Instructions to Health Plans

* [*Distribution Note: Enrollment – Plans must provide a Provider and Pharmacy Directory, or information about how to access or get a Directory, to each member upon enrollment* and upon request to both new and continuing enrollees*. Plans must ensure that an online Directory contains all the information required in a print Directory. Refer to the State’s specific Marketing Guidance for detailed instructions.*]
* [*Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to* [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557)*.*]
* [*Plans are encouraged to make Directory content on their websites machine readable. As described in the 2017 Final Call Letter, machine readable is defined as a format in a standard computer language (not English text) that can be read automatically by a web browser or computer system.*]
* [*Plans may provide subdirectories (e.g., by specialty, by county) to enrollees if the subdirectory clearly states that the complete Directory of all of its providers and pharmacies is available and will be provided to enrollees upon request. Subdirectories must be consistent with all other requirements of Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance. Plans may publish separate primary care and specialty directories if both directories are made available to enrollees at the time of enrollment*.]
* [*If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Plans may add a cover page to the Directory. Plans may include the Material ID only on the cover page*.]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation*.]
* [*Plans that assign members to medical groups must include language as indicated in plan instructions throughout the Directory. If plans use a different term, they should replace “medical group” with the term they use.*]
* [*Plans should indicate that the Directory includes providers of both Medicare and Medi-Cal services.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [*Plans are encouraged to include an Index for Providers and for Pharmacies*.]
* [*In accordance with additional plan instructions in the model, plans have the option of moving general pharmacy information to appear after general provider information ends and before provider listing requirements begin.*]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue to the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección se continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

<Plan name> | *Directorio de proveedores y farmacias para* <year>

Introducción

Este *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información sobre los tipos de proveedores y farmacias en <plan name> y listados de todos los proveedores y farmacias del plan hasta la fecha de este Directorio. Los listados contienen las direcciones e información de contacto de proveedores y farmacias, así como detalles sobre los días y horas de operación, especialidades, y habilidades. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

*[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]*

Tabla de Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc14256082)

[B. Proveedores 6](#_Toc14256083)

[B1. Términos clave 6](#_Toc14256084)

[B2. Cómo elegir un [*insert term the plan uses (e.g.,* Proveedor *or* Médico)] de cuidados personal (PCP) [*if appropriate, include:* o Equipo integral de cuidados personales] 8](#_Toc14256085)

[B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 9](#_Toc14256086)

[B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name> 9](#_Toc14256087)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 11](#_Toc14256088)

[B6. Lista de proveedores de la red 11](#_Toc14256089)

[C. Proveedores de red de <plan name> 12](#_Toc14256090)

[C1. [*Include* *Provider Type (e.g.,* Médicos de cuidados personales, Especialistas: Cardiólogos; Proveedores de respaldo: Agencias de salud en el hogar*)*] 13](#_Toc14256091)

[C2. [*Insert Facility Type (e.g.,* Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo: Alimentos entregados en el hogar*)*] 15](#_Toc14256092)

[D. Lista de farmacias de red 17](#_Toc14256093)

[D1. Cómo identificar a las farmacias de red de <plan name> 17](#_Toc14256094)

[D2. Suministro de recetas a largo plazo 18](#_Toc14256095)

[E. Farmacias de la red de <plan name> 19](#_Toc14256096)

[E1. Farmacias minoristas y de cadena 20](#_Toc14256097)

[E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo] 21](#_Toc14256098)

[E3. Farmacias de infusiones en el hogar 22](#_Toc14256099)

[E4. Farmacias de cuidados a largo plazo 23](#_Toc14256100)

[E5. Indian Health Service / Tribal / Farmacias del Programa urbano de salud india (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.*] 24](#_Toc14256101)

[E6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include.*] 25](#_Toc14256102)

[F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 27](#_Toc14256103)

[F1. Proveedores 27](#_Toc14256104)

[F2. Farmacias 27](#_Toc14256105)

# A. Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]

Este Directorio tiene los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y sicólogos), las instituciones (como hospitales o clínicas) y los proveedores de respaldo (como las Guarderías de día para adultos de la tercera edad y proveedores de salud en el hogar) que usted puede visitar como miembro de <plan name>. También tiene las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos de receta.

En este Directorio nos referiremos a estos grupos como *proveedores de la red*. Estos proveedores firmaron un contrato con nosotros para proporcionarle servicios a usted. Ésta es una lista de los proveedores de la red de <plan name> para [insert description of the plan’s service area, including a list of counties and cities/towns.]

* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services phone and TTY numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]
* Usted puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [*insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita.
* [Plans also must simply describe:
  + how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,
  + how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, and
  + how a member can change a standing request for preferred language and/or format.]
* La lista está al corriente hasta el <**date of publication**>, pero usted debe saber que:
* Podríamos haber agregado o sacado algunos proveedores de la red de <plan name> después de la publicación de este Directorio.
* Posiblemente algunos proveedores de <plan name> de nuestra red ya no acepten miembros nuevos. Si usted tiene algún problema para encontrar un proveedor que acepte miembros nuevos, llame a Servicios al miembro al <toll-free number> y le ayudaremos.
* Para recibir la información más actual sobre los proveedores de la red de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

Los médicos y otros profesionales de cuidado de salud de la red de <plan name> están anotados en las páginas <page numbers>. Las farmacias de nuestra red se encuentran en las páginas <page numbers>. [*If plan includes an Index for Providers and for Pharmacies, insert*: Usted puede usar el Índice al final del Directorio para encontrar la página en donde se encuentra un proveedor o una farmacia*.*]

# B. Proveedores

## B1. Términos clave

[Plans that use integrated Primary Care Teams should explain the composition of the teams and how they work. Plans should also include information about the integrated individual care plans developed for each member.]

Esta sección explica las palabras importantes que usted encontrará en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

* **Los proveedores** son profesionales del cuidado de salud y proveedores de respaldo, como médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que proporcionan cuidado y servicios. **Los Servicios**, incluyen cuidado médico, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), servicios, suministros, medicamentos de receta, equipos y otros servicios.
* El término proveedores, también incluye instituciones, como hospitales, clínicas y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.
* Los proveedores que son parte de la red de nuestro plan se llaman proveedores de la red.
* **Proveedores de la red**, son los proveedores que tienen contratos para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de nuestra red, de manera general, nos cobran directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visite un proveedor de la red, generalmente pagará [insert as applicable: nada por **o** solamente su parte del costo de] los servicios cubiertos.
* Un [insert the term the plan uses (e.g., **proveedor** o **médico**)]de cuidadospersonales (PCP) es [plans should include examples as they see fit] quien le da el cuidado de salud de rutina. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo le conocerá a usted y sus necesidades de salud. [Plans should include this sentence if applicable to plan arrangement: Su PCP también le dará una **pre-autorización** si usted tiene que consultar un especialista u otro proveedor.]
* **Los especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos cuantos ejemplos:
* Los oncólogos, cuidan a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos, cuidan a pacientes con enfermedad del corazón.
* Los ortopedistas, cuidan a pacientes con ciertas enfermedades óseas (de los huesos), articulaciones o musculares.
* [*Plans that assign members to medical groups/IPAs must* clearly and briefly define the term “medical group.” Plans must also include a reference to additional information in Section B2 that explains a medical group’s potential impact on enrollees*.*]
* [Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.] Posiblemente necesite una **pre-autorización** para ver un especialista o a alguien que no sea su PCP. Una **pre-autorización** significa que su [insert the term the plan uses (e.g., proveedor o médico)] de cuidados primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver alguien que no es su PCP. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir el servicio.
* No se necesitan pre-autorizaciones de [*insert as applicable:* su PCP de la red ***or*** nuestro plan]para:
  + - Cuidados de emergencia;
    - Cuidados necesarios urgentemente;
    - Servicios de diálisis renal que usted recibe en una institución de diálisis certificada por Medicare, cuando usted está fuera del área de servicio del plan o
    - Servicios de un especialista en salud femenina.
* [*Plans may insert additional exceptions as appropriate.*]
* Además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, usted puede ver estos proveedores sin pre-autorización. Debemos pagar al proveedor de salud indio por esos servicios, aunque estén fuera de la red de nuestro plan.
* Encontrará más información sobre pre-autorizaciones en el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.
* Usted también tiene acceso a un coordinador de cuidados y a un equipo de cuidados que usted ayuda a elegir.
* **Su Coordinador de cuidados** le ayudará a administrar a todos sus proveedores y servicios.
* **Su Equipo de cuidados** [*insert description of the care team as appropriate to the plan*]*.* Todos los integrantes del equipo de cuidados trabajan juntos para asegurarse que sus cuidados sean coordinados. Esto significa que se aseguran que las pruebas y exámenes de laboratorio se lleven a cabo una vez y que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. También significa que su PCP debe saber sobre todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir cualquier efecto secundario. Su PCP siempre obtendrá su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

## B2. Cómo elegir un [insert term the plan uses (e.g., Proveedor or Médico)] de cuidados personal (PCP) [if appropriate, include: o Equipo integral de cuidados personales]

Usted puede recibir servicios de cualquier proveedor de nuestra red que acepte miembros nuevos.

Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un [insert the term the plan uses (e.g., Proveedor **or** Médico)]de cuidados primarios. [If appropriate, include: Usted puede tener un especialista como su PCP.] [If applicable, describe circumstances under which a specialist may act as a PCP and how to ask for one (e.g., Llame a Servicios al miembro).]

[Insert if applicable: Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elija su PCP, usted también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le dará pre-autorizaciones para los especialistas y servicios que también están afiliados a este grupo médico.

* Si hay algún especialista u hospital en particular que usted quiera usar, es importante ver si están afiliados al grupo médico de su PCP. Usted puede buscarlo en este directorio o pedir a Servicios al miembro de <plan name> que revise si el PCP que usted quiere da pre-autorizaciones para ese especialista o usa ese hospital.
* Si usted no se queda dentro del grupo médico de su PCP, es posible que <plan name> no cubra el servicio.]

Para elegir un PCP, vaya a la lista de [insert term the plan uses (e.g., proveedores, médicos)]en la página <page number> y elija un [insert term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)]:

* que usted consulte ahora, **o**
* que le haya recomendado alguien en que usted confíe, **o**
* que tenga un consultorio al que pueda llegar fácilmente.

[Plans may modify the bullet text listed above or add additional language as appropriate.]

* Si quiere ayuda para elegir un PCP, por favor llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <toll-free number>.] O, vaya a <web address>.
* Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted quiera o necesite, llame a Servicios al miembro y pregunte, **antes** de recibir los servicios o el cuidado.

## B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Como miembro de <plan name>, usted podría obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), como [insert examples with explanations of services available to members]. LTSS ayuda las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicinas. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad pero podrían ser proporcionados en una institución de enfermería avanzada u hospital.

Estos servicios incluyen servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS).

CBAS es un programa de salud de un día basado en la comunidad, que da servicios para adultos con enfermedades crónicas, cognitivas o de salud mental y/o discapacidades, que están en riesgo de necesitar cuidados institucionales.

Para solicitar CBAS, por favor comuníquese con[*insert plan name and contact information*].

Otros servicios y respaldos a largo plazo proporcionados por <plan name> incluyen [list examples of other LTSS provided by the plan]. Para encontrar proveedores de estos servicios, vaya a la página *<*page number*>* de este directorio.

Hay una lista completa de estos servicios disponibles en el Capítulo 4 del *Manual del miembro*.

[Plans may include information regarding accessing LTSS and talking with a Care Coordinator.]

## B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name>

[HMO plan types must include the following language through the end of the section.] Usted deberá recibir todos sus servicios cubiertos de proveedores dentro de nuestra red [insert if applicable: afiliados con el grupo médico de su PCP]. Si visita proveedores que no estén en la red de <plan name> [insert if applicable: y que no están afiliados con el grupo médico de su PCP] (sin autorización previa o sin nuestra autorización), usted tendrá que pagar por los servicios.

|  |
| --- |
| Una **autorización previa** es una aprobación de <plan name> que tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios, medicamentos o ver un proveedor fuera de red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio o medicamento si no recibe aprobación. |

Las excepciones a esta regla son cuando usted necesita cuidado urgente, de emergencia o diálisis y no puede ir con un proveedor del plan, como cuando usted está lejos de su casa. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede ir fuera del plan [insert if applicable: o el grupo médico de su PCP], si <plan name> le da permiso antes.

[Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.]Posiblemente usted necesite una pre-autorización para consultar una persona que no sea un [insert term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)] de cuidados personales. Hay más información sobre pre-autorizaciones en la Sección B1, Términos clave, de este Directorio, en la página <page number>.

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento durante el año. Si ha estado viendo a un proveedor de la red, usted no tiene que seguir viendo a ese proveedor. [Plans should modify or add language with plan specific rules about PCP changes. Plans should include the following language if appropriate: Posiblemente necesite una pre-autorización de su PCP para algunos proveedores.]
* [Insert if applicable: Recuerde, los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si usted cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de decirle a Servicios al miembro si usted está viendo un especialista o recibe otros servicios cubiertos que necesiten aprobación de su PCP. Servicios al miembro se asegurará de que usted continúe con su cuidado especializado y otros servicios cuando cambie de PCP.]
* <Plan name> trabaja con todos proveedores de nuestra red, para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidades. Como sea aplicable, la lista de proveedores de la red de abajo incluirá la información sobre las adaptaciones que ellos proporcionan.
* Si tiene que consultar un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con su [equipo de cuidados **or** coordinador de cuidados **or** asistente certificado del paciente **or** other appropriate reference] para que le ayuden o llame a Servicios al miembro al <phone number>.

## B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área

[Plans should describe how an enrollee can find a network provider nearest his or her home relative to the organizational format used in the Directory.]

## B6. Lista de proveedores de la red

Este directorio de proveedores de la red de <plan name> tiene:

* **Profesionales del cuidado de salud** incluyendo médicos de cuidados personales, especialistas y [insert any other types of health care professionals the plans are required to include],
* **Instituciones** incluyendo hospitales, instituciones de enfermería, instituciones de enfermería especializada, instituciones de salud mental y [insert any other types of facilities the plans are required to include], *y*
* **Proveedores de respaldo** incluyendo servicios de un día para adultos, vida con asistencia, servicios dirigidos por el consumidor, alimentos entregados en el hogar, agencias de cuidado en el hogar, y [insert any other types of support providers the plans are required to include].

Los proveedores están nombrados en orden alfabético por apellido. [*Insert if applicable*: Usted también puede encontrar el nombre del proveedor y la página en donde se encuentra información adicional del proveedor en el Índice al final del Directorio. Los proveedores también se nombran en orden alfabético por apellido en el Índice.] Además de la información de contacto, las listas de proveedores también incluyen las especialidades y habilidades, por ejemplo, lenguajes hablados o capacitación de conocimiento cultural.

|  |
| --- |
| **Capacitación de conocimiento cultural** es instrucción adicional para nuestros proveedores de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores, y creencias para adaptar sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y de idioma. |

[**Note:** Plans that provide additional or supplemental benefits beyond those captured in this model document must create provider type(s) offering these additional or supplemental benefits and list the providers.]

[**Note:** Plans must show the total number of each type of provider (e.g., PCP, specialist, hospital, etc.).]

[*Plans have the option to move general pharmacy information from pages 17-18 to appear here before provider listings begin.*]

# C. Proveedores de red de <plan name>

**Organización recomendada:** [Plans are required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used. However, plans that assign members to medical groups/IPAs must organize the provider listing by medical group/IPA.]

1. **Tipo de Proveedor** [Plans are required to include PCPs, Specialists, Hospitals, Nursing Facilities, Skilled Nursing Facilities, Mental Health Providers, and Long-Term Services and Supports Providers. Note that Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities must be listed separately.]
2. **Condado** [List alphabetically.]
3. **Ciudad** [List alphabetically.]
4. **Barrio/Código postal** [Optional: For larger cities, plans may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
5. **Proveedor** [List alphabetically.]

[Insert if applicable: Los proveedores de este directorio están organizados alfabéticamente por grupo médico.] Usted puede recibir servicios de cualquiera de los proveedores de esta lista [insert if applicable: afiliados con el grupo médico de su PCP]. [Plans should include the following language if referrals are required under the plan: Para algunos servicios, posiblemente necesite una pre-autorización de su PCP.]

[**Note:** The following pages contain Directory requirements and sample formatting for provider types. Some provider types may include **both** health care professionals **and** facilities (e.g., Mental Health). Some provider types, particularly in the support provider category, may include **either** health care professionals (e.g., Consumer-Directed Services, Home Health Agencies) or facilities (e.g., Adult Day Services, Home-Delivered Meals). In consultation with the State, plans should use reasonable judgment to determine each network provider’s type and include its applicable requirements according to the examples on the following pages. Plans should include **location-specific requirements** (e.g., days and hours of operation, public transportation, languages, accommodations for those with physical disabilities) for each provider with more than one address in the Directory. *Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should* *consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space*.]

**[Sample formatting for health care professionals and non-facility based support providers:]**

## C1. [Include Provider Type (e.g., Médicos de cuidados personales, Especialistas: Cardiólogos; Proveedores de respaldo: Agencias de salud en el hogar)]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Provider Name>**

<Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[***Note:*** *Where* ***all*** *health care professionals and non-facility based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have completed cultural competence training, they have access to language line interpreters), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual provider level throughout.* When providers in a group practice are co-located and listed together in the Directory, the plan may list requirements, when appropriate, at an aggregate group practice level rather than at an individual provider level (e.g., days and hours of operation, public transportation route and types, non-English languages (including ASL)).]

[***Note****:* *Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual provider level throughout or by inserting a prominent statement indicating that enrollees may call Member Services to get the information. For example, plans may enter a statement such as:* Llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre los otros credenciales de un proveedor y/o certificaciones, realización de capacitación de competencia cultural, y/o áreas de entrenamiento y experiencia.]

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Include licensing information (e.g., license number, NPI).]

[As applicable, include other credentials and/or certifications.]

[Indicate if the provider is accepting new patients as of the Directory’s date of publication.]

[Include days and hours of operation.]

[Indicate if the provider’s location is on a public transportation route. Optional: Include public transportation types (e.g., bus, rail, boat). Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[List any non-English languages (including ASL) spoken by the provider or offered onsite by skilled medical interpreters. As applicable, indicate if the provider has access to language line interpreters. Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[As applicable, indicate if the provider has completed cultural competence training. Optional: List any specific cultural competencies the provider has.]

[Include specific accommodations at the provider’s location for individuals with physical disabilities (e.g., wide entry, wheelchair access, accessible exam rooms and tables, lifts, scales, bathrooms and stalls, grab bars, other accessible equipment). Plans may use abbreviations or symbols for each type of accommodation if a key is included in the Directory.]

[As applicable, list areas the provider has training in and experience treating, including physical disabilities, chronic illness, HIV/AIDS, serious mental illness, homelessness, deafness or hard-of-hearing, blindness or visual impairment, co-occurring disorders, or other areas of specialty. For behavioral health providers, this includes training in and experience treating trauma, child welfare, and substance abuse.]

[Optional: Indicate if the provider supports electronic prescribing.]

**[Sample formatting for facilities and facility-based support providers:]**

## C2. [Insert Facility Type (e.g., Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo: Alimentos entregados en el hogar)]

[**Note:** Plans must list Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities as separate types. Plans may indicate what kind of nursing facility it is (e.g., long-term care, rehabilitation) and may do so either after the type or after the facility name (e.g., Nursing Facilities – Rehabilitation or <Facility Name> - Rehabilitation). Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Facility Name>**

<Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[***Note****: Where all facilities and facility-based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have completed cultural competence training, they have access to language line interpreters), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual provider level throughout.*]*.*

[***Note****:* *Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual facility level throughout or by inserting a prominent statement indicating that enrollees may call Member Services to get the information. For example, plans may enter a statement such as:* Llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre la información de licenciatura de una facilidad, sus otros credenciales y/o certificaciones, y/o días y horas de operación.]

[Optional for hospitals: Indicate if the facility has an emergency department.]

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[As applicable, include licensing information (e.g., license number, NPI).]

[As applicable, include other credentials and/or certifications.]

[As applicable, include days and hours of operation.]

[Indicate if the facility is on a public transportation route. Optional: Include public transportation types (e.g., bus, rail, boat). Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[List any non-English languages (including ASL) spoken at the facility or offered onsite by skilled medical interpreters. As applicable, indicate if the facility has access to language line interpreters. Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[Include specific accommodations at the facility for individuals with physical disabilities (e.g., wide entry, wheelchair access, accessible exam rooms and tables, lifts, scales, bathrooms and stalls, grab bars, other accessible equipment). Plans may use abbreviations or symbols for each type of accommodation if a key is included in the Directory.]

[Optional: Indicate if the facility supports electronic prescribing.]

[*Plans have the option to move the following general pharmacy information from pages 17-18 to start on page 11 before provider listing requirements begin.*]

# D. Lista de farmacias de red

Este Directorio ofrece una lista de farmacias de la red de <plan name>. Estas farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionarle a usted medicamentos de receta como miembro del plan.

[If a plan lists pharmacies in its network but outside the service area, it must use this disclaimer:]También anotamos farmacias que son parte de nuestra red, pero están fuera de <geographic area>, donde usted vive. Usted también puede surtir sus recetas en estas farmacias. Por favor comuníquese con <plan name> al <toll-free number>, <days and hours of operation>, para pedir información adicional.

* Los miembros de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta.
* Usted deberá usar farmacias de la red, excepto en situaciones de emergencia o de urgencia.
* Si va a una farmacia fuera de la red para buscar medicamentos de receta cuando no es una emergencia, usted tendrá que pagar de su bolsillo por el servicio. Lea el *Manual del miembro* de <plan name> para obtener más información.
* Algunas farmacias de la red podrían no estar anotadas en este Directorio.
* Podríamos haber agregado o borrado algunas farmacias de la red después de la publicación de este Directorio.

Para encontrar información actualizada sobre las farmacias de la red en su área de <plan name>, por favor vaya a nuestro sitio web en <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <toll-free number>.]

Para obtener una descripción completa de su cobertura de medicamentos de receta, incluyendo cómo surtir sus recetas, por favor lea el *Manual del miembro* y la *Lista de medicamentos cubiertos* de <plan name>. [Insert information about where members can find the List of Covered Drugs.]

## D1. Cómo identificar a las farmacias de red de <plan name>

Junto con farmacias minoristas, la red de farmacias de su plan incluye:

* [*Plans should insert only if they include mail-order pharmacies in their network:*] Farmacias de pedidos por correo envían medicamentos de receta cubiertos a miembros a través del correo o compañías de envíos.
* Farmacias de infusiones en el hogar preparan medicamentos de recetas que se administran en su casa a través de una vena, de un músculo, o en otra manera no oral por un proveedor capacitado.
* Farmacias de cuidados a largo plazo (LTC) atienden a residentes de instituciones a largo plazo, como hogares de ancianos.
* [*Plans should insert only if they include I/T/U pharmacies in their network:*] Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U)
* [*Plans should insert any additional pharmacy types in their network. Plans are encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in their network.*]

No tiene que ir a la misma farmacia para surtir sus recetas.

## D2. Suministro de recetas a largo plazo

[Plans should include only if they offer extended-day supplies at any pharmacy location. Plans should modify the language below as needed, consistent with their approved extended-day supply benefits.]

* **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de medicamentos de receta de hasta <number>- días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
* **Programas de farmacias minoristas de <number> días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer hasta un suministro de <number> días de medicamentos de receta cubiertos. **Un suministro para <number>- días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.**

# E. Farmacias de la red de <plan name>

**Organización recomendada:** [Plans are required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used.]

1. **Tipo de Farmacia** [del plan, de pedidos por correo, de infusión en el hogar, LTC, I/T/U]
2. **Estado** [Include only if Directory includes multiple states.]
3. **Condado** [List alphabetically.]
4. **Ciudad** [List alphabetically.]
5. **Barrio/Código postal** [Optional: For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood.**]**
6. **Farmacia** [List alphabetically.]

[**Note:** Plans must indicate how types of pharmacies can be identified and located relative to organizational format.]

[**Note:** Plans that make all network pharmacies available to **all** members must insert: You can go to any of the pharmacies in our network. Plans that do **not** make all network pharmacies available to all members must indicate for each pharmacy type or individual pharmacy that the pharmacy type or pharmacy is not available to all members. If symbols are used, a legend must be provided. *Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space*.]

## E1. Farmacias minoristas y de cadena

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas*.”* See exceptions in Note below.**]**

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

[**Note:** Plans are expected to create one alphabetical list integrating both retail and chain pharmacies, but the information supplied may vary for retail versus chain pharmacies. Plans are required to provide the address and phone number for independent (non-chain) pharmacies. For chain pharmacies only, in lieu of providing addresses and days and hours of operationfor all locations, plans may provide a toll-free customer service number and a TTY number that an enrollee can call to get the locations, phone numbers,and days and hours of operation of the chain pharmacies nearest their home. If the chain pharmacy does not have a toll-free number, plans should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for enrollees to call, then plans must list each chain pharmacy and phone number in the Directory. If the chain pharmacy does not have a TTY number, plans are instructed to list the TRS Relay number 711. Plans should not list their own Member Services number as a pharmacy phone number or TTY number.]

## E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo]

[*Include if applicable:* Usted puede recibir sus medicamentos de receta en su casa, por medio de nuestro programa de entregas de pedidos por correo de nuestra red [plans may insert: llamado <name of program>].] [Plans are expected to advise members that pharmacies are to obtain consent before shipping or delivering any prescriptions the member does not personally initiate.]

[Plans whose network mail order services provide automated delivery, insert the following sentence: También tiene la opción de inscribirse para la entrega automática por correo [plans may insert: a través de nuestro <name of program>].] [Plans have the option to insert either laborables **or** calendario **or** neither after días in the following sentence: De manera general, usted puede esperar recibir sus medicamentos de receta [insert as applicable: dentro de <number> días **or** entre <number> y <number> días] desde el momento en que la farmacia de pedidos por correo reciba el pedido. Si no recibe sus medicamentos de receta en este plazo, [*insert as applicable:* si quiere cancelar un pedido automático o si tiene que pedir una devolución por medicamentos que recibió y no quería o no necesitaba, por favor comuníquese con nosotros al <toll-free number>]. [TTY: <phone number>]. Para obtener más información con respecto a las farmacias que realizan envíos por correo, consulte el Capítulo 5 del Manual para miembros, [plans may insert reference, as applicable].]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Toll-free number>  
<TTY number>

[*Optional: Include web and e-mail addresses.*]

[*Optional: Include* *days and hours of operation.*]

[*Optional:**Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”*]

[*Optional:* <Special Services:>] [***Note:*** *Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.*]

[*Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.*]

[*Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.*]

## E3. Farmacias de infusiones en el hogar

[**Note:** Plans should provide any additional information on home infusión pharmacy services in their plan and how enrollees can get more information*.* If applicable, plans should include a statement noting their home infusion pharmacies service all counties in the plan service area rather than denoting specific county information below. Plans with a home infusion pharmacy servicing multiple counties should list the counties alphabetically.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

## E4. Farmacias de cuidados a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como una institución de enfermería avanzada, pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos por <plan name> a través de la farmacia de la institución o de otra farmacia de la red. Para obtener más información con respecto a la cobertura de medicamentos en casos especiales, consulte el Capítulo 5 del Manual para miembros, [*plans may insert reference, as applicable*]

[**Note:** Plans should provide any additional information on long-term care pharmacy services in their network and how enrollees can get more information*.* If applicable, plans should include a statement noting their home infusión pharmacies service all counties in the plan service area rather than denoting specific county information below. Plans with a home infusión pharmacy servicing multiple counties should list the counties alphabetically.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

## E5. Indian Health Service / Tribal / Farmacias del Programa urbano de salud india (I/T/U) [Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.]

Sólo los indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de Indian Health Service / Tribu / Programa urbano de salud india (I/T/U) a través de la red de farmacias de <plan name>. Para aquellos que no sean indígenas americanos y nativos de Alaska, es posible que puedan ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (p.ej.: emergencias).

[**Note:** Plans should provide any additional information on I/T/U pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

## E6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include.*]

Usted puede obtener sus medicamentos cubiertos en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Esto incluye las farmacias de nuestra red fuera de su área de servicio.

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional:Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

[*Note: It is optional for plans to create categories for additional types of network pharmacies not encompassed in the previous categories. If the plan creates additional categories, plan should add these additional categories as sequentially numbered subsections and include them in the Table of Contents*.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.] [Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

# F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias]

[*Plans that add an Index must update the Table of Contents to include it as a section with two subsections as illustrated below. Providers and pharmacies must be grouped separately in the Index.*]

## F1. Proveedores

[*Plans must present entries in alphabetical order.*]

## F2. Farmacias

[*Plans must present entries in alphabetical order.*]