



**ROCKY MOUNTAIN**  
**HEALTH PLANS®**

A UnitedHealthcare Company

Vigencia: 1 de enero de 2024

Planes Individuales y Familiares de  
UnitedHealthcare del Mercado de Seguros  
Médicos ACA para 2024: Colorado

# Guía de Cobertura del Cuidado de la Salud de Afirmación de Género: Terapia Hormonal



# Guía de Cobertura del Cuidado de la Salud de Afirmación de Género: Terapia Hormonal

Tus planes de salud Rocky Mountain HMO de UnitedHealthcare cubren muchos medicamentos de terapia hormonal para el cuidado de la salud de afirmación de género. La siguiente información puede servirte para revisar la cobertura y las formas de terapia hormonal que cubre tu plan de salud. Ten en cuenta que la siguiente información no es una lista exhaustiva de todas las terapias hormonales, sino una lista de muchos medicamentos comunes para tratar la disforia de género. Habla con tu proveedor de cuidado de la salud sobre las opciones de tratamiento.

Con una receta de tu proveedor de cuidado de la salud, y de acuerdo con el beneficio de farmacia de tu plan, puedes surtir tu terapia hormonal en una farmacia de la red. Inicia sesión en [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange) y elige la sección Pharmacies & Prescriptions (Farmacias y Recetas) para encontrar una farmacia de la red cerca de ti. Además de la cobertura de medicamentos con receta, los beneficios médicos de tu plan también pueden cubrir algunas terapias hormonales.

Pueden aplicarse requisitos del formulario, como la autorización previa o los límites en la cantidad y costos compartidos. Para saber si tu medicamento cumple estos requisitos, consulta la Lista de Medicamentos Recetados (Prescription Drug List, PDL) en [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange). También puedes [ver la Lista de Medicamentos Recetados \(PDL\)](#) sin iniciar sesión en tu cuenta.



## ¿Necesitas más información sobre la cobertura y los costos de tus medicamentos de farmacia?

Revisa los documentos de beneficios de tu plan para obtener más información sobre tus beneficios y costos compartidos. Para obtener más información, visita [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange) o llama al número telefónico que figura en tu tarjeta de ID de miembro.

Los proveedores de cuidado de la salud pueden visitar [uhcprovider.com/exchange](https://uhcprovider.com/exchange).

## Lista de Medicamentos de Terapia Hormonal

### *Hormonas Feminizantes*

#### 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 (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Depo-Estradiol (Cipionato de estradiol) (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No

#### Progesterona

Nombre del Medicamento	Tipo de Beneficio	Restricción de Edad	Autorización Previa
Acetato de medroxiprogesterona (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Acetato de medroxiprogesterona (O)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No

#### Antiandrógenos

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

### *Hormonas Masculinizantes*

#### Testosterona

Nombre del Medicamento	Tipo de Beneficio	Restricción de Edad	Autorización Previa
Cipionato de testosterona (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Enantato de testosterona (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	No
Testosterona 1% (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) (Inj.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No

**Clave:**

**O** – Oral

**I** – Implante

**Inj.** – Inyección

**PE** – Gránulos

**TG** – Gel tópico

**TP** – Parche transdérmico



## ***Bloqueadores de la pubertad***

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Tipo de Beneficio</b>	<b>Restricción de Edad</b>	<b>Autorización Previa</b>
Acetato de leuprolida (para suspensión Depot) (Inj.)	Beneficio de farmacia	Sin restricción de edad	Sí
Trelstar Mixject (pamoato de triptorelina) (Inj.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Tripodur (triptorelina de liberación prolongada) (Inj.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	Sí
Firmagon (Degarelix) (Inj.)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No
Zoladex (acetato de goserelina) (I)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No
Supprelin LA (histrelina) 50 mg (I)	Beneficio médico	Sin restricción de edad	No

**Clave:**

**O** - Oral

**I** - Implante

**Inj.** - Inyección

**PE** - Gránulos

**TG** - Gel tópico

**TP** - Parche transdérmico

Te recomendamos que consultes siempre los materiales de tu plan de beneficios para determinar tu cobertura de medicamentos y costo compartido. Cuando se observen diferencias, los documentos del plan de beneficios regirán. Para ciertos medicamentos indicados en la Lista de Medicamentos Recetados, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que se surte por cada copago o durante cierto tiempo.

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

Cobertura del plan de atención médica ofrecido por Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated. Servicios administrativos proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.

