Modelo del Directorio de proveedores para planes Medicare Advantage y Cost de la Sección 1876 para el año contractual 2021

#### Requisitos reglamentarios

Las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) en el Título 42, Sección 422.111, subparte (b)(3)(i) del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) obliga a las organizaciones a proporcionar el número, la combinación y la distribución (direcciones) de los proveedores de quienes los inscritos esperan razonablemente recibir servicios. Se debe proporcionar esta información a cada inscripto de forma clara, precisa y estandarizada (Título 42, Sección 422.111 subparte (a)(2) del CFR). Las regulaciones en el Título 42, Sección 422.504, subparte (a) y Sección 422.504, subparte (a)(4) del CFR obliga a las organizaciones a cumplir con todas las regulaciones e instrucciones generales y a revelar la información a los beneficiarios conforme a las disposiciones designadas por los CMS de acuerdo con el Título 42, Sección 422.111 del CFR. De acuerdo con el Título 42, Sección 422.111, subpartes (h)(2)(ii) del CFR, cada organización debe publicar un directorio de proveedores en línea en su sitio web. Las regulaciones del plan Cost de la Sección 1876 en el Título 42, Sección 417.427 del CFR obliga a los planes Cost a cumplir con las regulaciones de MA en el Título 42, Sección 422.111 del CFR. Además, la sección 1876 obliga a los planes Cost a cumplir con los requisitos y condiciones descritas en esta subparte y en las instrucciones generales emitidas por los CMS (Título 42, Sección 417.472 subparte (b) del CFR).

#### Indicaciones

Las siguientes indicaciones y la plantilla del Modelo del Directorio de proveedores aplican a todos los directorios de proveedores **impresos y en línea** elaborados por todos los planes basados en la red de Medicare Advantage (MA) y los planes Cost de la Sección 1876 (según se define en el Título 42, Sección 422.114, subpartes (a)(3)(ii) del CFR ). Estas indicaciones y la plantilla del modelo representan los requisitos de los CMS para los Directorios de proveedores y la orientación complementaria en las [Pautas de Medicare para las Comunicaciones y el Marketing](https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/ManagedCareMarketing/FinalPartCMarketingGuidelines.html) (Medicare Communications and Marketing Guidelines, MCMG). **La plantilla del modelo se proporciona en la página 1.** Tenga en cuenta lo siguiente: Si la organización usa el Modelo del Directorio de proveedores, debe usar el Modelo del Directorio de proveedores como se ha provisto, a menos que se indique lo contrario en estas indicaciones (ver a continuación “Uso de directorios que no siguen el modelo”). Todos los campos variables se indican en texto resaltado en gris y entre corchetes, y se deben completar con información específica del plan sobre los proveedores actuales de la red.

**Listados de proveedores.** Los planes solo deben detallar los proveedores contratados y acreditados actualmente en su directorio. Los planes no deben detallar un proveedor en su directorio antes de ser acreditado.

Los directorios de proveedores deben explicar claramente todas las normas específicas de los planes sobre el acceso de los inscritos a los proveedores. Por ejemplo, un plan organización para el mantenimiento de la salud (HMO) puede tener un panel abierto de proveedores o puede ofrecer solo un panel cerrado. Un panel cerrado puede requerir que los inscritos obtengan una remisión de un proveedor de atención primaria (PCP) para acceder a los especialistas. El plan debe explicar esta información con claridad en el directorio. Además, el directorio debe identificar a los proveedores o servicios para los que un inscrito debe obtener una remisión, o debe explicar a los inscritos dónde encontrar esta información.

Los planes no pueden agregar a un proveedor a su directorio si el inscrito no puede llamar al número de teléfono detallado y pedir una cita con el proveedor en la dirección indicada (p. ej., cuando el proveedor solo trabaja en un hospital/centro de atención de urgencia y no está disponible para consultas de rutina en el consultorio).

Puede que los planes no incluyan en su directorio a los proveedores que presten servicios como proveedores sustitutos o de guardia y que no estén disponibles regularmente para brindar servicios cubiertos en un consultorio u oficina. Es posible que los planes solo mencionen proveedores que ejercen regularmente en una ubicación específica.

Los planes deben mencionar claramente en el directorio la categoría en la que presta servicios el proveedor para esa red particular, incluso si el proveedor está acreditado en más de una especialidad. Por ejemplo, un médico de medicina interna/oncólogo que no ejerce como PCP no se debe mostrar como un PCP en el directorio. El plan solo puede mencionar el proveedor en la categoría de los servicios que proporcionará a los inscritos.

Los planes pueden agregar a profesionales no médicos (p. ej., enfermeros con práctica médica, asistentes médicos) como “proveedores de atención primaria (PCP)” (consultar la página 7) si un inscrito puede programar una cita con ese proveedor. El plan debe identificar con claridad que el proveedor es un profesional no médico.

Si un proveedor atiende en varias ubicaciones, el plan solo puede detallar la(s) ubicación(es) en las que el proveedor atiende regularmente a pacientes y no todas las ubicaciones en las que el proveedor atienda solo de manera ocasional.

Los planes deben identificar con claridad si un proveedor acepta o no pacientes nuevos o indicarles a los beneficiarios por medio de un aviso que se comuniquen con un proveedor para determinar si acepta pacientes nuevos. Si detallan el estado de cada proveedor en particular, no se exige que los planes usen una forma específica para identificar a los proveedores que aceptan/no aceptan pacientes nuevos (es decir, “¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No”) siempre y cuando los beneficiarios puedan identificar a los proveedores de los que podrían esperar razonablemente recibir servicios (p. ej., un carácter especial al lado del nombre del proveedor y una nota al pie para todos los proveedores que no acepten pacientes nuevos).

Los planes deben hacer un intento razonable para garantizar que los nombres de las prácticas de los proveedores estén actualizados y reflejen el nombre de la práctica usada cuando un inscrito llama para programar una cita.

Los planes con proveedores que pueden tener restricciones en el acceso deben incluir una nota junto a la mención del proveedor que indique dichas restricciones. Los ejemplos incluyen, **entre otros**, los siguientes:

* Los proveedores que solo están disponibles para un subgrupo de inscritos (por ejemplo, solo los nativos americanos pueden acceder a un proveedor relacionado con una tribu nativa americana, solos los inscritos que son estudiantes pueden acceder al servicio de salud estudiantil de la universidad).
* Los proveedores que practican la medicina de conserjería y están disponibles solo para pacientes que pagan una tarifa anual o un anticipo.
* Los proveedores que solo pueden ofrecer consultas a domicilio y no atienden pacientes en un consultorio físico.
* Los proveedores que alternan regularmente entre dos o más consultorios distintos.
* Los proveedores que brindan servicios exclusivamente mediante telesalud.
* Los proveedores que estarán disponibles dentro de la red a partir de una fecha futura y específica de entrada en vigencia de su contrato (los planes deben detallar esta fecha junto al nombre del proveedor).
* Los proveedores que abandonarán la red a partir de una fecha específica de finalización de su contrato (los planes deben detallar esta fecha junto al nombre del proveedor si la fecha de finalización se conoce o es definitiva).

**Subredes.** Si un plan ofrece subredes, puede elaborar un directorio de proveedores separado para cada subred. Los inscritos en una subred pueden recibir un directorio que contenga su subred. Sin embargo, el directorio también debe mencionar con claridad que los inscritos no están limitados a los proveedores mencionados en el directorio de la subred. El plan debe brindarle un enlace al inscrito para acceder a un directorio que incluya a toda la red de proveedores del plan. Este directorio más grande puede estar disponible en línea o se puede proporcionar una copia impresa a pedido del inscrito. Además, el plan debe describir cómo los inscritos pueden solicitar acceso a los proveedores fuera de la subred. Para obtener más información sobre las subredes, consulte las pautas de adecuación de la red, disponibles en: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>.

**Planes específicos de proveedores.** Un plan específico de proveedores (PSP) debe elaborar un directorio aparte que identifique con claridad a los proveedores disponibles en la red del PSP. No se puede utilizar un directorio de proveedores a nivel de contrato para comunicarles a los beneficiarios o inscritos potenciales la red del PSP. Por ejemplo, un plan no puede limitarse a agregar símbolos o información al directorio de la red más amplia para marcar qué proveedores están en la red del PSP más limitada.

**Diferentes acuerdos o niveles de costo compartido.** Los planes que reducen o eliminan el costo compartido para los inscritos que usan a ciertos proveedores (p. ej., mediante el uso de las flexibilidades de uniformidad de MA), deben identificar a estos proveedores con caracteres o notas al pie especiales.

Los planes que dividen en niveles el costo compartido de los beneficios médicos para ciertos proveedores deben usar caracteres o notas al pie especiales para indicar que los montos de costo compartido son distintos para esos proveedores. Los planes deben incluir un texto que remita a los inscritos a la Evidencia de cobertura (EOC) para recibir más información. Los planes no deben usar la palabra “nivel” si usan una terminología diferente para describir estos acuerdos de costo compartido.

**Uso de directorios que no siguen el modelo.** Las organizaciones de MA y los planes Cost de la Sección 1876 también pueden elaborar directorios de proveedores en línea o impresos que no siguen el modelo. Los directorios que no siguen el modelo, por ejemplo, pueden incluir información específica adicional o seguir un formato diferente a este modelo. Sin embargo, los directorios que no siguen el modelo deben seguir todas las indicaciones e incluir todo el lenguaje estandarizado, como se especifica aquí.

**Cambios permitidos.** A continuación, se indican los cambios permitidos del modelo:

* Correcciones menores, según sean necesarias (p. ej., cambios gramaticales o de puntuación, corrección de referencias).
* Formato/estilo (p. ej., fuente, márgenes) que cumplan con las MCMG y otras guías.
* Agregar logos del plan.
* Reordenar la Sección 2: lista de proveedores de la red.
* Insertar nombre MAO o “nosotros”, “nuestro”, “nos”, “el plan”, “nuestro plan”, o “su plan” donde el documento indica “[Plan Name].” Además, “nosotros”, “nuestro”, “nos”, “el plan”, “nuestro plan”, o “su plan” puede usarse de manera intercambiable cuando uno de ellos ya se use en el modelo.

**Modificaciones o supresiones.** A continuación, se indican las modificaciones o supresiones que los CMS esperan de los planes:

* Cuando se complete el modelo, se deben eliminar las instrucciones para los planes.
* Se pueden cambiar las referencias a otros materiales del plan (p. ej., Evidencia de cobertura) por términos comúnmente usados por el plan.

**Mejores prácticas.** Los CMS recomiendan a los planes establecer procedimientos que respalden la precisión continua de su directorio de proveedores. Por ejemplo, los planes pueden proporcionarles a los inscritos un número de línea directa para que se comuniquen con el plan a fin de obtener ayuda para programar citas o informar errores en los directorios. Los CMS también sugieren como una mejor práctica que los planes incorporen una “transferencia de llamada” para los inscritos que soliciten ayuda para encontrar un proveedor que acepte pacientes nuevos.

Además, como una buena práctica, los CMS recomiendan a los planes que incorporen los siguientes elementos en sus directorios, según sea factible:

* Contenido automatizado
* Grupo médico del proveedor
* Afiliación institucional del proveedor
* Idiomas que habla el proveedor diferentes al inglés
* Dirección del sitio web del proveedor
* Accesibilidad para las personas con discapacidades físicas

# Directorio de proveedores del plan

**[Plan Name] [HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA]**

Este Directorio está vigente a partir del [Month DD, YYYY].

Este Directorio ofrece una lista de los proveedores de la red actuales de [Plan Name].

Este Directorio es para [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: Para acceder al Directorio de proveedores en línea de [Plan Name], puede visitar [Web address].] Si tiene preguntas sobre la información incluida en este Directorio, llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

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

## Índice

[Sección 1: Introducción 3](#_bookmark0)

[¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]? 5](#_bookmark1)

[Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden en su área 5](#_bookmark2)

[Sección 2: Lista de proveedores de la red 6](#_bookmark3)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_bookmark4)

[[Specialists] 8](#_bookmark5)

[[Hospitals] 9](#_bookmark6)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_bookmark7)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_bookmark8)

[[Pharmacies] 12](#_bookmark9)

## Sección 1: Introducción

Este Directorio ofrece una lista de los proveedores de la red de [Plan Name]. Para obtener información detallada sobre su cobertura de atención médica, consulte su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, 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: Tendrá que elegir a uno de nuestros proveedores de la red que figuran en la lista de este directorio como su médico de atención primaria (**PCP**). Por lo general, debe obtener los servicios de atención médica de su PCP.] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: Contamos con proveedores de la red para todos los servicios cubiertos en Original Medicare [indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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: Contamos con proveedores de la red para [indicate what category(ies) of services for which network providers are available]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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.]

Los proveedores de la red que figuran en este Directorio han acordado brindar servicios [insert appropriate term(s): de atención médica/oftalmológicos/odontológicos]. Puede acudir a cualquiera de los proveedores de la red que figuren en el listado de este directorio [;/.] [Insert if applicable: sin embargo, es posible que necesite una remisión para algunos servicios]. [Insert applicable details on referrals, per instructions beginning on page i.] [Insert, if applicable: Nuestra red cuenta con otros proveedores disponibles]. [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] no les exige a los inscritos ni a sus proveedores que obtengan una remisión o autorización de nuestro plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piense obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.]

[PPO plans insert: Los proveedores fuera de la red no tienen obligación alguna de tratar a inscritos de [Plan Name], salvo en emergencias. Para determinar si cubriremos o no un servicio fuera de la red, antes de que reciba el servicio, lo invitamos a usted o su proveedor a pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede consultar su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red].

[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: Debe utilizar los proveedores de la red, salvo en situaciones de emergencia o atención de urgencia, [o para servicios de diálisis renal o de otro tipo fuera del área]. Si usted recibe atención de rutina de parte de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni [Plan Name] se harán responsables de los costos].

[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.]

## ¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]?

[“El condado” or “Los condados”] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “El estado” or “Los estados”] [for plans with a partial county service area only: las zonas de los condados/los códigos postales] en nuestra área de servicio se [“menciona” or “mencionan”] a continuación. [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, solo los siguientes códigos postales: XXXXX…”)].

## Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden 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 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.]

Si tiene preguntas sobre [Plan Name] [o necesita ayuda para elegir un PCP], llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede visitar [Web address].

## Sección 2: Lista de proveedores de la red

[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:

**Tipo de proveedor** (PCPs, Specialists (types), Hospitals, Skilled Nursing Facilities, Outpatient Mental Health Providers, and Pharmacies (types) where outpatient prescription drugs are offered by the plan.)

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

**Condado** (Listed alphabetically)

**Ciudad** (Listed alphabetically)

**Vecindario/código postal** (optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**Nombre del proveedor** (Listed alphabetically)

#### Detalles del proveedor]

[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: “Todos los proveedores de este Directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como 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:* ¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No] [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:* ¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No] [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:* ¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No] [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.

Note: 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: Minorista, de pedido por correo, infusión a domicilio, atención a largo plazo (LTC), Servicio de salud para la población india estadounidense/Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (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]