

Health Insurance - Cómo apelar una denegación

Obtenga información sobre los diferentes tipos de apelaciones disponibles para impugnar la denegación de cobertura de atención médica relacionada con las personas transgénero.

Esta sección cubre cómo apelar solo las [denegaciones de necesidad médica](#), no las denegaciones debido a [exclusiones generales](#), así que asegúrese de haber revisado primero la sección [Cómo entender una denegación](#) para conocer la diferencia. Esta sección también cubre cosas fuera del proceso formal de apelaciones que podrían ayudar a anular una denegación.

- [Apelaciones entre colegas](#)
- [Apelaciones internas](#)
- [Apelaciones externas](#)
- [Audiencias justas](#)
- [Quejas de derechos civiles](#)
- [Hablar con empleadores](#)
- [Quejas a la división de seguros](#)

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

Apelaciones entre colegas

Una apelación entre colegas es cuando el personal médico tiene una conversación telefónica con la dirección médica de la compañía de seguros. El personal médico tiene la oportunidad de explicar por qué la atención es apropiada para usted y por qué la denegación es incorrecta. Este tipo de apelación puede ser una forma rápida de resolver ciertos tipos de problemas.

Esta apelación será más efectiva cuando hay una razón clara para que la compañía de seguros haga una excepción a su [póliza clínica](#). Por ejemplo, si la compañía de seguros requiere que la persona esté tomando hormonas antes de la cirugía, el médico podría explicar por qué eso no debería aplicarse a este paciente. Por ejemplo, no poder tomar hormonas porque una condición médica no relacionada lo hace imposible o la persona es no binaria y no necesita hormonas para tratar su disforia de género. Otro ejemplo podría ser si la compañía de seguros requiere 12 meses viviendo completamente en el género elegido, pero la persona no se ha declarado en el trabajo. La apelación entre colegas podría ser utilizada para explicar más sobre la situación individual de la persona y por qué la cirugía sigue siendo apropiada en este momento.

Es menos probable que una apelación entre colegas tenga éxito cuando la póliza clínica de la compañía de seguros tiene una exclusión por escrito para la atención que usted necesita. En esos casos, es probable que sea necesaria una apelación por escrito.

Apelaciones internas

Si no ha revisado la sección [Cómo entender una denegación](#), es muy importante hacerlo para asegurarse de que una apelación interna sea la forma más eficaz o incluso aplicable para impugnar una denegación.

Apelación interna de primer nivel

Dependiendo de su plan, tendrá uno o dos niveles de apelación interna. En una apelación interna, el propio departamento de apelaciones de la compañía de seguros vuelve a revisar su caso para ver si cometieron un error. Usted puede averiguar cuántas apelaciones hay y cuáles son las fechas límites en su [manual del plan](#). Además, debe recibir una copia del proceso de apelación con su carta de denegación.

Obtener una denegación de apelación de primer nivel comenzará el tiempo con el que cuenta antes de la fecha límite para presentar su próxima apelación. En muchos casos, la decisión de la apelación interna de primer nivel es la “determinación adversa final” incluso si usted tiene la opción de una apelación interna de segundo nivel. Obtener una “determinación adversa final” es a menudo lo que pone en marcha la fecha límite para cuando debe presentar una apelación externa, por lo cual es importante estar al tanto de esta fecha, incluso si va a buscar la apelación interna de segundo nivel.

Apelación interna de segundo nivel

La apelación interna de segundo nivel a menudo es voluntaria, lo que significa que no tiene que completarla antes de presentar una apelación externa. Generalmente, un grupo distinto de personas a la primera apelación la revisa. Si se trata de un plan con base en quien le emplea, este es el momento durante el cual quien le emplea puede participar para anular una denegación, lo cual es posible cuando el plan es [autofinanciado](#). A veces, la apelación de segundo nivel le da la oportunidad de hablar directamente con el equipo de apelaciones para que pueda compartir su historia personal.

Tenga en cuenta que la fecha límite para presentar una apelación externa puede ser antes de que se decida la apelación de segundo nivel. No querrá perder la fecha límite de su apelación externa esperando el resultado de una apelación de segundo nivel. Puede presentar la apelación de segundo nivel al mismo tiempo que una apelación externa, por lo que no necesita esperar a la decisión si se le está acabando el tiempo para la fecha límite de su apelación externa.

Fechas límites de apelaciones

Es importante estar al tanto de la fecha límite para apelar una denegación. Revise las fechas límites de su plan porque si lo pierde, podría perder la oportunidad de impugnar una denegación. La apelación de primer nivel se debe entregar 180 días a partir de la fecha en que usted reciba la carta de denegación. La compañía de seguros tiene 30 días para emitir una decisión sobre un servicio que aún no ha obtenido y 60 días si ya ha obtenido el servicio.

Las apelaciones de segundo nivel suelen vencerse 60 días después de la denegación y pueden tener 45 días para emitir una decisión.

Y si ya ha pagado de su propio bolsillo, también hay fechas límites para presentar una reclamación, así que mire en su manual del plan para averiguar qué tan rápido debe presentar su reclamación.

Las fechas límites de las apelaciones externas a veces son fijadas por el estado. Es común que la fecha límite sea cuatro meses, pero asegúrese de verificar su plan para su fecha límite específica, que puede ser más corta.

Las apelaciones deben ser exhaustivas

Es importante que su apelación sea exhaustiva y que sea presentada a tiempo. Especialmente si ya ha pagado de su propio bolsillo, no va a querer desperdiciar sus apelaciones porque solo tiene una cierta cantidad de ellas. Al no hacer el proceso de apelación correctamente, es posible que pierda sus derechos más adelante. Por ejemplo, si no presenta toda la documentación adecuada durante el proceso de apelación, es posible que no pueda presentar nueva información si tiene que presentar una

demandas. Hablar con defensores con experiencia en apelaciones de personas transgénero es la mejor manera de asegurarse de que su apelación tenga toda la información necesaria para ser eficaz y preservar sus derechos si no tiene éxito.

Cómo presentar una apelación

Para la mayoría de las compañías de seguros, se puede iniciar una apelación simplemente llamando por teléfono. Por lo general, no desea hacer esto. Cuando llame a la compañía de seguros para preguntar sobre una denegación, tenga cuidado de no iniciar inadvertidamente una apelación. Si usted inicia una apelación por teléfono, elles pueden tomar una decisión sin que usted haya proporcionado ninguna información adicional. Podría desperdiciar una apelación.

Para presentar una apelación interna, usted necesita:

- Completar todos los formularios requeridos por su aseguradora de salud. O puede escribirle a su aseguradora con su nombre, el número del reclamo y el número de identificación de su seguro médico.
- Enviar cualquier información adicional que desee que la aseguradora considere, como cartas de sus proveedores.
- Si su estado tiene un [Programa de Asistencia a Consumidores](#), pueden ayudarle a presentar una apelación.

Apelaciones iniciadas por proveedores

Si quien le provee atención médica le ofrece presentar la apelación por usted, asegúrese de haber firmado un formulario de la compañía de seguros autorizándole a hacerlo. Si usted no designa a su personal médico proveedor como representante autorizado, la apelación puede ser rechazada y la decisión se retrasará.

Si su personal médico proveedor está dispuesto a ayudar con la apelación, eso es útil, pero asegúrese de haber hecho su investigación para [entender la razón de la denegación](#). Si hay una exclusión en su plan, no importará si su personal médico proveedor puede demostrar que la intervención médica es médicaamente necesaria, ya que aún se denegará de acuerdo a la exclusión en su plan. Si no tiene certeza, siempre puede [solicitar nuestra ayuda](#) para entender su plan.

Apelaciones externas

Una revisión o apelación externa es cuando la decisión de la compañía de seguros es revisada por una tercera parte independiente. La información sobre cómo solicitar la apelación externa debe incluirse con una carta de denegación.

En una apelación externa, el caso se asigna primero a una organización de revisión médica independiente, una compañía que se especializa en este servicio. Los nombres comunes de tales compañías incluyen a IPRO, MAXIMUS o MCMC. La organización de revisión luego le asigna el caso a una persona revisora, una persona profesional del campo médico o de salud mental que revisa los hechos para determinar si la atención es médicaamente necesaria para esa persona.

Se puede presentar nueva información para la apelación externa que no se incluyó en las apelaciones internas. Es mejor recopilar toda esa información antes de solicitar la apelación porque una vez que se ha presentado a la organización de revisión, solo tienen una cantidad determinada de tiempo para revisar la reclamación ya que piden que toda la información adicional se envíe antes de la fecha límite.

Usted presentará su comprobante de necesidad médica a un organismo externo e independiente que evaluará si la compañía de seguros tomó la decisión correcta. La apelación externa no siempre tiene

éxito, pero es más probable que con una apelación interna. La apelación externa puede revocar una denegación de seguro y es vinculante para la compañía de seguros.

Las personas que revisan las apelaciones pueden o no tener experiencia en disforia de género. En su apelación, puede solicitar que la apelación sea asignada a alguien con experiencia en disforia de género. Esto no siempre sucede e incluso cuando el caso se asigna a alguien con experiencia con disforia de género, a veces las decisiones no siguen 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).

Si una decisión de apelación externa es incompatible con las *Normas de atención para la salud de personas trans* de la WPATH o tiene otros errores obvios, puede solicitar que la organización de revisión independiente la revise de nuevo. En casos notorios, también puede haber opciones para impugnarla en los tribunales, pero en general, la revisión externa es vinculante para ambas partes y a menudo es el final del camino para el proceso formal de apelaciones administrativas.

Audiencias justas

Los planes de Medicaid y Medicare tienen una etapa final de apelación que es una audiencia justa ante un juez de derecho administrativo. La audiencia justa debe ser solicitada y luego se le asignará una fecha. La información sobre cómo solicitar la audiencia debe proporcionarse con la carta de denegación. La audiencia es como un juicio donde ambos lados pueden presentar evidencia. Se puede llevar a cabo por teléfono o en persona. Una decisión generalmente se envía por correo varias semanas después de la audiencia.

Si tiene Medicaid, vale la pena que se comunique con una organización local de asistencia legal para obtener ayuda con el proceso de audiencia justa, ya que generalmente tienen familiaridad con el proceso. TLDEF puede [proporcionar asistencia](#) a los representantes legales que necesitan ayuda con los aspectos del caso que específicamente conciernen a las personas transgénero.

Para apelaciones de Medicare y audiencias justas, contáctenos para obtener [mayores informes](#).

Quejas de derechos civiles

Esto no es parte del proceso de apelaciones y no sustituye a la presentación de una apelación con el Departamento de Apelaciones correspondiente. Esto puede solicitarse de manera simultánea a la presentación de la apelación.

De acuerdo con las regulaciones de 2016 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, las compañías de seguros generalmente han creado un puesto interno para la Coordinación de Derechos Civiles. La información para la coordinación generalmente se le proporciona cuando la compañía de seguros le envía cualquier correspondencia importante. Debería haber recibido una hoja con su carta de denegación que enliste su información de contacto. Además, puede buscar en Google "coordinación de derechos civiles" y el nombre de su compañía de seguros para encontrar la información.

Si ha pasado por algún tipo de discriminación con su compañía de seguros, puede presentar una queja de derechos civiles con ellos. La fecha límite es de 30 días a partir del incidente. Puede presentar una queja de derechos civiles si han usado el género incorrecto al referirse a usted cuando ha hablado con representantes de servicio al cliente o ha pasado por otro trato hostigador o discriminatorio.

Si usted cree que se le está negando injustamente la atención médica por una razón que está relacionada con ser una persona transgénero u otro grupo protegido (raza, color, edad o discapacidad), puede presentar una queja con ellos.

Además, si se le ha negado atención médica debido a una exclusión general en la [póliza clínica](#) de su compañía de seguros, debe pasar por el proceso de apelación, pero también es útil presentar una queja de derechos civiles. Usted puede explicar que se le ha negado atención médica bajo una política discriminatoria que excluye categóricamente ciertos tratamientos únicamente porque están relacionados con la atención médica transgénero.

Hablar con empleadores

Para los planes de salud que son proporcionados por un empleador o sindicato, hablar con recursos humanos o su representante sindical es otra opción para cuestionar una denegación. Esto no sustituye a la presentación de una apelación interna o externa, pero puede ser perseguido simultáneamente.

Si la atención médica necesaria se está negando de acuerdo a un plan de salud del empleado simplemente porque es con el propósito de tratar la disforia de género, quien le emplea probablemente tiene una [responsabilidad jurídica](#). Por esa razón, quien le emplea debe asegurarse de que tales denegaciones no estén ocurriendo

Si el plan es [autofinanciado](#), por lo general hay margen para que une empleadore anule una denegación cuando la denegación se basa en una falta de "necesidad médica" (en lugar de una [denegación basada en una exclusión del plan](#), que requiere un enfoque diferente). Si el plan no se autofinancia, puede que no haya mucho que quien le emplea pueda hacer, pero hay otras cosas que podrían hacer, como elegir una compañía de seguros diferente que no niegue rutinariamente la atención médica o hablar con su representante de seguros e instarlos a cambiar su póliza clínica para no excluir dicha atención. Algunas compañías tienen otros planes de seguro o fondos que cubren la atención médica que no está cubierta por el plan de salud.

En general, es útil que el personal de Recursos Humanos sepan que usted está teniendo problemas para acceder a la atención médica con el plan de salud. Si no saben sobre el problema, definitivamente no pueden hacer nada para tratar de solucionarlo. Algunas personas tienen preocupaciones sobre las represalias debido a reportar un trato injusto. Las represalias son ilegales. Sin embargo, algunos empleadores no siempre siguen la ley. Las represalias por parte de une empleadore sobre cómo hacer que las condiciones de trabajo sean menos favorables o despedir a alguien por otra razón como pretexto, es una posibilidad. Si usted ha tenido un buen historial de rendimiento y no tienen excusa para que le despidan o eliminar su puesto, el riesgo de que le despidan es menor.

Quejas a la división de seguros

Si usted tiene un plan de seguro (a diferencia de un [plan autofinanciado](#)), presentar una queja ante la división de seguros estatal es otra vía cuando se le está negando la atención. Esto no sustituye una apelación interna o externa, pero se puede hacer simultáneamente.

La carta de denegación o el [manual del plan](#) deben indicar qué división de seguros del estado debe contactar. Un plan basado en quien le emplea puede emitirse en un estado diferente al de donde vive la persona integrante, pero es el estado donde se emitió el plan lo que importa a fin de presentar una queja contra la compañía de seguros.

En muchos estados, la división de seguros ha emitido explícitamente [directrices o hay leyes o regulaciones](#) que prohíben las denegaciones de seguros con base en el estatus transgénero de la persona. Por lo tanto, las quejas en esos estados tienen más probabilidades de tener éxito, pero incluso si el estado no tiene protecciones explícitas, no hace daño presentar una queja.

Las [quejas a las divisiones de seguros estatales](#) también pueden ser útiles cuando el problema es una denegación basada en algo que no sea una necesidad médica, como lo siguiente:

- Rechazo a pagar una reclamación relacionada con supuestas deficiencias con las facturas de un personal médico proveedor fuera de la red
- Rechazo a conceder una excepción de brecha de la red cuando no haya un personal médico proveedor cualificado en la red cerca de usted
- Tratamiento discriminatorio como usar el género equivocado.
- Problemas para corregir el nombre o el género en el historial del seguro médico.
- Información errónea proporcionada por una persona representante acerca de que se cubre la atención médica
- Procesar repetidamente una reclamación de forma incorrecta
- Denegaciones de atención concerniente al sexo por causa de una discrepancia de marcadores de género

Además de presentar una queja, las [divisiones de seguros](#) estatales a menudo también tienen líneas directas de asistencia a consumidores que pueden ayudarle a comprender las denegaciones.

Content last updated on Jan 15, 2025 - PDF generated from: <https://transhealthproject.org/tutorial-del-seguro-de-salud-trans/como-apelar-una-denegacion/> on Feb. 19, 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