



Trans Health Project

Working for Transgender Equal Rights

Health Insurance - Cómo elegir un plan

A continuación se presentan algunos de los factores específicos a las personas trans que considerar al elegir un plan de seguro médico. En muchos casos puede tener varias opciones de dónde elegir al comprar un plan en el Mercado de Seguros, al elegir entre las opciones ofrecidas por su empleador o al elegir un plan de atención médica administrado de Medicare Advantage o Medicaid.

Revise cada factor al expandir los botones a continuación.

Si ya tiene seguro, puede pasar a la siguiente sección: [Cómo entender su plan](#).

¿Mis proveedores están en la red?

Si usted tiene proveedores existentes que está utilizando, o sabe qué personal médico cirujano quisiera visitar, vaya al sitio web de la compañía de seguros y use la herramienta para buscar al personal médico para ver si se encuentra en la red. Además, puede verificar el estado de cualquier hospital o centro quirúrgico que puede utilizar dentro de la red.

En repetidas ocasiones se le pedirá que ingrese un plan específico, así que hágalo si puede porque las redes varían entre cada uno de los planes. Además, puede haber una herramienta de búsqueda diferente para proveedores de salud mental.

Elegir una red con sus proveedores por adelantado le ayudará a obtener cobertura más fácilmente. Sin embargo, a veces no es posible dado que una gran cantidad de proveedores todavía no aceptan seguro médico. Esto se conoce como **adecuación de la red**.

Como explicamos con más detalle en la sección [Cómo solicitar cobertura](#) un personal médico proveedor fuera de la red puede costar miles de dólares más que proveedores dentro de la red y, a menudo, significa que tiene que pagar por adelantado y que se le reembolsará después, a menudo por una cantidad mucho menor.

¿Hay cobertura fuera de la red?

Algunos planes no ofrecen **ninguna** cobertura fuera de la red. Aún con tales planes, se le debe permitir salir de la red si no hay un personal médico proveedor que esté calificado en la red. Sin embargo, si hay proveedores en la red que la compañía de seguros considere que califican, tratarán de hacerle que acuda a ellos. Entonces usted tendría un obstáculo adicional de tener que demostrar la razón por la cual ese personal médico proveedor no puede satisfacer sus necesidades.

Si elige una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tenga un programa para personas transgénero, tenga en cuenta que se le limitará a esos proveedores. Es poco probable que pueda acudir a personal médico cirujano fuera de su red, así que asegúrese de averiguar qué especialistas en cirugía utilizan antes de elegir un plan.

¿Cuáles son los máximos del deducible y los gastos de bolsillo?

Muchas personas se enfocan en la prima mensual que deben pagar, pero los costos realmente importantes que se deben tener en cuenta son el deducible y el máximo de gastos de su propio bolsillo. Como explicamos en detalle en la sección [Cómo entender su plan](#), tendrá que pagar su deducible antes de que su cobertura comience.

Si usted sabe que se someterá a una cirugía, y especialmente a varias cirugías en el plazo de un año, puede ser que tenga sentido para usted pagar una prima mensual más alta a cambio de un deducible más bajo y un máximo de gastos de bolsillo más bajo. Si usted acude a un personal médico cirujano que esté dentro de la red y otro que esté fuera de ella, generalmente son dos deducibles por separado que tiene que alcanzar. Pero algunos planes no tienen deducible en la red, lo cual es bueno.

¿Existe una exclusión transgénero?

Usted querrá averiguar con anticipación si existe una exclusión general para la "cirugía de reasignación de género", "cambio de sexo", "transformación de sexo" o alguna exclusión amplia que use palabras similares para cualquier atención médica de personas transgénero en el plan.

Muy pocos planes vendidos en el Mercado de Seguros tienen este tipo de exclusiones generales (solo el [8.6% tienen exclusiones](#)). Los documentos del plan suelen estar disponibles para que los examine antes de que compre el plan. Out2Enroll ha compilado muchos de estos documentos en su [Guía de seguros trans](#). Además, puede preguntarle a la compañía de seguros antes de inscribirse.

Si las opciones del plan son a través de empleadores y no le permiten ver los documentos del plan por adelantado, pregúntale a las personas de recursos humanos si alguno de ellos tiene una exclusión. Mandar correos electrónicos a recursos humanos es preferible a una conversación telefónica para que tenga su respuesta por escrito.

La cobertura bajo un plan de atención médica administrado de Medicaid [se regirá por el estado en el que se encuentre](#), pero en estados con cobertura, algunos planes pueden ser más afines hacia las personas trans que otros. Pregúntele a su personal médico proveedor si sabe qué plan es el mejor en su zona. Además, es importante considerar los [criterios clínicos](#), como se analiza a continuación.

¿Qué dicen los criterios clínicos?

Como explicamos en [Cómo entender su plan](#), un documento clave que rige su cobertura es [la política médica en los tratamientos de la disforia de género](#). Si está eligiendo entre compañías de seguros, analice los criterios clínicos para esas compañías para ver cuál tiene la mayor probabilidad de cubrir su atención médica sin ningún obstáculo adicional.

Puede notar que todas las compañías que está viendo dicen que la intervención quirúrgica que necesita es considerada "cosmética" y está excluida. Eso solo significa que tendrá que pasar por el proceso de apelación, pero podría obtener cobertura después de una apelación interna o una revisión externa. Si se encuentra en esa situación, es mejor [buscar asistencia legal](#) al comienzo de su solicitud de cobertura para que su caso pueda ser lo más fuerte posible.

¿Están cubiertos mis medicamentos de prescripción médica?

Si toma medicamentos de prescripción médica costosos, verifique si están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos por la compañía de seguro. A veces, es posible que no cubra ciertos tipos de

hormonas. Aunque pueden haber posibles excepciones, usted estaría mejor si estas estuvieran simplemente cubiertas por el plan.

¿Dónde puedo obtener ayuda para elegir un plan?

Si está comprando un plan en el Mercado de Seguros o es elegible para Medicaid, puede encontrar una persona que le asista a revisar las opciones. Out2Enroll mantiene una [lista de asistentes](#), la gran mayoría de las cuales han recibido capacitación específicamente en temas LGBTQ.

Ahora que comprende los factores que influyen en la elección de un plan, lea la sección [Cómo entender su plan](#) para obtener más detalles sobre cómo saber qué es lo que cubrirá su plan y cuánto podría esperar pagar de su propio bolsillo.

Content last updated on Jan 15, 2025 - PDF generated from: <https://transhealthproject.org/tutorial-del-seguro-de-salud-trans/como-elegir-un-plan/> on Feb. 11, 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