



CARTAS DE RESPALDO PARA EL TRATAMIENTO DE DISFORIA DE GÉNERO - GUÍA DE MEDICAID DE NYS

Lapsos de tiempo y credenciales del proveedor:

- Deben tener fecha dentro los últimos 12 meses
- Deben estar escritas por proveedores autorizados del estado de Nueva York
- Las cartas pueden estar escritas por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros profesionales, enfermeros psiquiátricos profesionales, o asistentes sociales clínicos autorizados (LCSW, por sus siglas en inglés), que actúen dentro del alcance del ejercicio de su profesión
 - Las cartas que estén escritas por cualquier otro tipo de proveedor, deben ser firmadas de manera conjunta.
- Una carta debe ser emitida por un proveedor con el cual el afiliado tenga una relación establecida y continua.
- La segunda carta puede ser de un proveedor que solo ha tenido un rol evaluador ante el afiliado.
- **Cada procedimiento que se solicite requerirá una carta por separado**

Puntos principales que las cartas deben incluir:

- Por cuánto tiempo el afiliado ha sido su paciente.
- Por cuánto tiempo el afiliado ha vivido en el rol de género que se corresponde con su identidad de género.
- Confirmar que el afiliado tiene disforia de género persistente y bien documentada.
- Expresar su respaldo para el procedimiento de afirmación de género solicitado y especificar el procedimiento que se está solicitando.
 - Si usted no respalda el procedimiento de afirmación de género, por favor explique por qué.
- Indicar la capacidad del afiliado de tomar una decisión completamente informada y consentir al tratamiento.
- Proporcionar información sobre el régimen hormonal del afiliado.
 - La cirugía genital requiere 12 meses de terapia hormonal.
 - Para el aumento de senos (requiere 24 meses de terapia hormonal), indique el efecto que las hormonas han tenido en el crecimiento de senos, por ejemplo, si el afiliado ha tenido un crecimiento de senos insignificante luego de 24 meses de terapia hormonal.
 - Indique si la terapia hormonal está contraindicada o si el afiliado por algún otro motivo no puede tomar hormonas.
- Exponga cualquier padecimiento médico o de salud mental, y exprese si tales padecimientos constituirían una contraindicación para la cirugía, y, de ser así, que están razonablemente bien controlados.
- Las cartas de respaldo para todos los procedimientos que no sean una cirugía superior o inferior **DEBEN** incluir una exposición de cómo el procedimiento es médicamente necesario para el tratamiento de la disforia de género.
 - Explique por qué el procedimiento está indicado y como beneficiará al afiliado y aliviará su disforia de género.

Para obtener información adicional, por favor consulte las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la disforia de género de Amida Care o comuníquese con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (GIST, por sus siglas en inglés) al 646-757-7982; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org