

Glosario de términos

(Los términos están en orden alfabético)

Acceso

Acceso se refiere a la disponibilidad y el lugar donde están las farmacias que participan en la red que presta servicios a su plan de beneficios de farmacia.

Medicamentos agudos

Medicamentos que se toman por un período de tiempo corto, que generalmente necesitan un suministro de menos de 30 días (por ejemplo, antibióticos).

Especificaciones de edad

La cobertura de ciertos medicamentos puede estar restringida según la edad (por ejemplo, menores de 21 años para Retin-A).

Apelación

En el caso de que se deniegue una autorización previa o una solicitud de excepción, es el proceso por el que usted o su médico pueden pedir al patrocinador del plan que revise de nuevo la solicitud.

Límite del beneficio

Una cantidad predeterminada de los gastos del beneficio de farmacia que cubrirá el patrocinador del plan antes de que usted deba pagar el 100 % de sus medicamentos. En la mayoría de los casos, se lleva el control de la cantidad pagada por el patrocinador del plan y cuando usted alcance su límite de beneficios, será responsable de pagar el 100% del copago.

Titular de la tarjeta

La persona primaria que mantiene la cobertura del beneficio de farmacia y, por lo tanto, a la que se le extiende con su nombre la tarjeta del beneficio de farmacia. También se le llama la persona cubierta o el miembro.

Número del titular de la tarjeta

Un número único que está en la tarjeta del beneficio de farmacia que identifica al titular de la tarjeta. También conocido como número de identificación.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

La agencia federal responsable de administrar Medicare y de supervisar la administración de Medicaid de los estados.

Cumplimiento

El grado en que usted sigue las directrices de tratamiento recomendadas según lo especificado por su médico.

Copago

Una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo total del medicamento (también conocido como coseguro), establecida por el patrocinador del plan, que usted debe pagar cada vez que obtiene un medicamento cubierto. Algunas veces el copago también puede ser una combinación de una cantidad fija en dólares y un porcentaje del costo total del medicamento.

Costos compartidos

Es una disposición del beneficio de farmacia que lo obliga a pagar una parte del costo del producto o servicio. Los ejemplos de costos compartidos incluyen los copagos y los deducibles.

Deducible

Una cantidad predeterminada que usted debe pagar por sus medicamentos antes de que empiece la cobertura del beneficio de farmacia. En la mayoría de los casos, se lleva el control de la cantidad que ha pagado y cuando usted alcance el deducible, solo será responsable de pagar el copago.

Cobertura de dependientes

Los dependientes del titular primario de la tarjeta que son elegibles para la cobertura del beneficio de farmacia. El patrocinador del plan determina las normas de elegibilidad para cubrir a los dependientes.

Exclusiones

El patrocinador del plan determina la cobertura del beneficio de farmacia y puede excluir de esa cobertura clases de medicamentos específicos, medicamentos individuales, servicios relacionados con farmacia o dispositivos médicos.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) es una lista de los medicamentos designados para cobertura desde los puntos de vista terapéutico y económico mediante el plan del beneficio de farmacia. Los medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) los revisó un Comité de Farmacia y Terapéutica, y determinó que eran apropiados para incluirlos en la lista de medicamentos cubiertos basándose en la seguridad, eficacia, indicaciones aprobadas, facilidad de uso, potencial de efectos adversos y rentabilidad.

Producto de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/preferido

Puede haber más de un medicamento en una categoría terapéutica para tratar su condición. Por lo tanto, su patrocinador del plan designa ciertos medicamentos como lista de medicamentos cubiertos (formulario)/preferidos debido a su capacidad general de cubrir sus necesidades terapéuticas a un costo más bajo. Si es apropiado, pida a su médico que considere recetar un medicamento de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/medicamento preferido como se destaca en la Verificación de precios de medicamentos.

Especificaciones de sexo

La cobertura de ciertos medicamentos puede estar restringida según el sexo (por ejemplo, debe ser hombre para recibir Viagra).

Genérico

Un producto que es equivalente terapéuticamente (contiene los mismos ingredientes activos, tiene la misma concentración y la misma forma de dosis) que un medicamento de marca se conoce por su nombre químico y generalmente está disponible cuando vence la patente de protección del medicamento de marca.

Regla de suministro de genérico

Si se aplica una regla de suministro de genérico a su beneficio de farmacia y se suministra un medicamento de marca de varias fuentes, puede ser que tenga que pagar el copago correspondiente más la diferencia en el costo entre el producto genérico y el medicamento de marca de varias fuentes. Consulte el material del beneficio de farmacia para obtener más información.

Sustituto genérico

El sustituto genérico es una medida de la farmacia en la que se suministra un producto genérico en lugar del medicamento de marca de varias fuentes recetado.

Número de grupo

Un número asignado que identifica a un grupo específico según el patrocinador del plan. Este número está en la tarjeta del beneficio de farmacia.

Medicamento de mantenimiento

Cualquier medicamento del que se necesita más que un suministro de corto plazo. La mayoría de los medicamentos de mantenimiento se usan continuamente para condiciones de largo plazo como asma, diabetes y presión alta.

Máximo de gastos de bolsillo

Una cantidad predeterminada que usted debe pagar por sus medicamentos antes de que el patrocinador del plan cubra el 100 % de sus gastos del beneficio de farmacia. En la mayoría de los casos, se lleva el control de la cantidad que usted haya pagado y cuando alcanza el máximo de gastos de bolsillo, usted es responsable de pagar una cantidad de copago de \$0.

Medicaid

Un programa de seguro médico en todo el país, administrado por el estado, que proporciona beneficios médicos a las personas de bajos ingresos elegibles. Los costos del programa los comparten el gobierno federal y estatal.

Excepción médica

El proceso por el que su médico puede pedir más cantidad de un medicamento o cobertura de un medicamento que está excluido de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) si considera que es medicamento necesario.

Medicamento necesario

Un tratamiento que es apropiado, que concuerda con el diagnóstico del médico y que, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica, no se no se podría omitir sin afectar adversamente la condición del paciente o la calidad de la atención médica prestada.

Medicare

Un programa de seguro médico en todo el país, administrado a nivel federal, que cubre los costos de hospitalización, atención médica y otros servicios de las personas elegibles. Medicare tiene dos partes: 1) La Parte A cubre los servicios para pacientes hospitalizados y paga los medicamentos administrados en los hospitales, pero no los medicamentos suministrados en entornos para pacientes ambulatorios. 2) La Parte B cubre los servicios para pacientes ambulatorios.

Marca de varias fuentes

Un medicamento de marca que lo comercializan o venden dos o más fabricantes o distribuidores, que ya no está protegido por exclusividad de patente y que tiene un genérico equivalente terapéuticamente.

Red

Un grupo de farmacias definido que ha aceptado, generalmente mediante acuerdos contractuales, proporcionar productos y servicios relacionados con farmacia que estén cubiertos por su plan de beneficio de farmacia por medio de una fórmula de reembolso definida.

Producto que no está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/no preferido

Puede haber más de un medicamento en una categoría terapéutica para tratar su condición. Por lo tanto, su patrocinador del plan designa ciertos medicamentos como que no están en la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/no preferidos debido a que el costo relativo del medicamento es más alto que otros en la categoría terapéutica sin demostrar otro valor beneficioso.

Venta libre (OTC)

Un producto de farmacia que está disponible sin receta.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T)

Un grupo de profesionales de atención médica, compuesto de farmacéuticos de la comunidad y médicos de diversas especialidades, que sirve como panel asesor del administrador de beneficios de farmacia o el patrocinador del plan en cuanto al uso seguro y efectivo de los medicamentos con receta. Una función importante de dicho comité es desarrollar y administrar una lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Administrador de beneficios de farmacia (PBM)

Una organización que proporciona productos, programas y servicios relacionados con farmacia diseñados para ayudar a maximizar la efectividad de los medicamentos y a controlar los gastos en medicamentos influyendo en los comportamientos de los médicos que los recetan, los farmacéuticos que los despachan y los miembros que los utilizan.

Plan del beneficio de farmacia

Un plan del beneficio de farmacia se refiere a la cobertura de productos y servicios específicos relacionados con farmacia según lo determine el patrocinador del plan bajo una póliza de seguro o plan de prepago.

Autorización previa

Un proceso en el que se evalúa el uso recetado de un medicamento contra un conjunto de criterios predeterminado para determinar si el patrocinador del plan cubrirá el medicamento. En la mayoría de los casos, si su médico no presenta una autorización previa antes de que usted lleve la receta a la farmacia, se denegará el reclamo en el punto de servicio.

Limitación de cantidad

La limitación de cantidad se refiere al máximo de días de suministro o cantidad de medicamento que usted puede obtener en un momento según el plan del beneficio de recetas (por ejemplo, un suministro hasta para 30 días o una dosis de 100 unidades, lo que sea menos/más). Algunas veces las categorías terapéuticas generales, clases de medicamentos específicos o medicamentos individuales pueden tener más restricciones de limitación de cantidad.

Marca de una sola fuente

Un medicamento que lo comercializa o vende un fabricante o distribuidor, se conoce por su nombre comercial y está protegido por la exclusividad de la patente.

Medicamentos especializados

Su beneficio de farmacia puede incluir la cobertura de ciertos productos que se conocen como medicamentos especializados. Estos medicamentos especializados se recetan para tratar ciertas condiciones como anemia, cáncer, fibrosis quística, deficiencia de hormona de crecimiento, hepatitis C, esclerosis múltiple y virus respiratorio sincitial. La mayoría de los medicamentos especializados son inyectables o necesitan envío y manejo especial, como refrigeración. Como resultado, un proveedor especializado se encarga de la distribución de los medicamentos especializados y otros servicios relacionados.

Terapia escalonada

Un proceso automatizado que define cómo y cuándo se puede despachar un medicamento particular basándose en su historia de medicamentos. En la terapia escalonada generalmente se necesita usar uno o más medicamentos antes de usar otro medicamento.

Sustituto terapéutico

La práctica de despachar un medicamento por otro por propósitos económicos cuando los dos medicamentos producen los mismos efectos terapéuticos.

Nivel

Un nivel generalmente representa el nivel de copago que se aplica a cierto estado de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y tipo de medicamento (por ejemplo, Nivel 1: genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/preferido; Nivel 2: marca de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/preferido, o Nivel 3: marca que no está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario)/no preferido).

**¿Aún tiene preguntas? Llame a Farmacia de
Cigna al 800-244-6224**