Guía para electrólisis y depilación láser

Nios Skin Lab

- Servicios:
  - Electrólisis
- Sitios:
  - Manhattan: 315 W 57th Street, Suite 308, New York NY
  - Brooklyn: 567 Pacific Street, Retail Level, Brooklyn NY
  - Astoria: 31-76 Steinway St, Astoria, NY 11103
- Contacto:
  - O: 212-863-9058
  - Correo electrónico:
    - Información: hi@niosspa.com
    - Cartas de apoyo: amida@niosspa.com

New York Electrolysis (NYE)

- Servicios:
  - Electrólisis
- Sitio:
  - Manhattan: 10 E 23rd Street, Suite 220, New York NY
- Contacto:
  - O: 212-673-4358
  - Correo electrónico:
    - Información y Cartas de apoyo: nyelectrolysis@gmail.com

L'Elite Medispa

- Servicios:
  - Depilación láser
- Sitio:
  - Brooklyn: 754 Nostrand Avenue, Brooklyn NY
  - Manhattan: 1661 Madison Avenue, NY, NY 10029

- Contacto:
  - O: 347-627-3374
  - F: 631-824-9039
  - Correo electrónico:
    - Información y Cartas de apoyo: info@lelitemedispa.com

Para obtener información adicional, por favor consulta las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la incongruencia de género de Amida Care o comunícate con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 1-866-441-0009 opción 1; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org

Proceso de la carta de apoyo para electrólisis y depilación láser

1. El socio obtiene 1 formulario firmado y 1 carta de apoyo de 2 proveedores con licencia del estado de Nueva York (NYS).
    - El formulario debe ser completado por el proveedor de atención primaria (PCP) del socio. Se requerirá una consulta con el PCP para completar el formulario. El formulario contará como la carta de apoyo del PCP. La segunda carta tampoco puede ser del PCP.
    - La carta de apoyo debe cumplir con los criterios de la carta de apoyo para la Cirugía de Afirmación de Género (Gender-Affirming Surgery, GAS) de Medicaid del estado de Nueva York.
    - El formulario completado por el PCP indicará qué áreas del cuerpo se tratarán con cada método de depilación. Las áreas a tratar aprobadas se determinarán según la necesidad médica o la próxima cirugía de afirmación de género.
2. El socio se comunica con el proveedor de depilación de su preferencia para una consulta.
3. El socio presenta el formulario y la carta de apoyo al proveedor de depilación para su procesamiento.
4. El socio obtiene la autorización previa.
    - El proveedor de depilación revisará el formulario y la carta de apoyo para asegurarse de que cumplan con los requisitos necesarios y enviará una solicitud de servicios a Amida Care para su revisión.
5. Autorización previa:
    - Amida Care recibe la solicitud para la autorización previa.
    - Para cualquier procedimiento GAS, Amida Care tomará una determinación sobre tu solicitud dentro de 3 días hábiles desde que toda la documentación solicitada es recibida y cumple con las pautas. A partir de esta determinación tu solicitud podrá ser aprobada, rechazada, o podrían solicitarte información adicional.
    - Si las cartas no cumplen con los criterios, Amida Care notificará al spa remitente dentro de esos 3 días hábiles.
    - Si se aprueba la solicitud, Amida Care se comunicará con el socio y el spa para notificar la aprobación. En este momento, el socio puede comenzar a reservar citas.
    - Tanto el socio como el spa también recibirán cartas de autorización por correo.

Lapsos de tiempo y credenciales del proveedor para las Cartas de apoyo:

- Las cartas deben tener fecha dentro los últimos 12 meses.
- Deben estar escritas por proveedores autorizados del estado de New 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.

Para obtener información adicional, por favor consulta las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la incongruencia de género de Amida Care o comunícate con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 1-866-441-0009 opción 1; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org

- Las cartas escritas por cualquier otro tipo de proveedor (como LMSW) deben estar firmadas conjuntamente por uno de los tipos de proveedores enumerados anteriormente.
- Una carta debe ser emitida por un proveedor con el cual el socio tenga una relación establecida y continua.
- La segunda carta puede ser de un proveedor que solo ha tenido un rol evaluador ante el socio.

Puntos principales que la carta debe incluir:

- Cuánto tiempo el socio ha sido paciente del proveedor remitente.
- Por cuánto tiempo el afiliado ha vivido en el rol de género que se corresponde con su identidad de género.
- Confirmación de la incongruencia de género persistente y bien documentada del socio.
- Declaración de apoyo para los servicios de depilación.
  - Las cartas no necesitan especificar si se trata de electrólisis o láser.
  - Las cartas de apoyo a la depilación deben indicar qué regiones estarán cubiertas.
    - Depilación facial; Depilación corporal; Depilación genital/preoperatoria
    - Un solo conjunto de cartas de apoyo puede solicitar cualquier combinación de Rostro, Cuerpo y/o Genital/Preoperatorio.
- Indicación de la capacidad del afiliado de tomar una decisión completamente informada y consentir al tratamiento.
- Información sobre el régimen hormonal del afiliado.
  - Indicación de si la terapia hormonal está contraindicada o si el afiliado por algún otro motivo no puede tomar hormonas.
- Exposición de cualquier padecimiento médico o de salud mental, y exprese si tales padecimientos constituirían una contraindicación para el procedimiento, y, de ser así, que están razonablemente bien controlados.
- Discusión sobre cómo el procedimiento es médicamente necesario para el tratamiento de la incongruencia de género.
  - Explicación de por qué el procedimiento está indicado y como beneficiará al afiliado y aliviará su incongruencia de género.

Para obtener información adicional, por favor consulta las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la incongruencia de género de Amida Care o comunícate con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 1-866-441-0009 opción 1; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org