

- Las aseguradoras no pueden utilizar técnicas de gestión médica, como la terapia escalonada, para indicar a las personas a las que se les prescribe PrEP o PEP que usen una formulación en lugar de otra.

Cobertura de servicios de FIV para parejas del mismo sexo

Su aseguradora tiene prohibido discriminar por sus características personales, como edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género.

Las aseguradoras deben ofrecer cobertura de seguro médico para tratamientos básicos de infertilidad (por ejemplo, pruebas diagnósticas, inseminación artificial, etc.) a las personas cubiertas por la póliza que no puedan concebir debido a su orientación sexual o identidad de género.

Las pólizas para grupos grandes también deben cubrir tres ciclos de FIV y los medicamentos recetados para dicho tratamiento a las personas cubiertas por la póliza. Un grupo grande se refiere a un grupo de más de 100 empleados.

Las aseguradoras que cubren procedimientos de FIV pueden considerar si los tratamientos básicos de infertilidad, como los procedimientos de inseminación intrauterina, son médicamente apropiados para la persona antes de cubrir la FIV.

Leyes de refugio y protección para personas trans

Si viene a Nueva York desde otro estado para recibir atención de afirmación de género o reproductiva, está protegido por las leyes de Nueva York. Las autoridades, las aseguradoras y los proveedores de atención médica de Nueva York no pueden cooperar con acciones legales de otros estados relacionadas con actividades de atención médica legalmente protegidas.

Privacidad

Según la ley federal HIPAA y las leyes de Nueva York, usted tiene derecho a mantener la privacidad de su historial médico. Los proveedores de atención médica y las compañías de seguros no pueden compartir su información médica personal (PHI) con nadie, con ciertas excepciones.

Preguntas y quejas sobre la cobertura de seguros

- Si tiene preguntas generales sobre seguros, llame al DFS al **(800) 342-3736** (de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.).
- Puede presentar una apelación externa en línea en www.dfs.ny.gov/externalappeal o una queja ante el DFS en línea en www.dfs.ny.gov/Complaint. El DFS investigará su queja. Tenga en cuenta que el DFS compartirá una copia de su queja con su aseguradora.

Para presentar una queja sobre discriminación en un entorno de atención médica, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de la Fiscalía General de Nueva York en www.AG.NY.Gov o con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York en www.DHR.NY.Gov. Obtenga ayuda: Defensores y servicios legales no gubernamentales

- Defensores por la Igualdad Trans (A4TE), al **(646) 862-9396** o en Transhealthproject.org, encontrará recursos, información educativa sobre cómo elegir un plan de seguro adecuado y una lista completa de dónde presentar quejas por discriminación, tanto a nivel estatal como federal.
- Los Defensores de la Salud Comunitaria pueden ayudarlo a responder preguntas sobre atención médica llamando al **(888) 614-5400** (de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.), por correo electrónico a cha@cssny.org o visitando CommunityHealthAdvocates.Org.
- LawHelpNY.Org al **(212) 613-5000** o en www.lawhelpny.org, puede ayudarlo a encontrar servicios legales gratuitos en el estado de Nueva York.



dfs.ny.gov



Cómo Nueva York Apoya A Nuestra Comunidad LGBTQ+



Todas las personas tienen derecho a ser tratadas con dignidad, respeto y profesionalismo en los entornos de atención médica. Nueva York se enorgullece de proteger, defender y afirmar a nuestra comunidad LGBTQ+.

Su proveedor de atención médica no puede discriminarlo.

Los proveedores de atención médica que ejercen en Nueva York no pueden discriminarlo por su orientación sexual, identidad o expresión de género, condición de transgénero, características sexuales o anatomía reproductiva.

- Puede recibir atención médica, dental, sanitaria y hospitalaria incluso si es menor de 18 años y ha abandonado su residencia legal sin el consentimiento de sus padres, tutor legal o persona encargada de su custodia, o si no tiene vivienda.
- No es necesario que un tribunal ordene un cambio de nombre o de género ni que actualice sus documentos de identificación para recibir atención médica.
- No es necesario que un tribunal ordene un cambio de nombre o de género ni que actualice sus documentos de identificación para usar y que lo llamen con su nombre preferido en un centro de atención médica.
- Un médico no puede derivarlo a otro médico por motivos discriminatorios. Puede hacerlo si no tiene suficiente experiencia en el tratamiento de la disforia de género y desea que tenga un médico más cualificado para atenderlo.

Seguro médico para neoyorquinos transgénero

Si tiene cobertura médica adquirida por usted o su empleador en el estado de Nueva York, tiene ciertos derechos y protecciones para la atención médica relacionada con las personas transgénero, como hormonas y cirugía.

Su aseguradora no puede discriminarlo

Las aseguradoras médicas amparadas por la ley del estado de Nueva York no pueden discriminarlo por su orientación sexual, identidad o expresión de género, condición de transgénero, características sexuales o anatomía reproductiva.

- Su aseguradora no puede negarle cobertura, cancelarla ni cobrarle primas más altas debido a su orientación sexual, identidad o expresión de género o condición de transgénero.
- Su aseguradora no puede negarle un tratamiento de fertilidad médicamente necesario que esté cubierto por la póliza.
- Su aseguradora no puede negarle tratamiento y rehabilitación para adicciones y trastornos por consumo de sustancias que estén cubiertos por la póliza.
- Su aseguradora no puede aplicar límites anuales ni de por vida a la mayoría de los tratamientos.
- Las aseguradoras de vida, accidentes y médicas no pueden discriminar a las personas a quienes se les recetan medicamentos para la prevención del VIH.

Su aseguradora debe cubrir ciertos tratamiento

Las aseguradoras crean sus propios criterios de revisión clínica (directrices médicas) para aprobar o denegar beneficios, pero estos deben estar basados en evidencia, ser revisados por pares y ser apropiados para la edad. Tiene derecho a una copia de los criterios de revisión clínica de su aseguradora en cualquier momento.

- Su aseguradora no puede excluir tratamientos médicamente necesarios para la „disforia de género“, como cirugías, hospitalizaciones, atención de salud mental y visitas al consultorio.
- Si no hay un proveedor dentro de la red con la capacitación y la experiencia necesarias para cumplir sus necesidades de atención médica, puede solicitar atención de un proveedor calificado fuera de la red y presentar una apelación si la aseguradora emite una denegación. Sin embargo, debe solicitar un proveedor fuera de la red antes de recibir los servicios.

- Puede solicitar la cobertura de un medicamento recetado que no esté en la lista de medicamentos cubiertos por su aseguradora y presentar una apelación si la aseguradora emite una denegación.

Atención específica según el sexo y discrepancias en los marcadores de género

El DFS emitió una guía que indica que las aseguradoras no deben denegar una reclamación por un servicio de salud prestado a una persona, como consultas ginecológicas, anticonceptivos o exámenes de próstata, porque la persona aparentemente no sea del género al que se presta el servicio habitual o exclusivamente, sin buscar información adicional para determinar si el servicio se prestó adecuadamente.

- Las aseguradoras pueden tomar medidas razonables y solicitar más información a usted o a su proveedor para determinar si usted es elegible para los servicios.
- Un proveedor puede evitar una denegación mediante el uso de códigos modificadores. Algunas compañías de seguros tienen directrices de facturación específicas para pacientes transgénero. Llame a su aseguradora para obtener más información.

Acceso a medicamentos para la PrEP y la PEP

Las leyes de Nueva York sobre las pruebas de VIH se ajustan a las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que recomiendan las pruebas de VIH como parte de la atención médica de rutina.

- Los proveedores deben proporcionar a los pacientes información sobre la disponibilidad de la PrEP y la PEP, y las aseguradoras deben cubrir las tres formulaciones de PrEP aprobadas por la FDA, junto con las pruebas de referencia y el seguimiento específicos.
- Las aseguradoras no pueden cobrar copagos por la PrEP ni, en la mayoría de los casos, por la PEP, ni exigir autorización previa para los medicamentos antirretrovirales cubiertos para el tratamiento o la prevención del VIH o el SIDA, incluyendo la PrEP o la PEP.