



Trans Health Project

Working for Transgender Equal Rights

Health Insurance - Cómo entender su plan

Para entender qué es lo que cubre su plan de salud y cuáles son los derechos legales y remedios que se aplicarán a su situación, deberá completar estos pasos:

- [Obtenga una copia del manual del plan de su seguro](#)
- [Busque una exclusión explícita](#)
- [Determine si su plan es autofinanciado o asegurado](#)
- [Obtenga los criterios clínicos de su compañía de seguros](#)

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

Si necesita seguro médico, consulte [Cómo elegir un plan](#). Una vez que entienda su plan, puede pasar a la siguiente sección: [Cómo solicitar cobertura](#).

Cómo obtener el manual del plan de su seguro

No es suficiente tener [la póliza clínica general](#) de su compañía de seguros sobre los tratamientos de la disforia de género. Esas solo le dicen cómo la compañía de seguros evalúa los reclamos *en general*, no si su plan excluye algunos tratamientos o toda la atención médica para personas trans.

Obtenga una copia de su póliza de seguro

El documento que necesita puede tener varios nombres como:

- Certificado de cobertura
- Resumen de la descripción del plan
- Manual para la membresía
- Certificado de beneficios
- Certificado de seguro

Es un documento extenso de más de 70 páginas que enlista todas las exclusiones y limitaciones. Por lo general, puede obtener una versión en PDF, pero es posible que se le haya enviado un manual impreso. Si recibió un manual cuando comenzó con el plan, asegúrese de tener el documento del plan más actualizado ya que normalmente se edita cada año.

Si tiene un sitio web de los beneficios o del seguro, inicie una sesión y comience su búsqueda allí. Es posible que vea muchos otros documentos que no son el manual de su plan.

Documentos que no son el manual de su plan

- Cualquier documento que no tenga una sección de exclusiones y limitaciones.
- Un PDF colorido lleno de imágenes que describen todos los diferentes beneficios que su empresa ofrece.
- El "Resumen de beneficios y cobertura", el cual es una tabla que enlista cosas como deducibles y copagos para varios tipos de atención médica. Ese documento es útil para entender lo que tendrá que pagar de su propio bolsillo.

- Un documento que dice que las exclusiones se pueden encontrar en otro lugar. Si no puede encontrar una sección de exclusiones o limitaciones, este definitivamente no es el manual de su plan.

Si no pudo encontrarlo en línea

Si se trata de un plan de seguro individual, puede llamar al número que aparece en su tarjeta de seguro y pedirles que se lo envíen. Asegúrese de explicarles que desea el documento extenso que enlista todas las exclusiones, no solo la tabla con el resumen de los beneficios.

Si tiene un plan a través de quien le emplea a usted o a sus figuras parentales o pareja, puede comunicarse con Recursos Humanos o el departamento de beneficios. Lo mejor es hacerlo por correo electrónico y debe pedir el documento titulado "Resumen de la descripción del plan". Por ley, la mayoría de los empleadores tienen la obligación de proporcionar este documento si usted lo solicita por escrito.

Busque una exclusión explícita

Si ya tiene el manual de su plan, vaya a la sección de exclusiones y limitaciones y vea si tienen una exclusión explícita para la atención médica relacionada con las personas transgénero. Podría decir algo como "cirugía transexual", "transformaciones sexuales", "cirugía de reasignación de género" o "cambio de sexo". Si tiene un PDF puede buscar las palabras "sexo" o "género" y eso generalmente le ayudará a encontrarlas.

De vez en cuando usted puede tener suerte y encontrar que hay una cobertura explícita para la atención relacionada con las personas trans. A veces solo se cubren ciertos tipos de atención médica relacionada con las personas trans y otros se excluyen.

Si hay una exclusión explícita, eso no necesariamente significa que no pueda obtener cobertura.

Hay varias razones por las que la exclusión podría no tener validez:

- Es posible que el manual del plan simplemente no esté actualizado. Las compañías de seguros y los empleadores no siempre mantienen sus planes actualizados. Es posible que haya un documento más breve que incluya las modificaciones al documento del plan. Muchos planes eliminaron sus exclusiones en enero de 2017 en respuesta a las regulaciones de no discriminación emitidas de acuerdo a la Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio (The Affordable Care Act, ACA u Obamacare).
- El plan de seguro podría estar regulado por uno de los muchos estados cuyos departamentos de seguros han emitido [directrices o regulaciones](#) que dicen que no puede haber exclusiones categóricas para cualquier atención médica relacionada con las personas trans. Tenga en cuenta que si se trata de un plan basado en quien le emplea, el estado donde se emitió el plan de seguro podría ser diferente del estado donde usted vive y las leyes del estado donde se emitió el plan son los que rigen el plan, no las del estado donde usted vive.
- Incluso si las protecciones de seguro no aplican a su plan, los tribunales han concluido que las exclusiones son [legales de acuerdo a las leyes de no discriminación en el empleo](#).

Diferencias entre los planes autofinanciados y planes asegurados

Si tiene cobertura de atención médica a través de quien le emplea (o un plan de salud para estudiantes de algunas universidades), tendrá una de estas dos opciones: un plan de seguro o un plan de salud autofinanciado. Un plan de seguro es donde quien le emplea compra un plan de seguro de una

compañía. La compañía de seguros es responsable de pagar todas las reclamaciones y administrar el plan. En un plan autofinanciado, quien le emplea reserva una gran cantidad de dinero al que las personas empleadas y los empleadores contribuyen y ese dinero se utiliza para pagar los reclamos. La parte confusa es que quien le emplea generalmente contrata a una compañía de seguros como Anthem o UnitedHealthcare para administrar el plan y ese es el nombre que aparece en su tarjeta de seguro.

En un plan autofinanciado, quien le emplea es responsable por los términos del plan. La manera en la que esto se aplica, sin embargo, es que las compañías de seguros ofrecen planes establecidos a los empleadores, y generalmente, esa es la fuente de estas exclusiones explícitas de personas trans. Muchos empleadores nunca consideraron y decidieron excluir la atención médica para las personas trans. Pero el hecho de que los empleadores sean responsables de la exclusión significa que usted puede pedirles que la eliminen.

Pensé que mi estado prohibía la discriminación de personas trans en el seguro médico

Usted puede preguntarse cómo puede ser el caso de que usted viva en un estado como Nueva York que tiene un [boletín de seguros que prohíbe las exclusiones](#) y trabajar para alguien con sede en Nueva York, y sin embargo, quien le emplea le ha dicho que hay una exclusión que no planea eliminar. La razón de esto es una ley federal que rige los planes de salud con base en quien le emplea llamada La Ley de Seguridad de los Ingresos para los Empleados Jubilados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). Si quien le emplea es una entidad privada y tiene un plan autofinanciado, ERISA anula la ley estatal. Una cosa que ERISA permite es que los grandes empleadores que operan en varios estados tengan un plan de salud para todos sus empleados, independientemente del estado en el que se encuentren. Por lo tanto, ERISA dice que la ley estatal de seguros y las leyes estatales de no discriminación no aplican si se trata de un plan autofinanciado.

Sin embargo, si su plan está asegurado, la ley estatal de seguros aún aplica. La manera de saber qué ley estatal aplica es mirar el manual de su plan y ver en qué estado se emitió el plan.

ERISA en sí no tiene protecciones explícitas para las personas transgénero, pero ERISA requiere que el plan se administre de acuerdo con los términos del plan. Así que si no hay exclusión para las cirugías transgénero, pero su atención médica está siendo denegada indebidamente por ser "médicamente innecesaria", eso es algo que puede ser cuestionado de acuerdo a ERISA.

Cómo saber si su plan es autofinanciado o asegurado

Los remedios que están disponibles para usted si hay una exclusión en su plan cambian dependiendo de si su plan es asegurado o autofinanciado.

A veces, justo al principio del manual del plan se menciona si es un plan autofinanciado y no asegurado. De lo contrario, puede que requiera indague más y tendrá que consultar con una persona experta. Normalmente hay una página en el documento del plan enlista la administración del plan (intente buscar "ERISA" para localizarlo). Esa página proporcionará información acerca de si la compañía de seguros es solo quien administra los reclamos o si están actuando como una aseguradora. Si se trata de un plan de seguro, a menudo habrá un número de póliza de grupo al principio del documento. Además, puede preguntarle a quien coordina sus beneficios de qué tipo del plan se trata.

Obtenga los criterios clínicos

El segundo documento que necesita para entender qué cubrirá su plan y lo que necesita hacer para obtener esa cobertura es la póliza médica de su compañía de seguros sobre los tratamientos de disforia de género. Estas tienen muchos nombres, incluyendo la póliza de cobertura médica, el boletín de políticas clínicas, las directrices UM o los criterios clínicos.

Busque en nuestra lista [la póliza clínica de disforia de género](#) de su compañía de seguros. Si la política de su empresa no aparece en la lista o no está actualizada, [háganoslo saber](#) y trataremos de ayudarle a encontrarla.

Una póliza médica son las directrices internas de la compañía de seguros sobre qué tipo de pruebas clínicas quieren ver antes de pagar un reclamo. La mayoría de estas pólizas tienen requisitos onerosos que no cumplen con las *Normas de atención para la salud de personas trans* de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (World Professional Association for Transgender Health, WPATH). Pero le proporcionan una hoja guía específica con la información que necesita proporcionarle a la compañía de seguros. Generalmente se trata de una o dos cartas de un terapeuta y estas políticas describen el contenido que se debe estar incluir en esas cartas. Además, pueden tener otros requisitos, como estar tomando hormonas durante un año o tener al menos 18 años de edad para someterse a una cirugía. Si no cumple con los requisitos de la póliza clínica, eso no significa que no hay ninguna esperanza de obtener cobertura, solo tendrá que apelar la denegación si se le deniega con base esa esa póliza.

Independientemente de si existe una exclusión o no, el siguiente paso que querrá tomar es [solicitar cobertura](#) para que pueda ver lo que dice la compañía de seguros.

Content last updated on Jan 15, 2025 - PDF generated from: <https://transhealthproject.org/tutorial-del-seguro-de-salud-trans/como-entender-su-plan/> on Oct. 16, 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