[***Note****: Optional language and guidance appears in bracketed and italicized text. All variable, required fields are denoted by carets and must be populated with plan-specific information.*]

[*All references to Member Services and Pharmacy Directory may be changed to the appropriate name your plan uses.*]

[*When indicated as “mandatory” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS marketing name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms* “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves*. Sponsors may correct plural and singular references as appropriate (such as pharmacy versus pharmacies). Sponsors should consult current regulations, including 42 CFR Part 423, Subpart V, as well as the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on marketing, benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6).*]

[*COVER PAGE:*

*The following items must appear on the cover page:*]

**< *mandatory* 플랜/후원사 이름>**

### <Year> 약국 명부

*The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document:* [*Insert one*: <해당 약국 명부는 <MM/YYYY>에 업데이트되었습니다.> *or <*MM/DD/YYYY 이후로 약국 명부에 변경된 사항은 없습니다.>] 최신 정보를 받고 싶거나 다른 질문이 있는 경우 [*optional* <us>에 문의해 주시기 바랍니다. ,] < *mandatory* Plan or Sponsor Name [*optional* <Member Services>]<Toll-free Number> 또는 TTY 사용자의 경우 <Toll-free TTY Number>으(로) 전화(운영 시간: <Days/Hours of Operation>)하거나 <insert web address>에 방문해 주십시오.

*The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document:*

[*Insert for a plan that has changes in its pharmacy network* < 혜택 년도 동안 약국 네트워크가 변경될 수 있습니다. 업데이트된 약국 명부는 당사의 웹사이트[*Insert* <web address>]에서 확인할 수 있습니다. 업데이트된 정보는 <Customer/Member> 서비스부에 전화하여 확인할 수 있으며, 번호는 <phone number>(TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>(으)로 문의)입니다.]

OR

[*Insert for a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network* <2023년에 당사의 네트워크는 기존보다 크게 변화하였습니다. 당사의 웹사이트 [*Insert*<web address]에서 업데이트된 약국 명부를 확인할 수 있습니다. 업데이트된 정보는 <Customer/Member>에 전화하여 확인할 수 있으며, 번호는 <phone number>(TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>(으)로 문의)입니다. **현재 당사의 약국 명부을 검토하여 해당 약국이 네트워크 소속인지 확인할 것을 적극 권장합니다.**]

[*The rest of the language need not appear on the cover page.*]

서론: 본 책자에서는 [*Insert* <plan name>’s] 네트워크 약국의 목록을 제공합니다. 처방약 조제 방법을 포함한 처방약 보장에 대한 전체 설명은 보장 증명서 및 *Insert* <*mandatory* Plan Name>]’s 처방집을 참조하십시오.

[Optional: 본 약국 명부에서 언급되는 "당사"는 <sponsor name>을(를) 의미합니다. "플랜" 또는 "당사의 플랜"이라고 칭하는 경우에는 <mandatory plan name>을(를) 의미합니다.]

당사는 이 목록에 있는 약국을 "네트워크 약국"이라고 칭하며, 네트워크 약국과 협력하여 플랜 가입자에게 처방약을 제공합니다. 대부분의 경우 처방약은 *Insert* <plan name>] 네트워크 약국 [또는 당사의 우편 주문 약국 서비스]을(를) 통해 조제한 것만 보장됩니다. 약국에 방문하면 처방약을 받기 위해 같은 약국을 계속 갈 필요 없이 다른 네트워크 약국에서 받아도 됩니다. 보장 증명서에 명시된 특정 상황에서는 네트워크 약국이 아닌 곳에서 처방약을 조제합니다.

본 명부에 게시되지 않은 네트워크 약국이 있을 수 있습니다. 명부가 인쇄된 이후에 약국이 목록에 추가되었거나 목록에서 삭제되었을 수 있습니다. 따라서 여기에 있는 약국 중에 더 이상 네트워크 소속이 아닌 곳이 있거나 목록에 있지 않은 신규 네트워크 약국이 있을 수 있습니다. [*Insert* <applicable date>] 기준으로 본 목록은 최신 상태입니다. 더 최신 목록을 원하시면 당사에 문의해 주십시오. 당사의 연락처 정보는 앞표지와 뒷표지에 나와 있습니다.

[*Insert if plan has network pharmacies that offer preferred cost sharing*: 이 목록에 있는 모든 약국을 이용할 수 있지만, 해당 목록 중 선호 비용 분담금을 제공하는 약국에서는 일부 의약품이 더 저렴할 수 있습니다. 이러한 약국을 표시하기 위해 [*Insert*별표(\*) 또는 “P” 등과 같은 <identification method>]으(로) 당사의 네트워크 내에 표준 비용 분담금을 제공하는 약국을 구분했습니다.] *[Note: When applicable, describe restrictions imposed on members that use pharmacies that offer standard cost sharing.*]

[*Insert if plan has network pharmacies that offer mail order services*: 귀하는 당사의 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 처방약을 집으로 배송받을 수 있으며, [*Insert optional text*:[*Insert <mail order delivery program* name>(이)라고 함*.*]자세한 정보를 원한다면 당사에 문의하거나 본 약국 명부의 우편 주문 섹션을 확인하시기 바랍니다.]

[Insert *if this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following*: 본 명부는 귀하의 거주 지역을 포함한 [*Insert* <geographic area>]을(를) 대상으로 작성되었습니다. 그러나 당사는 더 넓은 서비스 지역을 다루고 있으며 당사의 플랜에 따라 귀하의 처방약을 보장할 수 있는 약국은 더 많습니다. 본 명부에 있지 않은 당사의 플랜 네트워크 내 약국에 대해 더 자세히 알고 싶은 경우 <phone number>으(로) 전화하여 <customer/member>에 문의하시기 바랍니다(TTY 사용자는 <TTY number>(으)로 문의).

[*Insert if a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following*: 당사는 귀하의 거주지인 [*Insert* <geographic area>] 지역 외에 있는 네트워크 약국 또한 목록에 기재해 두었습니다. 이러한 약국에서도 처방약을 조제할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 본 명부의 [*Insert one or both:* <geographic area> *or* <customer/member service information>] 지역 외 네트워크 약국 섹션을 확인하십시오.

상단의 정보에 대해 궁금한 점이 있으시면 본 명부의 앞표지와 뒷표지에서 [*Insert one* <us> *<*Plan Name>]에 연락하는 방법에 대해 확인하십시오.

***[권장 기관:***

***Type of Pharmacy*** *(Retail, Mail Order, Home Infusion, LTC, I/T/U)*

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

***County*** *(Listed alphabetically)*

***City*** *(Listed alphabetically)*

***Neighborhood/Zip Code*** *(Listed Numerically)* [*Optional: For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood)*]

***Pharmacy*** *(Listed alphabetically)*

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

[***Note:*** *Plans must indicate when a pharmacy is not available to all members. If symbols are used, a legend must be provided.*]

[***Note:*** *Plans must indicate when a pharmacy is a pharmacy that offers preferred cost sharing. If symbols are used, a legend must be provided.*]

[***Optional:* 플랜에 전자 처방전을 지원하는 네트워크 약국이 있을 수 있습니다**.]***]***

**소매 약국(체인 약국 포함)**

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

[***Note:*** *Sponsors are expected to create one alphabetical list integrating both retail and chain pharmacies but the information supplied may vary for retail versus chain pharmacies.*]

*후원사는 독립(체인이 아닌 약국) 약국의 주소와 전화번호를 제공해야 합니다.*

* *체인 약국에 한하여 후원사에서는 모든 약국의 주소를 제공하는 대신, 바로 아래에 기재된 바와 같이 가입자가 집에서 가장 가까운 체인 약국의 위치 및 전화번호를 알기 위해 전화할 수 있는 수신자 부담 고객 서비스 번호와 TTY 번호를 제공할 수 있습니다. 체인 약국에 수신자 부담 번호가 없는 경우, 후원사에서는 약국 체인의 대표 번호를 제공해야 합니다. 체인 약국에 가입자가 전화할 수 있는 대표 번호가 없는 경우, 후원사는 명부에 각 플랜의 체인 약국과 전화번호를 기재해야 합니다. 체인 약국에 TTY 번호가 없는 경우, 후원사는 지침에 따라 TRS 중계 번호 711을 목록에 기재해야 합니다. 후원사는 가입자 서비스 번호를 약국 전화번호 또는 TTY/번호로 기재해서는 안 됩니다.*
* *모든 체인의 전화번호를 제공하는 후원사는 일관성을 유지해야 하며 독립 소매 약국의 TTY 전화번호 또한 제공해야 합니다. 여기에는 접근성 번호가 포함됩니다. 그러나 체인을 포함한 모든 소매 약국에 대하여 청각 장애인이 이용할 수 있는 연락 방법(711 등)이 약국 명부에 명시되어 있다면 당사에서는 후원사에 모든 소매 약국에 TTY의 유무에 관한 확인을 요청하지 않습니다.*

[*Optional insert*<web and e-mail addresses>]

[*Optional insert* <special services offered>]

[*Note: Examples of special services: Home Delivery, Drive-Thru, Compounds Prepared.*]

[*Note: Indicate whether the pharmacy provides an extended day supply of medications.*]

[*Optional:* <*Days/Hours of Operation>] [Note: You may also indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day.] [Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.*]

[참고*: 문자 표기를 우선으로 하나, 특별 서비스/영업 시간을 기호로 표기할 수 있습니다. 기호를 사용할 경우에는 범주를 제공해야 합니다. 예를 들어 약국이 하루 24시간 영업한다는 것을 표기하기 위해 시계 기호를 사용할 수 있지만, 명부에 "24시간 영업"으로 표기하면 글을 읽는 고객이 더 쉽게 이해할 수 있*습*니다.*]

**우편 주문 약국**

[*Insert* **<**Name of Mail Order Program>]

## <Pharmacy Name>

<Phone Number>

[***Optional:*** *<Web and e-mail address >*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.*]

[*Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the below language.*]

당사의 네트워크 우편 주문 배송 프로그램 [*optional*(*“*[*insert <*name of program>*”*])을 통해 처방약을 귀하의 자택에서 받을 수 있습니다*.*

[S*ponsors of* *plans whose network mail order services received a CMS exception to deliver new prescriptions without obtaining prior beneficiary consent insert the following:*] 현재 플랜에서 우편 주문 서비스를 이전에 사용했거나 지금 서비스를 이용하려는 경우, 당사의 약국에서 신규 처방약을 조제 및 배송하며신규 처방약의 경우 귀하의 주치의 또는 다른 처방자에게 직접 전달 받아 처리합니다. 귀하는 [*Optional insert <contact information>*]에 연락하여 신규 처방약의 자동 배송을 언제든지 해지할 수 있습니다.우편 주문 배송을 한 적이 없거나 신규 처방약의 자동 조제를 중단하기로 결정한 경우, 당사에서는 신규 처방전을 의료 제공자에게서 받을 때마다 해당 약의 조제 및 배송을 희망하는지 확인하기 위하여 귀하에게 연락할 것입니다. 연락을 통하여 배송될 의약품(농도, 수량, 제형 포함)이 올바른지 확인하고, 필요한 경우 비용 지불 및 배송 전에 주문을 취소하거나 연기할 수 있습니다.

[*Sponsors that do not offer a program that automatically process mail order refills, insert the following.*]

우편 주문 처방약을 리필하려면 다음 주문이 적시에 배송되어 소지한 의약품이 소진되지 않도록 [*Insert*<recommended number of days>]일 전에 연락해 주십시오.

[*Sponsors that offer a program that automatically processes mail order refills, insert the following.*]

우편 주문 처방약을 리필하려면 자동 리필 프로그램[*Optional insert <*automatic refill program name*>*]에 등록할 수 있습니다. 해당 프로그램에 등록했다면 당사에서는 기록에 따라 귀하의 의약품이 소진될 때임이 확인되면 다음 리필 처리를 자동으로 시작합니다. 각 리필 의약품을 배송하기 전에 가입자에게 연락하여 약이 추가로 필요한지 여부를 확인합니다. 약이 충분하거나 약을 변경한 경우에는 리필 예약을 취소할 수 있습니다. 당사의 자동 리필 프로그램을 이용하지 않는 경우, 다음 주문이 적시에 배송되어 소지한 의약품이 소진되지 않도록 [*Insert* <recommended number of days>]일 전에 연락해 주십시오. 자동 리필 프로그램을 해지하려면 [*Insert* <instructions here>](으)로 연락하십시오.

[*Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the following sentences. Sponsors have the option to insert either*<business> *or <*calendar> *or <*neither> *in front of “****days****”.*]  처방약 수령 기간은 보통[*Sponsors have the option to insert either "*[*insert “<*number> 일”] 이내 *OR*“[*insert <*number>]부터 [*insert<*number> 일까지”]이며, 우편 주문 약국에서 주문을 받은 시점을 기준으로 합니다.해당 기간 내에 처방약을 수령하지 못한 경우, [*insert* *<*수신자 부담 번호 및 TTY 번호/TRS 중계번호 711*>*으(로) 연락하십시오.*and optionally other contact information*].

## 가정 주입을 지원하는 약국

*<****Note:*** *Plans should provide any additional information on home infusion pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.* >

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

[***Optional: <****Web and e-mail address>*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing*.]

## 장기 치료 약국

장기 치료 시설 거주자는 시설의 장기 치료 약국 또는 네트워크의 다른 장기 치료 약국을 통해 <Plan Name>에서 보장하는 처방약을 이용할 수 있습니다.

[***Note:*** *Plans should provide any additional information on long-term care pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.*]

<Pharmacy/Long-Term Facility Name>

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

<Phone Number>

[***Optional:*** *<Web and e-mail address>*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing*.]

## [인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 건강 프로그램(I/T/U) 약국]

미국 원주민 및 알래스카 원주민에 한하여 <Plan Name>의 약국 네트워크를 통해 인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 건강 프로그램(I/T/U) 약국을 이용할 수 있습니다. 미국 원주민 및 알래스카 원주민이 아닌 가입자는 제한적 상황(예: 응급 상황)에서만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.

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

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

[***Optional:*** *<Web and e-mail address>*]

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

[***Optional:*** <*Days/Hours of Operation>] [****Note:*** *You may also indicate if a pharmacy is open 24 hours a day and/or 7 days per week.*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.*]

**[<Geographic Area> 외 네트워크 약국]**

[플랜의 가입자로서 보장받을 수 있는 의약품을 구할 수 있는 서비스 지역 외 네트워크 약국이 있습니다.]

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

[***Optional: <****Web and e-mail addresses >*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.*]

**[*Optional:* *Create categories for additional types of network pharmacies not encompassed in the categories above*]**

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

[***Optional: <****Web and e-mail addresses >*]

[***Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.*]

[*Pursuant to 42 CFR §423.2267, applicable disclaimers must be included in this directory.*]

*[BACK COVER]*

[*Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.*]