계약 연도 2024 Medicare Advantage 및 1876절 비용 플랜의료 제공자 명부 모델 및 지침

*발행일: 2023년 5월 24일*

**소개**

이 지침은 모든네트워크 기반 MA 플랜의 Medicare Advantage(MA) 기관 및 사회보장법(이하 "법") 1876절에 따라 비용 플랜을 제공하는 기관에 적용됩니다.[[1]](#footnote-2) 당사는 본 문서에서 이러한 기관을 "플랜"이라고 칭합니다.

**콘텐츠 요구 사항.** 서비스 제공자 명부를 통해 플랜은 가입자가 Medicare에서 보장하는 항목 및 서비스를 받을 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 의료 제공자의 수, 구성 및 분포(주소) 정보를 제공해야 합니다.[[2]](#footnote-3) 계약 연도 2024부터 플랜은 의료 제공자 명부에 의료 제공자 또는 의료 제공자의 진료소에서 숙련된 의료 통역사가 구사하는 언어(미국 수화 등)를 비롯해 각 의료 제공자의 문화 및 언어 이해 능력도 포함해야 합니다.[[3]](#footnote-4) 플랜은 각 가입자에게 명확하고 정확하며 표준화된 형식으로 의료 제공자 명부 정보를 제공해야 합니다.[[4]](#footnote-5) 또한 플랜은 네트워크에 속하는 의료 제공자를 평가하고 자격을 인증하기 위한 서면 정책과 절차를 갖추고 이를 준수해야 합니다. 이 과정은 초기 단계에 이루어져야 하며 정기적으로 시행되어야 합니다.[[5]](#footnote-6) 의료 제공자 명부(모델 커뮤니케이션 자료)를 작성할 때 플랜은 커뮤니케이션에 대한 일반 요구 사항을 준수하고, 필수 자료 및 콘텐츠에 대한 표준을 따라야 하며, 필요한 정보를 정확하게 전달하고 CMS에서 지정한 콘텐츠 순서를 준수하는 경우 의료 제공자 명부 모델과 다르게 작성할 수 있습니다.[[6]](#footnote-7) 플랜은 의료 제공자 명부에 표준 자료 ID(SMID) 를 포함해야 합니다.[[7]](#footnote-8)

**제공 요구 사항.** 플랜은 플랜 연도 시작 전인 10월 15일까지 그리고 요청 시 영업일 기준 3일 이내에 의료 제공자 명부를 *현재* 가입자에게 제공해야 합니다. 플랜은 CMS 가입 확인서를 수령한 날로부터 10일 이내 또는 발효일 전월의 말일 중 더 늦은 날짜까지 *신규* 가입자에게 의료 제공자 명부를 제공해야 합니다.[[8]](#footnote-9)

플랜은 의료 제공자 명부를 전자 형태로 제공하기 위한 요건을 준수해야 하며 인쇄 가능한 버전과 검색 가능한 버전의 의료 제공자 명부를 웹사이트에 게시해야 합니다(인쇄 가능한 버전은 플랜 연도 시작 전 10월 15일까지 게시).[[9]](#footnote-10) 온라인 의료 제공자 명부는 이름, 위치, 전문 분야, 전화번호, 의료 제공자의 문화 및 언어 이해 능력 등 의료 제공자 명부 모델에 필요한 모든 요소로 검색할 수 있어야 합니다. 해당되는 경우(즉, MA-PD 플랜의 경우) 플랜은 의료 제공자 명부와 통합된 검색 가능한 약국 명부를 게시해야 합니다.[[10]](#footnote-11)

**업데이트 요구 사항.** 플랜은 변경 사항을 알게 될 때마다 의료 제공자 명부를 업데이트해야 하며 업데이트가 필요한 정보를 수령하고 30일 이내에 업데이트를 완료해야 합니다. 또한 플랜은 30일 이내에 인쇄용 의료 제공자 명부에 대한 업데이트를 완료해야 하지만 부록을 통한 별도의 업데이트가 포함된 인쇄용 명부는 최신 상태로 간주됩니다.[[11]](#footnote-12)

**API 요구 사항.** 또한 플랜은 의료 제공자 명부를 위해 공개적으로 이용 가능한 표준 기반 응용 프로그램 인터페이스 (API) 를 구현하고 유지해야 하며, 이 인터페이스는 해당 의료 제공자 명부에서 적용할 수 있는 기술적 요건 및 문서 요건에 부합해야 하고, 플랜 웹사이트에서 액세스 가능하며 정보 또는 업데이트를 받은 후 30일 이내에 업데이트되어야 합니다.[[12]](#footnote-13) 플랜의 API에는 의료 제공자 명부에 필요한 경우 해당 의료 제공자 명부 모델에서 설명하는 모든 정보가 포함되어야 합니다.[[13]](#footnote-14) 자세한 내용은 <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/interoperability/index#P_Directory>를 참조하십시오.

**접근성 및 번역 요구 사항.**[[14]](#footnote-15) 플랜은 장애가 있는 개인에게 필요한 경우 동등한 기회를 보장하기 위해 접근 가능한 형식으로 의료 제공자 명부를 제공해야 합니다. 플랜은 서비스 지역 가입자 중 최소 5%의 가입자가 사용하는 영어 이외의 언어로 의료 제공자 명부를 번역해야 합니다. 완전 통합 이중 자격 (FIDE) 특수 요구 플랜 (SNP), 고도로 통합된 이중 자격 (HIDE) SNP, 해당 통합 플랜은 Medicaid 관리형 진료 계약을 통해 지정된 대로 Medicaid 번역 표준에서 요구하는 언어로 의료 제공자 명부를 번역해야 합니다. 또한 플랜은 서비스 제공자 명부를 이해할 수 있는 형식이나 영어가 아닌 언어로 계속 제공해야 합니다.[[15]](#footnote-16)

**지침**

다음의 지침, 안내 및 의료 제공자 명부 모델 템플릿은 모든 네트워크 기반 MA 플랜[[16]](#footnote-17) 및 1876절 비용 플랜에서 작성된 모든 **인쇄용 및 온라인** 의료 제공자 명부에 적용됩니다. **모델 템플릿은 이 문서의 1페이지부터 제공됩니다.** 현재 네트워크 제공자에 대한 플랜별 정보로 채워질 모든 변수 필드는 회색으로 강조 표시된 텍스트와 괄호로 표시됩니다. "해야 합니다"라는 단어를 포함하는 모든 지침(본 문서 및 모델 템플릿에서)은 필수 정보를 나타냅니다. 플랜은 의료 제공자 명부 작성 시 이러한 지침과 위에서 언급된 규정을 참조해야 합니다.

**의료 제공자 명부.**

***의료 제공자에 대한 필수 정보를 명확하고 정확하며 표준화된 형식으로 제공하려면 플랜은 다음을 따라야 합니다.***

* 현재 계약을 맺고 자격을 갖춘 의료 제공자만 나열합니다.
* 가입자가 의료 제공자의 서비스를 이용하는 것과 관련된 **모든** 플랜별 규칙을 명확하게 설명합니다. 예를 들어, 건강관리기관 (HMO) 플랜은 의료 제공자의 공개 패널을 제공하거나, 비공개 패널만 제공할 수 있습니다. 비공개 패널은 가입자가 전문의를 이용하기 위해 일치 진료 제공자 (PCP) 로부터 진료 추천을 받도록 요구할 수 있습니다. 해당 정보를 명부에 분명하게 설명하십시오.
* 가입자가 진료 추천을 받아야 하는 의료 제공자 및/또는 서비스를 명시하거나 해당 정보를 찾을 수 있는 위치를 설명합니다.
* 의료 제공자 또는 의료 제공자의 진료실에서 숙련된 의료 통역사가 구사하는 언어(미국 수화 등)를 비롯해 각 의료 제공자의 문화 및 언어 이해 능력을 표시합니다.
* 의료 제공자가 정기적으로 진료하고 보장 서비스를 제공할 수 있는 사무실 또는 진료소만 기재합니다.
* 보장되는 일차 진료 서비스를 위해 해당 의료 제공자와만 예약할 수 있는 경우에는 의사가 아닌 의료인(예: 전문 간호사, 의사 보조사)을 "일차 진료 제공자 (PCP)"(7페이지 참조)로 기재합니다. 해당 의료 제공자는 의사가 아닌 의료인임을 분명히 설명합니다.
* 의료 제공자가 신규 환자를 받는지 여부를 명확히 설명하거나, **또는** 신규 환자를 받는지 여부를 확인하기 위해 수혜자가 의료 제공자에게 연락할 수 있도록 안내합니다. 수혜자가 서비스를 받을 수 있는 의료 제공자를 파악할 수 있도록 플랜은 신규 환자를 받거나 받지 않는 의료 제공자를 구분해야 합니다(예: "신규 환자 수락 여부: 예/아니오" 또는 각주에 "\*" 표시).
* 의료 제공자가 둘 이상의 전문 분야에 대한 자격을 갖춘 경우에도 의료 제공자가 특정 네트워크(예: 전문 분야 및/또는 하위 전문 분야)에 대해 제공하는 서비스를 명확하게 설명합니다. 예를 들어, PCP로서 진료를 하지 않는 내과 의사/종양 전문의는 명부에서 PCP로 표시되어서는 안 됩니다. 가입자에게 네트워크 내 의료 제공자로 제공할 서비스 범주에 한해 의료 제공자를 기재합니다.
* 의료 제공자의 *진료소 이름*이 최신인지 확인하고 가입자가 진료 예약을 위해 전화할 때 사용되는 진료소 이름과 같아야 합니다.
* 이용에 제한이 있을 수 있는 의료 제공자를 표시하고, 해당 제한 사항을 의료 제공자 목록에 설명합니다. 이러한 예에는 다음을 포함하지만 **이에 국한되지는 않습니다**.
  + 일부 가입자만 이용할 수 있는 의료 제공자(예: 아메리카 원주민 가입자만 아메리카 원주민 부족과 연관된 의료 제공자를 이용할 수 있으며, 학생인 가입자만 해당 대학의 학생 건강 서비스를 이용할 수 있음)
  + 가정 방문 서비스만 제공하고 실제 진료소에서는 환자를 진료하지 않는 의료 제공자(참고: 플랜은 의료 제공자의 목록에서 특정 도로 주소를 제외해야 하지만 아래 모델 문서에 따라 해당 의료 제공자 유형, 주, 카운티, 도시 및 지역/우편번호 아래에 의료 제공자를 기재해야 합니다.
  + 원격 의료를 통해서만 서비스를 제공하는 의료 제공자(또는 의료 제공자 진료소)(다운스트림 계약 원격 진료 회사나 유사한 다운스트림 기관을 통해 이용 가능한 의료 제공자는 해당 내용과 같이 기재되어야 함).
  + 신체적인 장애가 있는 환자가 이용할 수 없는 의료 제공자 및/또는 장소(예: 경사로, 엘리베이터 및 이용 가능한 의료 장비가 없는 경우)
  + 특정 기간(예: 향후 날짜)에만 네트워크 내에 속해 있거나 지정된 날짜 기준으로 네트워크에 속하지 않으며 시간 제한에 대해 명확하게 표시하는 의료 제공자(예: "20XX, X, XX 시작" 또는 "20XX, X, XX 종료").

***플랜은 다음과 같이 할 수 없습니다.***

* 플랜에서 의료 제공자의 자격을 인증하기 전에 해당 의료 제공자를 기재.
* 가입자가 제공된 전화번호로 전화할 수 없으며 기재된 주소에 나와 있는 의료 제공자와의 예약을 요청할 수 없는 의료 제공자(예: 긴급 진료, 당직, 대체 의료 제공자)를 기재.
* 의료 제공자가 가끔씩만 진료할 수 있는 장소를 기재(예: 아프거나 휴가 중인 다른 의료 제공자를 대체하여 진료하는 경우).

**예약 대기 시간 기준.**[[17]](#footnote-18) MA 플랜은 CMS의 기준에 부합하거나 그 이상을 충족하는 진료(예약 대기 시간)에 대한 시기 준수에 대한 서면 기준을 유지해야 합니다. 일차 진료 및 행동 건강 서비스를 위한 예약 대기 시간에 대한 MA 플랜의 서면 기준은 다음의 최소 표준을 충족하거나 그 이상을 충족해야 합니다.

* 긴급 서비스 또는 응급 상황—즉시
* 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 상황은 아니지만 가입자의 의학적 진료가 필요한 서비스—영업일 기준 7일 이내
* 정기 예방 진료—영업일 기준 30일 이내

플랜은 의료 제공자 명부에 일차 진료 및 행동 건강 서비스에 대한 예약 대기 시간 기준을 명시해야 합니다. 플랜은 소개 섹션(3페이지 참조)에 일차 진료 및 행동 건강 서비스 제공자 유형에 적용되는 일반적인 규칙으로서 이 정보를 포함할 수 있습니다.

**하위 네트워크.** 하위 네트워크를 제공하는 플랜은 각 하위 네트워크에 대해 별도의 의료 제공자 명부를 작성하거나 의료 제공자 명부에서 하위 네트워크에 속하는 의료 제공자 명부를 기재할 수 있습니다. 하위 네트워크 명부에는 가입자가 하위 네트워크 명부에 나열된 의료 제공자에만 국한되지 않음을 명확하게 명시하고 플랜의 전체 의료 제공자 네트워크(더 많은 제공자가 포함된 온라인 명부 링크 포함)를 이용하는 방법에 대한 지침이 포함되어야 합니다. 하위 네트워크 명부에는 가입자가하위 네트워크 외부의 의료 제공자를 이용할 수 있도록 요청하는 방법도 설명되어 있어야 합니다. 하위 네트워크에 대한 자세한 정보는 Medicare Advantage 및 1876절 비용 플랜 네트워크 적격성 지침을 참조하십시오 ([https://www.cms.gov/Medicare/Medicare‑Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html](https://www.cms.gov/Medicare/MedicareAdvantage/MedicareAdvantageApps/index.html)).

**제한적이거나 특정 네트워크/의료 제공자별 플랜이 포함된 플랜.** 조직에서는 명부의 정보가 명부에서 사용되는 모든 플랜에 대해 정확할 경우 여러 플랜에 대해 하나의 명부를 사용할 수 있습니다. 조직에서 제공하는 다른 플랜에 사용되는 일부 네트워크와 같이 다르거나 제한적인 네트워크를 사용하는 플랜은 이용 가능한 의료 제공자를 분명하게 설명하는 별도의 명부를 작성하고 발행해야 합니다.이러한 유형의 플랜의 예에는 PSP 네트워크에 대해 별도의 명부를 작성하고 발행해야 하는 의료 제공자별 플랜 (PSP) 이 있습니다. 계약 수준의 의료 제공자 명부는 PSP 네트워크를 잠재적 수혜자 또는 가입자에게 전달하기 위한 목적으로 사용될 수 없습니다. 예를 들어, 플랜은 더 제한적인 PSP 네트워크에 속하는 의료 제공자를 보여주기 위해 더 광범위한 네트워크 명부에 기호나 정보를 추가할 수 없습니다.

**다른 비용 분담금 방식/단계.** 특정 의료 제공자(예: MA 균일 유연성 사용)를 이용하는 가입자의 의료 혜택의 비용 분담을 줄이거나 없애거나 분류하는 플랜은 특수 문자 및/또는 각주로 이러한 의료 제공자를 표시해야 합니다. 플랜은 가입자가 자세한 정보를 확인하기 위해서는 보장 증명서 (EOC) 를 참조하라는 문구를 기재해야 합니다. 플랜에서 이러한 비용 분담금 방식을 설명하기 위해 다른 용어를 사용하는 경우 "단계"라는 단어를 사용하지 않아도 됩니다. 의료 혜택의 분류된 비용 분담금에 대한 추가 지침은 Medicare 관리형 의료 설명서 4장, 섹션 50.1을 참조하십시오.

**일반적인 변경 사항.** 다음은 플랜이 모델에 적용하는 일반적인 변경 사항입니다.

* 필요에 따라 약간의 수정(예: 문법 또는 문장 부호 변경, 참조 수정).
* 규제 요건 및 기타 지침에 맞게 서식/스타일(예: 글꼴, 여백) 변경.
* 데이터 요소 추가.
* 플랜 로고 추가.
* 문서에서 "[Plan Name] "을(를) 칭하는 경우 MAO 이름 또는 "당사", "저희", "당사의", "플랜", "당사의 플랜", "귀하의 플랜" 삽입. 또한 이러한 용어 중 하나가 이미 모델에 사용된 경우 "당사", "저희", "당사의", "플랜", "당사의 플랜", "귀하의 플랜"은 같은 의미로 사용될 수 있습니다.
* 기타 플랜 자료(예: 보장 증명서)를 지칭하는 말을 플랜이 일반적으로 사용하는 용어로 변경.
* 모델에 내용 작성 시 플랜에 대한 지침을 삭제.

**모범 사례.** CMS는 의료 제공자 명부의 지속적인 정확성을 지원하는 절차를 수립하는 계획을 적극 장려합니다. 예를 들어, 플랜은 진료 예약 시 도움을 요청하거나 명부의 잘못된 정보를 보고하기 위해 플랜에 연락할 수 있는 핫라인 번호를 가입자에게 제공할 수 있습니다. CMS는 또한 가입자가 신규 환자를 받는 의료 제공자를 찾기 위해 도움을 요청할 때 플랜이 해당 요청을 의료 제공자 진료소로 원활하게 전달하는 방식을 도입하는 것을 모범 사례로 제안하고 있습니다.

CMS는 또한 의료 제공자에 대한 다음 정보를 가능한 한 의료 제공자 명부에 포함할 것을 권장합니다.

* 의료 제공자의 웹사이트 및 이메일 주소
* 의료 제공자의 전자 방식의 처방 지원 가능 여부
* 의료 제공자의의료 단체 및/또는 기관 소속
* 의료 제공자의 원격 의료 서비스 가능 여부
* 오피오이드 사용 문제 (OUD) 환자를 치료하는 의료 제공자의 전문 지식(예: OUD용 약 처방자, 중독 전문의, 오피오이드 치료 프로그램 (OTP))

**[Plan Name]   
[HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA] 플랜**   
**의료 제공자 명부**

해당 명부는 [Month DD, YYYY] 기준으로 최신 상태입니다.

해당 명부에는 [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory covers.] 에 대한 [Plan Name] 의 현재 네트워크 의료 제공자 목록이 포함되어 있습니다.

[인쇄용 명부의 경우, 다음을 삽입합니다. [Plan Name] 의 온라인 의료 제공자 명부를 이용하기 위해 [Web address].] 에 방문할 수 있습니다. 해당 명부에 포함된 정보에 대한 질문이 있는 경우 당사의 [Customer/Member] 서비스부 ([toll-free number], [days and hours of operation]) 에 전화해 주십시오. [TTY/TDD] 이용자는 [TTY or TDD number] 번으로 문의해 주십시오.

[For online directories, as a best practice, insert: [Plan Name] 의료 제공자 명부 인쇄본을 요청하려면 [Customer/Member] 서비스부([toll-free number], [days and hours of operation]) 에 전화해 주십시오. [Plan Name] 은(는) 귀하의 요청한 날로부터 영업일 기준 3일 이내에 의료 제공자 명부의 인쇄본을 우편으로 보내드릴 것입니다. [Plan Name] 은(는) 인쇄본 요청이 일회성 요청인지 또는 의료 제공자 명부 인쇄본을 앞으로도 계속 받을 수 있도록 요청하는지에 대한 질문을 할 수 있습니다.

요청하는 경우 [Plan Name] 을(를) 탈퇴하거나 인쇄본 중단을 요청할 때까지 서비스 제공자 명부의 인쇄본 요청이 유지됩니다.]

이 정보는 큰 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 제공받을 수 있습니다. 무료 전화 ([toll-free number]) 로 전화해 주십시오.

[영어 이외의 언어에 대한 5% 기준을 충족하는 플랜의 경우 해당 플랜은 다음 사항을 포함해야 합니다. 이 문서는 [insert languages that meet the 5% threshold] 으(로) 무료로 이용할 수 있습니다.

[FIDE SNP, HIDE SNP 및 Medicaid 번역 표준이 요구하는 언어 기준에 부합하는 통합 플랜의 경우 해당 플랜은 다음 사항을 포함해야 합니다. 이 문서는 [insert languages that meet the applicable threshold] 으(로) 무료로 이용할 수 있습니다.

[모범 사례로서 그리고 해당 시, 플랜은 다음 사항을 포함해야 합니다. 이용 가능한 형식이나 언어로 의료 제공자 명부 요청을 하는 것은 가입자가 달리 요청하지 않는 한 계속 적용됩니다.]

[SMID]

**목차**

[섹션 1 – 소개 3](#_Toc144909074)

[[Plan name]의 서비스 지역 5](#_Toc144909075)

[해당 지역에서 서비스를 제공하는[Plan name]의료 제공자를 찾는 방법 5](#_Toc144909076)

[섹션 2 – 네트워크 의료 제공자 목록 6](#_Toc144909077)

[[일차 의료 제공자 (PCP)] 7](#_Toc144909078)

[[전문의] 8](#_Toc144909079)

[[병원] 9](#_Toc144909080)

[[전문 간호 시설(SNF)] 10](#_Toc144909081)

[[외래환자 정신 건강 의료 제공자] 11](#_Toc144909082)

[[약국] 12](#_Toc144909083)

## 섹션 1 – 소개

해당 명부에는 [Plan name]의 네트워크 의료 제공자 목록이 포함되어 있습니다.

[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 iii for more information. Use, delete, or modify the following based on your plan type.]

[Insert this paragraph if applicable: 해당 명부에 열거된 네트워크 의료 제공자 중 한 명을 일차 진료 제공자 (PCP, **P**rimary **C**are **P**rovider) 로 선택해야 합니다. 일반적으로 담당 PCP로부터 의료 서비스를 받아야 합니다..] [플랜 유형의 맥락에서 PCP에 대해 설명합니다.]

[Full-network PFFS plans insert: 당사는 기존의 Medicare가 보장하는 모든 서비스에 대해 네트워크 의료 제공자를 갖추고 있습니다. [Medicare에서 보장하지 않는 서비스에 대해 네트워크 의료 제공자를 이용할 수 있는지 설명]. 의료 제공자가 당사 플랜의 지불 조건을 수락하기로 합의한 경우 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 네트워크 외부 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다. PFFS 플랜 납부에 대한 자세한 정보는 당사 웹사이트 ([PFFS 지불 약관 링크 삽입])에서 확인하십시오. [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: 당사에는 [네트워크 제공자 제공하는 서비스 범주 표시]을(를) 담당하는 네트워크 의료 제공자가 있습니다. 의료 제공자가 당사 플랜의 지불 조건을 수락하기로 합의한 경우 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 네트워크 외부 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다. PFFS 플랜 납부에 대한 자세한 정보는 당사 웹사이트 ([PFFS 지불 약관 링크 삽입])에서 확인하십시오. [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.]

해당 명부에 열거된 네트워크 의료 제공자는 귀하에게 [insert appropriate term(s): 건강 관리/안과/치과] 서비스를 제공하는 데 동의했습니다. 귀하는 해당 명부에 열거된 모든 네트워크 의료 제공자를 이용할 수 있습니다 [;/.] [Insert if applicable: 그러나 일부 서비스는 진료 추천이 필요할 수 있습니다.] [진료 추천에 해당하는 세부 정보를 삽입하십시오.] [Insert, if applicable: 기타 의료 제공자는 당사 네트워크에서 이용할 수 있습니다.] [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.]

[PFFS plans insert: [Plan name]은(는) 당사 플랜에서 보장하는 의학적으로 필요한 서비스를 보장하기 위한 조건으로 가입자 또는 해당 의료 제공자가 당사 플랜으로부터 진료 추천이나 승인을 받도록 요구하지 않습니다. 원하는 의료 서비스나 진료 비용을 플랜이 부담하는지에 대한 질문은 있는 경우, 귀하는 서비스나 진료를 받기 전에 보장 여부를 확인할 권리를 가집니다.]

[PPO plans insert: 네트워크 외부 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 [Plan Name] 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 당사가 네트워크 외부 의료 서비스를 보장할지 여부에 대한 결정은 귀하 또는 의료 제공자가 서비스를 받기 전에 서비스 사전 서비스 기관의 결정에 대해 물어보는 것이 좋습니다. [고객/가입자] 서비스부([무료 전화번호], [영업일 및 운영 시간])으로 전화해 주십시오. [TTY/TDD] 이용자는 [TTY 또는 TDD 번호]로 문의하십시오. 또한 네트워크 외부 의료 서비스에 적용되는 비용 분담금을 포함한 자세한 내용은 보장 증명서 (EOC) 를 참조하시기 바랍니다.]

[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: 가입자는 응급 또는 긴급 진료 상황[또는 네트워크 외부 신장 투석이나 기타 서비스]을 제외하고 네트워크 의료 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 외부 의료 제공자로부터 정기 진료를 받는 경우 Medicare와 [Plan name]은(는) 비용을 부담하지 않습니다.]

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

### [Plan name]의 서비스 지역

당사 서비스 지역의 ["카운티" or "카운티들"] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: "주" or "주들"] [for plans with a partial county service area only: 카운티/우편번호의 일부]은(는) 아래에 열거되어 ["있습니다" or "있습니다"]. [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…")].

### 해당 지역에서 서비스를 제공하는[Plan name]의료 제공자를 찾는 방법

[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.]

[Plan name]에 대해 질문이 있거나 [PCP 선택에 도움이 필요]한 경우 당사의[고객/가입자] 서비스부([전화번호], [영업일 및 운영 시간])로 전화해 주십시오. [TTY/TDD] 이용자는 [TTY 또는 TDD 번호]로 문의하십시오. [웹 주소]에 방문할 수도 있습니다.

## 섹션 2 – 네트워크 의료 제공자 목록

[Show all current contracted network providers for each type of provider (e.g., PCP, specialist, hospital, etc.).]

[권장 기관:

**의료 제공자 유형** (PCP, 전문의(유형), 병원, 전문 간호 시설, 외래환자 정신 건강 의료 제공자, 플랜에서 외래환자 처방약을 제공하는 약국(유형))

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

**카운티** (Listed alphabetically)

**도시** (Listed alphabetically)

**지역/우편번호** (Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**의료 제공자 이름** (Listed alphabetically)

**의료 제공자 상세 정보**]

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

[Note for Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNPs) only: To assist dual eligible enrollees in obtaining access to providers and covered services, D-SNPs must 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 model global statement is: “All providers in this provider directory accept both Medicare and 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 should 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.]

### [일차 의료 제공자 (PCP)]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[PCP 이름]

[*해당 시:* 신규 환자 수락 여부 예/아니오]

[PCP 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*선택 사항:* 웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 PCP 표시]

[*선택 사항:* 의료 단체 및/또는 기관 소속]

[*선택 사항:* 원격 의료 서비스 가능 여부]

[*선택 사항:* OUD 환자 치료에 대한 전문 분야]

### [전문의]

[전문 분야 유형]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[전문의 이름]

[*해당 시:* 신규 환자 수락 여부 예/아니오]

[전문의 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*선택 사항:* 웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 전문의 표시]

[*선택 사항:* 의료 단체 및/또는 기관 소속]

[*선택 사항:* 원격 의료 서비스 가능 여부]

[*선택 사항:* OUD 환자 치료에 대한 전문 분야]

### [병원]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[병원 이름]

[병원 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*선택 사항:* 웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 병원 표시]

[*선택 사항:* 의료 단체 및/또는 기관 소속]

[*선택 사항:* 원격 의료 서비스 가능 여부]

[*선택 사항:* OUD 환자 치료에 대한 전문 분야]

### [전문 간호 시설(SNF)]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[SNF 이름]

[SNF 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*선택 사항:* 웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 SNF 표시]

[*선택 사항:* 의료 단체 및/또는 기관 소속]

[*선택 사항:* 원격 의료 서비스 가능 여부]

[*선택 사항:* OUD 환자 치료에 대한 전문 분야]

### [외래환자 정신 건강 의료 제공자]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[의료 제공자 이름]

[*해당 시:* 신규 환자 수락 여부 예/아니오]

[의료 제공자 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*선택 사항:* 웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 의료 제공자 표시]

[*선택 사항:* 의료 단체 및/또는 기관 소속]

[*선택 사항:* 원격 의료 서비스 가능 여부]

[*선택 사항:* OUD 환자 치료에 대한 전문 분야]

### [약국]

[모든 플랜은 (1) 의료 제공자와 약국에 대한 정보를 하나의 문서로 열거하거나, (2) 의료 제공자 명부 및 약국 명부라는 두 개의 별도 문서를 제공할 수 있습니다.

약국 목록(통합 또는 단일 문서)에서 플랜은 해당 시 파트 B 의약품을 제공하는 약국을 명시하거나 포함해야 합니다.

참고: 파트 D 혜택을 제공하는 플랜은 약국 명부에 대한 파트 D 요건을 확인하려면 파트 D 모델 약국 명부 (<https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Part-D-Model-Materials>에서 이용 가능)를 참조하십시오.]

[해당 약국의 유형: 소매, 우편 주문, 가정 주입, 장기 치료 (LTC), 인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 건강 (I/T/U)]

[주]

[카운티]

[도시]

[우편번호]

[약국 이름]

[약국 도로 주소, 도시, 주, 우편번호]

[전화번호]

[*선택 사항:*웹사이트 및 이메일 주소]

[*선택 사항:* 전자 방식의 처방을 지원하는 약국 표시]

1. 달리 언급되지 않는 한, 모든 규정 인용은 미국연방규정집(CFR) 42편을 칭하는 것입니다. 42 CFR §§ 417.427 및 417.428, 공개(§ 422.111) 및 마케팅 및 커뮤니케이션(파트 422, 하위 파트 V, §§ 422.2260에서 422.2276) 은 법의 1876절에 따른 계약에 따라 제공되는 비용 플랜에 적용됩니다. [↑](#footnote-ref-2)
2. § 422.111(b)(3)(i) 를 참조하십시오. 플랜은 사전 승인 (§ 422.111(b)(7)) 및 네트워크 외부 의료 제공자(§ 422.111(b)(3) 이용과 같은 혜택 보장의 조건과 제한에 대한 정보도 제공해야 합니다. [↑](#footnote-ref-3)
3. § 422.111(b)(3)(i), Medicare 프로그램, Medicare Advantage 프로그램, Medicare 처방약 혜택 프로그램, Medicare 비용 플랜 프로그램, 고령자 종합 건강관리 프로그램 최종 규칙에 대한 계약 연도 2024 정책 및 기술적 변경 사항([88 FR 22120](https://www.federalregister.gov/documents/2023/04/12/2023-07115/medicare-program-contract-year-2024-policy-and-technical-changes-to-the-medicare-advantage-program) [2023년 4월 12일]). [↑](#footnote-ref-4)
4. §§ 422.111(a)(2) 및 422.2267(e)(11) [↑](#footnote-ref-5)
5. §§ 422.202 및 422.204. 플랜은 플랜이 보장 혜택을 제공할 수 있는 의료 제공자의 유형에 관한 추가 요건에 대해 §§ 422.200에서 422.224까지의 내용을 검토해야 합니다. [↑](#footnote-ref-6)
6. §§ 422.2262와 422.2267(a) 및 (c) [↑](#footnote-ref-7)
7. § 422.2262(d) [↑](#footnote-ref-8)
8. § 422.2267(e)(11)(i)~(iii) [↑](#footnote-ref-9)
9. §§ 422.2267(d), 422.111(h)(2)(i)~(ii), 422.2265(b)(3)~(4), 422.2265(c)(1)(iv)~(v) [↑](#footnote-ref-10)
10. § 422.2265(b)(4)~(5) [↑](#footnote-ref-11)
11. § 422.2267(e)(11)(iv) [↑](#footnote-ref-12)
12. §§ 422.120과 422.119(c) 및 (d) [↑](#footnote-ref-13)
13. §§ 422.111(b)(3)(i) 및 422.2267(e)(11), [85 FR 25536](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2020-05-01/pdf/2020-05050.pdf) [↑](#footnote-ref-14)
14. MA 기관 및 파트 D 후원자는 1973년 재활법 504절 및 부담적정보험법(ACA) 1557절을 비롯해 보건복지부에서 시행하는 45 CFR 파트 84 및 92 규정을 준수해야 합니다. 연방 재정 지원의 수혜자인 MA 조직과 파트 D 후원사는 시각 장애, 손가락 장애 또는 언어 장애가 있는 개인에게 대안적인 형식으로 통역사 및 정보를 포함한 적절한 보조 지원 및 서비스를 제공해야 하며, 해당 개인이 필요한 서비스를 받을 동등한 기회를 제공해야 합니다. 보조 지원 및 서비스에는 점자, 대형 인쇄본, 데이터/오디오 파일, 중계 서비스, TTY 통신 등이 포함될 수 있습니다. 이 지침은 이러한 법률에 따른 플랜의 의무에 대한 전체 설명이 아니며, 플랜은 45 CFR 파트 84 및 92의 규정을 검토해야 합니다. "대안적인 형식"을 정의하는 § 422.2260을 참조하십시오. [↑](#footnote-ref-15)
15. § 422.2267(a)(3)~(4) [↑](#footnote-ref-16)
16. "네트워크 기반 플랜"이라는 용어는 현재 § 422.114(a)(3)(ii) 에 정의되어 있습니다. CMS는 규칙제정에 따라 "Medicare 프로그램, Medicare Advantage 프로그램, Medicare 처방약 혜택 프로그램, Medicare 비용 플랜 프로그램, 부담적정보험법의 Medicare 파트 A, B, C, D 초과 지급 조항 및 고령자 종합 건강관리 프로그램, 건강 정보 기술 표준 및 구현 사양에 대한 계약 연도 2024 정책 및 기술적 변경 사항"의 2022년 12월 고지문 §422.2에 "네트워크 기반 플랜"이라는 용어의 정의를 추가하는 것을 제안했습니다 ([87 FR 79452](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2022-12-27/pdf/2022-26956.pdf)[2022년 12월 27일]). 그러나 본 지침의 날짜 기준으로 해당 제안은 확정되지 않았습니다. [↑](#footnote-ref-17)
17. § 422.112(a)(6) [↑](#footnote-ref-18)