

SALUD / RECURSOS DE SEGUROS PARA PERSONAS TRANSGÉNERO

TransChance Health Abogacía y orientación en salud	https://www.transchancehealth.org/ Organización liderada y dirigida por voluntarios que ofrece defensa individual, recursos, orientación y educación para orientarse por los seguros de salud, la cobertura farmacéutica y los sistemas de atención médica.
pólizas de seguro de salud de cobertura	http://www.hrc.org/resources/finding-insurance-for-transgender-related-healthcare
Lista de empresas con beneficios de seguro médico inclusivo para personas transgénero	http://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index-list-of-businesses-with-transgender-inclusive-health
Cobertura de Medicaid para la atención relacionada con la transición: políticas y leyes por estado	www.lgbtmap.org
Transcend Legal	ayuda a las personas a obtener atención médica relacionada con las personas transgénero con seguro (347) 612-4312 https://transcendlegal.org/
HealthyTrans	Seguro para Cirugía 101 https://www.healthytrans.com/insurance-101/
Declaraciones de organizaciones médicas en apoyo de la cobertura de atención médica de TGNC	https://transcendlegal.org/medical-organization-statements
Cartas de muestra	https://transline.zendesk.com/hc/en-us/articles/229372788-Surgery-Sample-Letter
TransLine: Servicio de Consultas Médicas para Personas Transgénero	https://transline.zendesk.com/hc/en-us
Conoce tus derechos	El Centro Nacional para la Igualdad de Personas Transgénero https://transequality.org/know-your-rights Lamda Legal: Preguntas Frecuentes: Acceso Igualitario a la Atención Médica https://www.lambdalegal.org/know-your-rights/article/trans-related-care-faq
Buscar baños neutrales para personas transgénero	https://www.refugerestrooms.org/
Línea de Ayuda de Seguros de NYC	Línea de Ayuda con los beneficios, martes de 9:30-12:30 al 888-663-6880 Asegúrese de guardar todas las cartas y documentos asociados con su reclamo.
Asistencia para consumidores	https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/ El programa de si estado puede presentar una apelación por usted
Regulaciones del seguro de salud: use el enlace para identificar estado por estado	https://transcendlegal.org/state-health-insurance-bulletins
MyTransHealth	http://mytranshealth.com/faq New York, Miami, Chicago, San Francisco, Seattle y Dallas Listados de atención para personas transgénero http://transcaresite.org/
Ley sobre Derechos Humanos de NYC	https://www1.nyc.gov/site/cchr/law/legal-guidances-gender-identity-expression.page

Ayuda para inscribirse en seguros de Marketplace	https://out2enroll.org/enrollment-help/ incluye asistentes competentes LGBT
---	--

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles de HHS	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Cómo presentar una queja:	https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html
Quejas HIPAA	Paquete de formulario de queja sobre la privacidad de la información de salud del HHS (http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaintform.pdf).
Quejas hospitalarias	Comisión Conjunta http://www.jointcommission.org .
Quejas sobre Hogares de Ancianos	Póngase en contacto con su defensor del pueblo local de atención a largo plazo http://www.ltombudsman.org/ombudsman .
Quejas del Programa Federal de Beneficios para Empleados de la Salud	Oficina de Administración de Personal (FEHB@opm.gov) o la Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales (https://www.eeoc.gov/federal/fed_employees/complaint_overview.cfm).
Quejas a la Administración de Salud de Veteranos	Programa de Quejas de Discriminación Externa de la Administración de Veteranos http://www.va.gov/orm/ y http://www.va.gov/health/patientadvocate .
Quejas al plan de salud para empleados	Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales (https://www.eeoc.gov/federal/fed_employees/complaint_overview.cfm).
agencias estatales de derechos humanos	http://www.justice.gov/crt/legalinfo/stateandlocal.php .

RECURSOS DE ASISTENCIA LEGAL

ACLU (American Civil Liberties Union)

Organización nacional de derechos civiles con oficinas en los Estados Unidos

<https://www.aclu.org/about/affiliates?redirect=affiliates>

Lambda Legal

Defensa y apoyo legal para la comunidad LGBTQ

<http://www.lambdalegal.org/>

Centro Nacional de Derechos de las Lesbianas (National Center for Lesbian Rights, NCLR)

Defensa y apoyo legal para la comunidad LGBT

<http://www.nclrights.org/>

GLAD (GLBTQ Legal Advocates & Defenders)

Defensa legal para la comunidad LGBTQ

<http://www.glad.org/>

Corporación de Servicios Legales

Una organización sin fines de lucro que proporciona un directorio de asistencia legal civil para estadounidenses de bajos ingresos.

<http://www.lsc.gov/whatlegalaid/findlegalaid>

Proyecto de Ley Sylvia Rivera

Apoyo legal y recursos para personas transgénero, intersexuales o no conformes con el género

<http://srlp.org/>

Centro de Leyes para Personas Transgénero

Defensa y apoyo legal para la comunidad transgénero

<http://transgenderlawcenter.org/>

Transcend Legal

Transcend Legal ayuda a las personas a obtener atención médica relacionada con las personas transgénero con seguro

<https://transcendlegal.org/>

Defensa legal y fondo educativo de personas transgénero (Transgender Legal Defense and Education Fund, TLDEF)

Defensa y apoyo legal para la comunidad transgénero

<http://tldef.org/>

Red de servicios legales para personas transgénero (Centro Nacional para la Igualdad de Personas Transgénero)

Más de 60 organizaciones que sirven a comunidades trans pertenecen a la red

<http://www.transequality.org/iddocumentscenter/transgenderlegalservicesnetwork>

TÉRMINOS COMUNES DE SEGURO DE SALUD

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Apelación	Una solicitud para que tu asegurador de salud o plan revise una decisión o un reclamo nuevamente.
Certificado de cobertura	Un documento legal entre el asegurador de salud y un grupo para proporcionar beneficios a los socios elegibles. Explica los beneficios, limitaciones y exclusiones en el plan de salud.
Coaseguro	Tu parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto
Copago	Tarifa que pagas cada vez que usas un servicio específico
Deducible	El monto que pagas de tu bolsillo antes de que tu seguro comience a pagar
Rechazo de reclamación	Una negativa de la compañía de seguros de salud a pagar un servicio médico
Formulario de medicamentos	Una lista de medicamentos recetados cubierto por un plan de salud
EOB - Explanation of Benefits (Explicación de Beneficios)	un recibo que describe tus servicios y tarifas: lo que paga tu seguro, lo que eres responsable de pagar
Plan totalmente asegurado	Un plan en el que el empleador contrata con otra organización para asumir la responsabilidad financiera de los reclamos médicos de los afiliados y de todos los costos administrativos.
Dentro de la red	la lista aprobada de médicos o proveedores de tu compañía de seguros
Servicios para pacientes hospitalizados	Servicios recibidos cuando ingresas en un hospital y se realiza un cargo por alojamiento y comida.

<p>Tipos de planes de seguro</p>	<p>Plan de seguro tradicional Un plan de seguro de salud con primas mensuales más altas y poco o ningún deducible. Esto suele ser mejor para las personas que tienen muchos problemas de salud/que saben que usarán la atención médica</p> <p>HDHP/CDHP – High Deductible Health Plan/Consumer Directed Health Plan (Plan de Salud con Deducible Alto/Plan de Salud Dirigido por el Consumidor) Un plan de seguro de salud con primas mensuales más bajas y deducibles más altos que un plan de salud tradicional. Esto suele ser mejor para las personas que están sanas o que no usan y no planean usar el sistema de atención médica con frecuencia.</p> <p>MCO - Managed Care Organization/Managed care plan (Organización de Atención Administrada/Plan de Atención Administrada) Se refiere a un plan HMO, PPO, EPO o de punto de servicio La atención administrada tiene como objetivo coordinar y administrar la atención para evitar la redundancia, mejorar la calidad y reducir los costos.</p> <p>HMO – Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud) se requiere que uses proveedores dentro de la red. Además, debes tener una remisión de su médico de cabecera para ver a cualquier tipo de especialista. Muchos planes HMO son muy sensibles: se comunicarán contigo para asegurarse de que recibas atención preventiva y ayudar a controlar afecciones crónicas.</p> <p>PPO – Preferred Provider Organization (Organización de Proveedores Preferidos) tienes la opción de usar la lista de proveedores dentro de la red. También puedes usar un médico “fuera de la red”, pero tu visita costará más</p> <p>EPO (Exclusive Provider Organization, Organización de Proveedores Exclusivos) una red de médicos y proveedores de hospitales, como un PPO. Sin embargo, estás restringido a usar exclusivamente aquellos proveedores o la EPO no pagará, no hay beneficios fuera de la red. Puedes ver a cualquier proveedor dentro de la red sin necesidad de una remisión.</p> <p>COBRA un plan de Continuación de Beneficios. Si estabas cubierto por un plan de salud de la compañía y perdiste tu cobertura debido a un “evento calificado”, esta ley te permite pagar para continuar la cobertura al precio de la compañía por un período de tiempo determinado.</p>
<p>Tipos de planes de Marketplace</p>	<p>Plan Bronce: un plan de salud donde el valor actuarial es del 60%, lo que significa que, en promedio, un consumidor puede esperar pagar aproximadamente el 40% del costo de la atención médica, mientras que la compañía de seguros se encarga del 60%. Los planes bronce generalmente tienen el costo de la prima más bajo por mes.</p> <p>El Plan Plata tiene un valor actuarial del 70%, lo que significa que un consumidor puede esperar pagar aproximadamente el 30% del costo de la atención médica, mientras que la compañía de seguros se encarga del 70%.</p> <p>El Plan Oro tiene un valor actuarial del 80%, lo que significa que un consumidor puede esperar pagar aproximadamente el 20% del costo de la atención médica, mientras que la compañía de seguros se encarga del 80%.</p> <p>El Plan Platino tiene un valor actuarial del 90%, lo que significa que un consumidor puede esperar pagar aproximadamente el 10% del costo de la atención médica, mientras que la compañía de seguros se encarga del 90%. Los planes platino generalmente tienen el costo de la prima más alto por mes.</p>
<p>Medicaid</p>	<p>Un programa de seguro médico financiado con fondos federales y estatales para niños, ancianos, ciegos o discapacitados de bajos ingresos.</p>
<p>Necesario medicamente (o Necesidad Médica)</p>	<p>Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de medicina.</p>
<p>Medicare</p>	<p>Seguro de salud administrado por el gobierno federal para personas mayores de 65 años. La cobertura de Medicare también está disponible para personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas de cualquier edad que tienen insuficiencia renal permanente. La Parte A de Medicare brinda cobertura hospitalaria, y la Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios de los médicos y la atención ambulatoria. Los planes de medicamentos recetados de Medicare se conocen como Parte D. Los Planes Medicare Advantage (Parte C) brindan todos los</p>

	beneficios de las Partes A y B (conocidos como Original Medicare) más algunos servicios adicionales.
Medicare Advantage	Un plan de salud que brinda cobertura de Medicare para atención hospitalaria y ambulatoria, según lo define Original Medicare (Partes A y B), junto con servicios adicionales. Los planes Medicare Advantage pueden incluir también planes de medicamentos recetados. El seguro Medigap no funciona con los planes Medicare Advantage.
Medigap	Un seguro de salud complementario vendido por compañías privadas de seguros de salud para pagar los costos no cubiertos por Original Medicare (Partes A y B). La cobertura de Medicare Advantage y Medigap no se puede combinar; los beneficiarios deben elegir uno u otro si desean cobertura suplementaria.
Red	Las instalaciones, profesionales de la salud y proveedores con los que tu asegurador o plan de salud ha contratado servicios de atención médica.
Inscripción abierta	El período de tiempo cada año cuando los empleados pueden cambiar los planes de seguro ofrecidos a través de su empleador.
Proveedor fuera de la red	Un proveedor que no tiene un contrato con tu asegurador de salud o plan para brindarte servicios
Máximo de bolsillo	Lo máximo que pagarás por tu atención médica en un año determinado. Una vez que hayas alcanzado esa cantidad, la compañía de seguros recoge el 100% de los costos por el resto del año del plan (excluyendo los copagos).
Servicios ambulatorios	Servicios que no necesitan pasar la noche en un hospital. Estos servicios a menudo se brindan en el consultorio de un médico, hospital o clínica.
Autorización previa	Una decisión de tu asegurador o plan de salud de que un servicio de atención médica es médicamente necesario. A veces se llama autorización previa, aprobación previa o certificación previa.
Prima	la cantidad que pagas a la compañía de seguros de salud cada mes (o trimestre) para mantener tu cobertura
Cuidado preventivo	Por lo general, incluye chequeos anuales, exámenes de detección (como una mamografía) e inmunizaciones. Como resultado de Obamacare, la atención preventiva se paga al 100% en la mayoría de los planes de seguro y no requiere copagos.
Visita al Proveedor de Atención Primaria	Un médico, enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Pagador tercero	Cualquier pagador por servicios de atención médica que no seas tú. Puede ser una compañía de seguros de salud, una HMO, una PPO o el Gobierno Federal.