



Guía de cobertura de atención afirmativa de género: terapia hormonal

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Los planes de salud de UnitedHealthcare® Rocky Mountain HMO cubren diversos medicamentos de terapia hormonal para la atención afirmativa de género. La información más adelante se puede usar para revisar la cobertura y los tipos de terapia hormonal que cubre su plan de salud. Tenga en cuenta que la información más adelante no es una lista exhaustiva de todas las opciones de terapia hormonal, sino más bien una lista de varios medicamentos comunes para tratar la disforia de género. Hable con su proveedor de cuidado sobre sus opciones de tratamiento. Es posible que se apliquen los requisitos correspondientes del formulario, como la autorización previa y los límites de cantidad, así como los costos compartidos.

Con una receta de su proveedor de cuidado, bajo los beneficios de farmacia de su plan, puede obtener la terapia hormonal en una farmacia de la red. Inicie sesión en myuhc.com/exchange y elija la sección **Pharmacies & Prescriptions (Farmacias y recetas)** para encontrar una farmacia cercana dentro de la red. Además de su cobertura de medicamentos recetados, los beneficios médicos de su plan también pueden cubrir parte de la terapia hormonal.

Es posible que se apliquen reglas o límites de cobertura correspondientes, como límites de cantidad. Para saber si estas reglas de cobertura se aplican a su medicamento, consulte su Lista de medicamentos recetados (PDL, por sus siglas en inglés) en myuhc.com/exchange. También puede **ver su PDL** sin iniciar sesión en su cuenta.



Lista de medicamentos para la terapia hormonal

Terapia hormonal feminizante

Estrógeno

Nombre del medicamento	Tipo de beneficio	Restricción de edad	Autorización previa
Estradiol (O)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Estradiol (TP)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Valerato de estradiol (iny.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Depo-Estradiol (cipionato de estradiol) (iny.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No

Progesterona

Nombre del medicamento	Tipo de beneficio	Restricción de edad	Autorización previa
Acetato de medroxiprogesterona (iny.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Acetato de medroxiprogesterona (O)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No

Antiandrógeno

Nombre del medicamento	Tipo de beneficio	Restricción de edad	Autorización previa
Espironolactona (O)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Finasterida (O)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No

Terapia hormonal masculinizante

Testosterona

Nombre del medicamento	Tipo de beneficio	Restricción de edad	Autorización previa
Cipionato de testosterona (iny.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Enantato de testosterona (iny.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Testosterona 1% (TG)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Testosterona 1.62% (TG)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Androderm (testosterona) (TP)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Testopel (testosterona) (PE)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No
Aveed (undecanoato de testosterona) (iny.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No

Legenda: O: oral I: implante Iny.: inyección PE: gránulos TG: gel tópico TP: parche transdérmico



Bloqueadores de la pubertad

Nombre del medicamento	Tipo de beneficio	Restricción de edad	Autorización previa
Acetato de leuprolida (para suspensión de depósito) (iny.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Trelstar Mixject (pamoato de triptorelina) (iny.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Tripodur(triptorelina de liberación prolongada) (iny.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Firmagon (degarelix) (iny.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Zoladex (acetato de goserelina) (I)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Supprelin LA (histrelina) 50 mg (I)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí

Leyenda: O: oral I: implante Iny.: inyección PE: gránulos TG: gel tópico TP: parche transdérmico

¿Necesita más información sobre la cobertura y los costos de sus medicamentos de farmacia?

Visite myuhc.com/exchange. También puede llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud. Los proveedores de cuidado pueden visitar uhcprovider.com/exchange.

Además, revise los documentos de beneficios de su plan para obtener más información sobre sus beneficios y costos compartidos.



Consulte los materiales de su plan de beneficios para determinar su cobertura de medicamentos y costos compartidos. En caso de que se observen diferencias, prevalecerán los documentos del plan de beneficios.

Todos los medicamentos de marca son marcas comerciales o marcas registradas de sus respectivos propietarios.

Cobertura del plan médico ofrecido por Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated. Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.

© 2024 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados

1547420