fuera de la red, aún tendría que pagar los \$5,800. Por lo tanto, puede ver lo importante que es encontrar un personal médico cirujano que esté dentro de la red o hacer que su personal médico cirujano que está fuera de la red sea considerado como parte de la red. Esta podría ser una diferencia de miles de dólares en el costo de su cirugía.

Advertencia sobre un bajo reembolso de gastos de bolsillo

Si usted paga de su propio bolsillo por un personal médico cirujano fuera de la red, tenga en cuenta que es probable que le reembolsen una cantidad mucho, mucho menor de la que pagó. Esto se debe a que las compañías de seguros pueden establecer **un cargo “razonable y habitual”** para cualquier servicio. Estas cantidades a menudo están explícitamente vinculadas a las tasas de reembolso de Medicare, las cuales son notoriamente bajas.

Si usted paga \$10,000 de su propio bolsillo, pero la compañía de seguros piensa que la cirugía solo debería haber costado \$5,000, esta es la cantidad que usarán. Pero aún aplicarán el deducible y cualquier monto de coseguro, por lo que en el ejemplo anterior, a partir de los \$5,000 usted debería el deducible de \$3,000 y el coseguro de \$800 (el 40 % de los \$2,000 restantes), por lo tanto, la compañía de seguros le daría un cheque por un total de \$1,200 cuando usted pagó \$10,000 de su propio bolsillo.

Los proveedores fuera de la red pueden retener esa diferencia de \$8,800 entre su tarifa y lo que la compañía de seguros reembolsó. Sin embargo, los proveedores dentro de la red no tienen la autorización de **“facturar gastos no cubiertos”** por cualquier diferencia entre lo que cobrarían por una intervención médica y lo que la compañía de seguros reembolse. Es por eso que es importante que si es posible, nunca pague de su propio bolsillo por adelantado. Consulte la sección a continuación, [Uso de proveedores fuera de la red](#), para obtener consejos sobre cómo hacerlo.

Escoja un personal médico cirujano

enemos algunos recursos para ayudarle a [encontrar proveedores](#), así como una lista de [clínicas de género en los centros médicos universitarios](#). Preguntar en sus grupos de apoyo en persona y en línea es otra forma útil de escuchar de primera mano los relatos de los cirujanos en su zona.

Al elegir un personal médico cirujano, sepa si este acepta seguro o no. Si acepta seguro, determine si está en la red o fuera de la red para su plan. Para hacer eso, vaya al sitio web de su compañía de seguros y busque en la sección de “encontrar personal médico”. Además busque el centro médico donde se someterá a su cirugía para asegurarse de que también esté dentro de la red.

Personal médico cirujano fuera de la red

Si el personal médico proveedor está fuera de la red, averigüe si le darán la documentación adecuada para que sea más fácil que su compañía de seguros le reembolse. Idealmente, esto significa una factura detallada que enliste los códigos CPT (de intervenciones médicas) específicos y el costo

desglosado por cada código CPT. Algunos cirujanos no ayudarán en absoluto con el trámite del seguro, lo que puede crear obstáculos innecesarios al tratar de obtener cobertura. La mayoría del personal médico cirujano ahora cuenta con una persona que se encarga de trabajar con compañías de seguros. Eso definitivamente hace las cosas más fáciles para usted, así que tome eso en consideración al elegir un personal médico cirujano.

Vea la sección de arriba sobre cómo estimar los gastos de bolsillo para los peligros que existen de pagar por cuenta propia por adelantado. Si debe elegir a quien le provea atención médica fuera de la red, consulte la sección a continuación, Qué hacer si no hay un personal médico proveedor dentro de la red, para ver las formas de reducir los costos.

Uso de proveedores fuera de la red

Si tiene un plan sin cobertura fuera de la red y no hay proveedores dentro de la red que califiquen, el plan debe cubrir a un personal médico proveedor fuera de la red. Incluso si tiene beneficios fuera de la red, si no hay proveedores dentro de la red, debe solicitar que este sea tratado como si estuviera dentro de la red.

Como se mencionó anteriormente en Cómo estimar los gastos de bolsillo, a veces usar un personal médico proveedor fuera de la red puede ser casi como no tener cobertura en absoluto. Pero si es su única opción, hay pasos que puede tomar para minimizar los costos de su propio bolsillo.

Excepción de fuera de la red

Puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro para preguntar cómo obtener una **excepción de fuera de la red**. Por lo general, usted querrá obtener una carta de su personal médico cirujano indicando que la intervención médica es especializada. Si le dan una lista de especialistas en cirugía supuestamente calificados de su compañía de seguros, contáctelos y tome notas sobre lo que dicen sobre su experiencia en cirugías para personas trans. Puede presentar esta información como parte de su solicitud a la compañía de seguros.

Acuerdo de un solo caso

Por separado, si desea utilizar un personal médico cirujano que está fuera de la red, una forma de hacerlo es a través de un **acuerdo de un solo caso**. Esta es una buena opción cuando necesita ir a un personal médico cirujano fuera de la red, pero no puede costear pagar por adelantado. Bajo este acuerdo, el personal médico cirujano (un “personal médico proveedor no participante”) negocia el monto del reembolso con la compañía de seguros antes de la cirugía. Básicamente se trata al personal médico cirujano como si estuviera en la red para su cirugía. Esto evita la necesidad de pagar cualquier cantidad de su propio bolsillo por adelantado y ayuda a asegurarse de que no recibirá ninguna factura sorpresa después. A veces puede tomar meses para que se llegue a un acuerdo, así que pregúntele a la oficina de su personal médico cirujano sobre esto lo más antes posible.

Obtención de preautorización o reembolso

Una vez que conozca los requisitos de la compañía de seguros y esté trabajando para obtener las cartas de su proveedor, querrá solicitar cobertura y ver lo que dice la compañía de seguros. Este proceso se denomina obtención de preautorización o autorización previa. En los planes de Medicare Advantage, se le llama “determinación de la organización”. Puede hacer esto independientemente de si su plan excluye o no la atención médica relacionada a las personas trans. A veces, la compañía de seguros puede negar todos los beneficios si usted no solicitó la preautorización, por lo que es importante hacerlo incluso si planea pagar de su propio bolsillo inicialmente.

Solicítelo por escrito

Llamar a la compañía de seguros y preguntar si lo cubren no le dará una respuesta definitiva. Las personas que responden los teléfonos no reciben la mejor capacitación, por lo que pueden simplemente decirle que se está excluido, o aún peor, decirle que tiene cobertura cuando realmente no la tiene. Pero incluso si le dicen que tiene cobertura en general, eso no significa que tendrá cobertura específicamente para usted. Por eso es importante obtener una determinación sobre su situación específica.

La solicitud de preautorización resulta en una decisión formal que puede ser apelada si es denegada. Idealmente, usted va a querer que su personal médico cirujano solicite una preautorización. Si su personal médico cirujano no acepta el seguro o no tiene la disposición de presentar la solicitud de autorización previa, puede pedirle al personal médico que le provee atención primaria que lo haga, o puede hacerlo usted mismo. Puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta y pedir instrucciones. Usted necesitará obtener cierta información del personal médico proveedor y del centro médico para enviar la solicitud, por lo general incluye su información de contacto de facturación, número de identificación nacional del personal médico proveedor (NPI) y los códigos CPT (intervención médica) específicos para los intervenciones médicas a los que se va a someter.

Presente una reclamación para reembolso

Si ya ha pagado de su propio bolsillo, puede presentar una reclamación para el reembolso. Tenga en cuenta que hay plazos para presentar reclamaciones, así que revise su [manual del plan](#) para encontrar los plazos. Es mejor si solicitó una preautorización, pero puede presentar una reclamación de todos modos incluso si no lo hizo. A veces hay una penalización por no obtener la preautorización, como que reciba su reembolso con \$500 menos. Algunos planes dicen que no cubrirán ningún beneficio si usted no obtuvo la preautorización.

Las compañías de seguros suelen tener formularios de reclamación que usted puede enviar. Lo ideal es que su personal médico proveedor firme el formulario de reclamo, pero puede presentar el reclamo incluso si no lo hacen. Usted desea pedirle a su personal médico proveedor una factura detallada. Esta enlista los códigos de diagnóstico y CPT (de intervención médica) con un desglose del costo de cada código CPT. Lea las instrucciones en el formulario de reclamación cuidadosamente para proporcionar toda la información que se requiera.

Content last updated on Jan 15, 2025 - PDF generated from: <https://transhealthproject.org/tutorial-del-seguro-de-salud-trans/como-solicitar-cobertura/> on Feb. 14, 2026.

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