合約年度 2021 年 Medicare Advantage 與 1876 條付費計劃  
醫療服務提供者目錄範本

#### 法規要求

CMS 法規的第 42 CFR 422.111(b)(3)(i) 條要求組織向參保者提供參保者可合理向其獲取服務的提供者的編號、組合和服務地點（地址）。此資訊必須以清晰準確的標準格式提供給每位參保者 (42 CFR 422.111(a)(2))。第 42 CFR 422.504(a) 和 422.504(a)(4) 條法規要求組織必須遵守所有法規和一般說明，並按照 CMS 第 42 CFR 422.111 條所規定的方式和形式向受益人披露資訊。根據第 42 CFR 422.111(h)(2)(ii) 條法規規定，每個組織必須在其網站上發佈一份線上醫療服務提供者目錄。1876 條付費計劃法規 42 CFR 417.427 條要求付費計劃遵循 MA 法規的第 42 CFR 422.111 條。此外，1876 條付費計劃要求遵循本子部分和 CMS (42 CFR 417.472(b)) 發佈的一般說明中適用的要求和條件。

#### 說明

下述說明和醫療服務提供者目錄範本適用於所有基於網絡的 Medicare Advantage (MA) 計劃以及 1876 條付費計劃（參見 42 CFR 422.114(a)(3)(ii) 中的定義）編製的**紙質版和線上版**醫療服務提供者目錄。這些說明和範本中包含 CMS 對編製醫療服務提供者目錄的要求，您也可瀏覽 [Medicare Communications and Marketing Guidelines](https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/ManagedCareMarketing/FinalPartCMarketingGuidelines.html) (MCMG) 獲取進一步指引。**範本從第 1 頁開始。**請注意：如果組織要使用醫療服務提供者目錄範本，則必須使用我們提供的醫療服務提供者目錄範本，除非另有說明（參見下面的「使用非標準版目錄」）。範本中已用灰色強調的文字和方括號標識出所有可變欄位，必須在這些欄位填寫關於當前網絡內提供者的具體計劃資訊。

**提供者清單。**計劃只能在目錄中列出當前已簽約和經過認證的醫療服務提供者。在醫療服務提供者獲得認證之前，計劃不得在目錄中將其列出來。

醫療服務提供者目錄必須清楚說明參保者使用醫療服務提供者所有計劃的特定規則。例如，某個健康維護組織 (HMO) 計劃可能擁有開放式醫療服務提供者團隊，也可能只提供封閉式醫療服務提供者團隊。封閉式醫療服務提供者團隊可能需要參保者從主治醫師 (PCP) 處獲得轉診才能使用專科醫生。計劃必須在目錄中清楚地說明此資訊。除此之外，目錄必須指明參保者必須獲得轉診的醫療服務提供者和/或服務，或目錄必須向參保者說明他們可從哪裡找到此類資訊。

如果參保者無法致電所列電話號碼並要求在所列地址與醫療服務提供者約診（例如醫療服務提供者只在醫院/急症護理中心看診、無法提供常規診所就診服務時），目錄中也可不列出該醫療服務提供者。

如果醫療服務提供者是作為待命人員和後備醫療服務提供者，無法在診室或執業機構中定期提供承保服務，計劃不得在目錄中列出該醫療服務提供者。計劃只可列出在指定地點開展常規醫療業務的醫療服務提供者。

計劃必須在目錄中清楚說明醫療服務者在特定的網絡中所從事的專業，即便其有資格從事多個專業。例如，不擔任主治醫師的內科醫生/腫瘤醫生不應在目錄中顯示為主治醫師。計劃只可將該醫療服務提供者列入他/她將向參保者提供的服務類別下。

如果參保者可與非醫師執業者（例如執業護士、醫師助理）約診，計劃也可將該執業者列為「主治醫師 (PCP)」（參見第 7 頁）。計劃必須清楚地註明該提供者為非醫師執業者。

如果醫療服務提供者可在多個地點為患者看診，計劃可只列出最常看診的地點，無需將偶爾看診的地點一一列出。

計劃必須清楚地註明醫療服務提供者是否接受新患者，或提供一份通知，指示受益人聯絡醫療服務提供者以確定其是否接受新患者。如果列出了每個醫療服務提供者的狀態，計劃註明提供者接受/不接受新患者的方式（即註明「是否接受新患者？是/否」）則不受限制，只要受益人能確定可合理地從哪些提供者處獲取服務（例如，計劃可在提供者姓名旁標註特殊字元，在不接受新患者的提供者姓名旁標註註腳）。

計劃必須儘合理的努力確保及時更新醫療服務提供者的執業診所名稱，並且能夠在參保者致電預約時反映出該診所的曾用名稱。

如果醫療服務提供者在使用時設有限制，計劃必須提供在其名錄旁附上備註，說明相關限制。範例包含**（但不限於）**以下各項：

* 該醫療服務提供者僅可服務一部分的參保者（例如，例如只有美國原住民參保者才可使用與美國原住民部落相關的醫療服務提供者，只有學生參保者才可使用大學的學生醫療服務）；
* 該醫療服務提供者提供特約醫療，僅為支付年費或預付費用的患者提供服務；
* 該醫療服務提供者僅提供上門就診服務，不在實體診室為患者看診；
* 該醫療服務提供者定期、輪流在兩個或以上地點提供看診服務；
* 該醫療服務提供者僅提供遠端醫療服務；
* 該醫療服務提供者將在未來一個指定的合約生效日期成為網絡內提供者（計劃必須在提供者姓名旁列出此日期）；以及
* 該醫療服務提供者將在指定的合約終止日期退出計劃網絡（如果終止日期已知或已確定，計劃必須在提供者姓名旁列出此日期）。

**子網絡。**如果計劃提供子網絡，可針對每個子網絡單獨編製一本醫療服務提供者目錄。計劃可為子網絡中的參保者提供能夠反映子網絡情況的目錄，但該目錄必須清楚地說明，參保者可選用的醫療服務提供者並不限於該子網絡目錄中列出的提供者。同時，計劃必須提供相關連結，以便參保者獲取包含計劃完整醫療服務提供者網絡的目錄。此份範圍更廣的目錄可透過線上提供，或應參保者要求提供紙版副本。此外，計劃必須說明參保者可如何申請使用子網絡之外的醫療服務提供者。有關子網絡的更多資訊，請參閱網絡充分性指引，網址為：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html> 。

**醫療服務提供者特定計劃。**醫療服務提供者特定計劃 (PSP) 必須編製單獨目錄，清楚說明 PSP 網絡內可選用的醫療服務提供者。不得使用合約級的醫療服務提供者目錄來向潛在受益人或參保者說明 PSP 網絡。例如，計劃不能只在範圍更廣的網絡目錄上簡單標註符號或資訊，以說明哪些提供者屬於限制更多的 PSP 網絡。

**不同的分攤費用安排/等級。**如果使用某些提供者（例如透過 MA Uniformity Flexibility）的參保者需支付的分攤費用更少或無需支付分攤費用，計劃必須用特殊字元和/或註腳標識出這些提供者。

如果計劃針對特定提供者對醫療福利分攤費用進行了分級，則必須用特殊字元和/或註腳標識出那些提供者的分攤費用金額有所不同。計劃必須添加相關說明，提示參保者參閱承保範圍說明書 (EOC) 以瞭解更多資訊。如果計劃使用其他術語來描述這些分攤費用安排，則不一定要使用「分級」這個詞。

**使用非標準版目錄。**MA 組織和 1876 條付費計劃還可編製非標準版線上或紙質版醫療服務提供者目錄。非標準版醫療服務提供者目錄可包括其他資料元素或採用本範本之外的其他格式。但是，非標準版目錄必須遵循所有指示，並囊括本文所述的所有標準語言。

**允許的改動。**以下是允許對範本做的改動：

* 必要的小改動（例如語法或標點符號改動、更正參考資料）。
* 符合 MCMG 和其他指南的格式/樣式（例如字體、頁邊距）。
* 添加計劃標誌。
* 重新排序第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單。
* 當文件提到「[Plan Name]」時，插入 MAO 名稱或「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」。此外，即使範本中已經使用了「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」中的一種，這些詞語仍然可以互換使用。

**修改或刪除。**以下是 CMS 希望各計劃做出的修改或刪除：

* 填充範本時，刪除給各計劃看的說明。
* 可以將其他計劃資料（如承保範圍說明書）的參考資訊更改為計劃常用的條款。

**最佳做法。**CMS 鼓勵計劃設計相應的支援程序以維護醫療服務提供者目錄的準確性。例如，計劃可為參保者提供熱線電話，以供他們聯絡計劃獲取預約方面的幫助或報告目錄的錯誤。如果參保者請求幫助以尋找接受新患者的醫療服務提供者，CMS 還建議計劃採用以下最佳做法：為他們提供「熱轉接」服務。

另外還有一種最佳做法，CMS 亦鼓勵計劃在目錄上添加以下元素（視情況適用）：

* 機器可讀的內容
* 醫療服務提供者的醫療團體
* 醫療服務提供者所屬機構
* 醫療服務提供者使用的非英語語言
* 醫療服務提供者的網址
* 殘障人士的無障礙設施

# [Plan Name]

**[HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA]   
計劃醫療服務提供者目錄**

本目錄最後更新於 [Month DD, YYYY]。

本目錄提供 [Plan Name] 的最新網絡內醫療服務提供者清單。

本目錄適用於 [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory is for]。

[For hardcopy directories, insert: 如需獲取 [Plan Name] 的線上醫療服務提供者目錄，您可以瀏覽 [Web address]。] 如對本目錄中所述的資訊有任何疑問，請致電我們的 [客戶/會員] 服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障] 人士可致電 [TTY or TDD number]。

*[Insert availability of alternate formats, in accordance with section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (45 CFR Part 84)]*

**目錄**

[第 1 節 － 簡介 3](#_Toc46480974)

[[Plan Name] 的服務區包含哪些？ 5](#_Toc46480975)

[如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？ 5](#_Toc46480976)

[第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單 6](#_Toc46480977)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc46480978)

[[Specialists] 8](#_Toc46480979)

[[Hospitals] 9](#_Toc46480980)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc46480981)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc46480982)

[[Pharmacies] 12](#_Toc46480983)

## 第 1 節 － 簡介

本目錄提供 [Plan Name] 的網絡內醫療服務提供者清單。如需瞭解您的醫療護理承保的詳細資訊，請參閱您的承保範圍說明書 (EOC)。

[Use this introduction section to describe how enrollees should use this directory (e.g., how to select a PCP if your plan uses PCPs, explain sub-networks or certain providers used in MA uniformity flexibilities, if applicable, and describe which types of providers require a referral). Please refer to the instructions beginning on page i for more information. Use, delete, or modify the following based on your plan type.]

[Insert this paragraph if applicable: 您將需要從本目錄列出的網絡內醫療服務提供者中選擇一位作為您的主治醫師 (**PCP**)。一般而言，您必須從您的主治醫師處獲得醫療服務。] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: 我們有網絡內提供者提供 Original Medicare 承保的所有服務[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站：[insert link to PFFS terms and conditions of payment] 瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [Indicate whether this PFFS plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.]

[Partial-network PFFS plans insert: 我們有網絡內提供者提供[indicate what category(ies) of services for which network providers are available]服務。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站：[insert link to PFFS terms and conditions of payment] 瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [Indicate whether this PFFS plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.] [Note that in order to charge higher cost sharing when a PFFS enrollee obtains services from an out-of-network provider, the PFFS plan must meet current CMS network adequacy criteria for that specialty type.]

[Section 1876 Cost Plans must clearly explain that enrollees may use in-network and out-of- network providers and explain the benefit/cost sharing differentials between the use of in- network and out-of-network providers.]

列於本目錄的網絡內提供者均同意為您提供[insert appropriate term(s): 醫療/眼科/牙科]服務。您可以前往本目錄所列的任何網絡內提供者處求診[；/。] [Insert if applicable: 但是，某些服務可能需要轉診。] [Insert applicable details on referrals, per instructions beginning on page i.] [Insert, if applicable: 我們網絡有其他醫療服務提供者。] [Note: Modify the discussion in this section to reflect the access to services rules that apply to your plan type (e.g., HMO, PPO, etc.), such as closed panels, sub-networks, etc. If you do not require referrals, adjust the language appropriately. Please refer to the instructions beginning on page i for more information.]

[PFFS plans insert: [Plan Name] 不要求參保者或其醫療服務提供者先獲得轉診或計劃的授權，才能取得計劃承保的具有醫療必要性的服務。如果您對我們是否會支付您正在考慮接受的醫療服務或護理有任何疑問，您有權在接受該服務或護理之前詢問我們是否會給予  
承保。]

[PPO plans insert: 除非在緊急情況下，否則網絡外醫療服務提供者沒有義務為 [Plan Name] 的參保者提供治療。就我們是否會承保網絡外服務的決定而言，我們鼓勵您或您的提供者在您接受服務前，要求我們作出預先服務機構裁決。請致電我們的[客戶/會員]服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障]人士可致電 [TTY or TDD number]。您還可參閱承保範圍說明書 (EOC) 瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用資訊。]

[Include any out-of-network or point-of-service (POS) options as appropriate.]

[Include instructions to enrollees that, in cases where out-of-network providers submit a bill directly to the enrollee, the enrollee should **not** pay the bill but should submit it to the plan for processing and determination of enrollee liability, if any.]

[Include instructions informing enrollees that they may obtain emergency services from the closest available provider, and they may obtain urgently needed services from any qualified provider when out of the plan’s service area or when network providers are unavailable.]

[HMO plans insert: 您必須使用網絡內醫療服務提供者，除非出現緊急醫療或急症治療護理情況[或是在服務區域外接受腎臟透析或其他服務]。若您透過網絡外醫療服務提供者取得常規護理，Medicare 和 [Plan Name] 均不負責該費用。

[PPO and POS plans must include information that, with the exception of emergencies, it may cost more to get care from out-of-network providers.]

### [Plan Name] 的服務區包含哪些？

屬於我們服務區的[郡 or 各郡] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: 州 or 各州] [for plans with a partial county service area only: 部分郡/郵遞區號]列示如下。[Optional: You may include a map of the area (in addition to listing the service area), and modify the prior sentence to refer readers to the map.]

[Insert plan service area listing. If approved for the entire county, use county name only. For approved partial counties, use county name and zip code (e.g., “county name, the following zip codes only: XXXXX…”)].

### 如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？

[Plans should describe how an enrollee can find a network provider nearest his or her home relative to the organizational format used in the provider directory.] [Note: RPPO plans must fully describe how enrollees residing in any non-network areas of their plan can access covered services at in-network cost sharing.]

如果您有關於 [Plan Name] 的疑問，[或在選擇主治醫師時需要獲得協助]，請致電我們的[客戶/會員]服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障]人士可致電 [TTY or TDD number]。您還可瀏覽 [Web address]。

## 第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單

[Show all current contracted network providers for each type of provider (e.g., PCP, specialist, hospital, etc.). Optional: You may include other provider types in addition to the required types on pages 7-12.]

[Recommended organization:

**醫療服務提供者類型**（主治醫師、專科醫師（類型）、醫院、專業護理機構、門診心理健康醫療服務提供者和計劃提供門診處方藥的藥房（類型）。）

**州** (Include only if directory includes multiple states)

**郡** (Listed alphabetically)

**市** (Listed alphabetically)

**社區/郵遞區號** (Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**醫療服務提供者名稱** (Listed alphabetically)

#### 醫療服務提供者詳細資訊]

[Note: Plans that offer supplemental services (e.g., vision, dental) must choose to either include these network providers in a directory combined with PCPs, etc. or in a separate provider directory.]

[For Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNPs) only: To assist dual eligible enrollees in obtaining access to providers and covered services, identify Medicare providers that accept Medicaid. Plans have the option to include a global statement at the beginning of the network provider listing section or to provide a Medicaid indicator next to each provider. The global statement should state: 「本醫療服務提供者目錄中的所有提供者均接受 Medicare 和 Medicaid。」Inclusion of the global statement signifies a model directory without modification. Those plans that choose not to use a global statement need to place a Medicaid indicator next to each provider (e.g., an asterisk and an accompanying footnote for all Medicare providers that participate in Medicaid also.) Inclusion of a Medicaid indicator next to each provider signifies a non-model directory with modification.

[Full and partial network PFFS plans must indicate, for each type of provider, whether the plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.]

### [Primary Care Providers (PCPs)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[PCP Name]

[*If applicable:* 是否接受新患者？是/否] [PCP Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for PCP(s) that support electronic prescribing]

### [Specialists]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Specialist Name]

[*If applicable:* 是否接受新患者？是/否] [Specialist Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for specialist(s) that support electronic prescribing]

### [Hospitals]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Hospital Name]

[Hospital Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for hospital(s) that support electronic prescribing]

### [Skilled Nursing Facilities (SNFs)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[SNF Name]

[SNF Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for SNF(s) that support electronic prescribing]

### [Outpatient Mental Health Providers]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

[*If applicable:* 是否接受新患者？是/否] [Provider Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for provider(s) that support electronic prescribing]

[All plans have the choice to either (1) list information on both providers and pharmacies in one combined document; or (2) provide two separate documents: a provider directory and a pharmacy directory.

In the list of pharmacies (whether appearing in a combined or single document), plans must identify or include those pharmacies that provide Part B drugs, if applicable.

註：Plans offering a Part D benefit, please refer to the Part D Model Pharmacy Directory for Part D requirements.]

### [Pharmacies]

[Type of pharmacy as applicable: 零售、郵購、居家輸液、長期護理 (LTC)、印第安醫療保健服務/部落/城區印第安醫療保健 (I/T/U)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Pharmacy Name]

[Pharmacy Street Address, City, State, Zip Code] [Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for pharmacy(ies) that support electronic prescribing]