**2026년 파트 D 모델 약국 디렉터리**

## [**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 Plan 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 Plan/Sponsor Name>

<Year> 약국 디렉터리

The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document: [Insert one: <본 약국 디렉터리는 <MM/YYYY>에 업데이트되었습니다.> or <당사는 <MM/DD/YYYY> 이후로 본 약국 디렉터리를 수정하지 않았습니다.>] 최신 정보 또는 다른 문의 사항은 [optional <당사>,] < mandatory Plan or Sponsor Name> [optional <가입자 서비스 >,] <Toll-free Number> 또는 TTY 사용자의 경우, <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>번으로 전화하시거나 <insert web address>를 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 < 당사의 약국 네트워크는 혜택 연도 중에 수시로 변경될 수 있습니다. 업데이트된 약국 디렉터리는 당사 웹사이트, [Insert<web address>]에서 확인할 수 있습니다. 또한 <고객/가입자> 서비스, <phone number> (TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>)번으로 전화하여 업데이트된 정보를 요청할 수 있습니다.]

OR

 [Insert for a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network <당사 네트워크는 2026년에 평소보다 더 많은 변경이 있었습니다. 업데이트된 약국 디렉터리는 당사 웹사이트, [Insert<web address>]에서 확인할 수 있습니다. 또한 <고객/가입자> 서비스, <phone number> (TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>)번으로 전화하여 업데이트된 정보를 요청할 수 있습니다. **사용하시는 약국이 여전히 네트워크에 속해 있는지를 확인하기 위해 당사의 최신 약국 디렉터리를 검토하실 것을 적극 권장합니다.**]

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

소개: 본 책자는 [Insert <plan name>]의 네트워크 약국 목록을 제공합니다. 고객님의 처방약 조제 방법을 포함해 고객님의 처방약 보장에 대한 전체적 설명을 확인하시려면, 보장 증명서 및 [Insert <mandatory Plan Name>]의 처방집을 검토하십시오.

[Optional: 본 약국 디렉터리에서 “저희” 또는 “당사”는 <sponsor name>를 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”은 <mandatory plan name>를 의미합니다.]

당사는 본 목록의 약국을 “네트워크 약국”이라고 하며, 이는 플랜 가입자에게 처방약을 제공하기 위해 이들과 계약을 맺고 있기 때문입니다. 대부분의 경우, 고객님의 처방약은 오직 네트워크 약국에서 조제되거나 [or through our mail order pharmacy service] 경우에만 [Insert <plan name>]에 따라 보장됩니다. 일단 고객님이 하나의 약국을 방문하게 되면, 고객님의 처방약을 조제하기 위해 동일한 약국을 계속해서 가지 않아도 되나 당사 네트워크 약국 중 다른 어떤 곳으로든 변경하실 수 있습니다. 저희는 고객님의 보장증명서에서 기술된 대로 특정 상황에서 네트워크 외 약국에서 처방약을 조제할 것입니다.

모든 네트워크 약국이 본 디렉터리에 게재되어 있지 않을 수도 있습니다. 약국은 본 디렉터리가 인쇄된 이후, 목록에 추가 또는 여기에서 제외되었을 수 있습니다. 이는 여기에 게재된 약국이 더 이상 당사 네트워크에 속하지 않거나, 게재되지 않은 당사 네트워크에 새로운 약국이 있을 수도 있다는 의미입니다. 본 목록은 [Insert <applicable date>] 기준 최신입니다. 가장 최신의 목록을 확인하려면 당사로 연락하십시오. 당사의 연락처 정보는 책자 앞표지와 뒤표지에 적혀 있습니다.

[Insert if plan has network pharmacies that offer preferred cost sharing: 고객님은 본 목록의 모든 약국을 방문할 수 있으나, 몇몇 약품에 대한 고객님의 비용은 우선 비용 분담을 제공하는 본 목록에 있는 약국에서 좀 더 낮을 수 있습니다. 당사는 이러한 약국을 표준 비용 분담을 제공하는 당사 네트워크에 있는 타 약국과 구별하기 위해 [Insert <identification method>, such as asterisk (\*) or “P”, etc.]로 표시했습니다.] [Note: When applicable, describe restrictions imposed on enrollees that use pharmacies that offer standard cost sharing.]

[Insert if plan has network pharmacies that offer mail order services: 고객님은 당사 네트워크 우편 주문 배송 프로그램인 [Insert <mail order delivery program name>]을 통해 처방약을 귀하의 집으로 배송 받을 수 있습니다. 자세한 사항은 당사로 연락하시거나 본 약국 디렉터리의 우편 주문 섹션을 참조하십시오]

[Insert if this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following: 본 디렉터리는 고객님이 거주하는 지역을 포함해, [Insert <geographic area>] 지역을 위한 것입니다. 하지만, 당사는 보다 넓은 서비스 지역을 보장하며, 고객님의 처방약이 당사의 플랜에 의해 보장될 수도 있는 더 많은 약국이 있습니다. 본 디렉터리에 게재되지 않은 당사 플랜 네트워크의 약국에 대한 자세한 사항은 <고객/가입자> 서비스, <phone number> (TTY 사용자는 <TTY number>)번으로 전화해 주십시오.]

[Insert if a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following: 당사는 또한 네트워크에 속하지만 고객님이 거주하는 지역인 [Insert <geographic area>] 밖에 있는 약국도 게재했습니다. 고객님은 이들 약국에서 또한 처방전을 조제할 수 있습니다. 자세한 사항은 디렉터리의 지역 외 네트워크 약국 섹션을 참조해 주십시오>].

위의 내용에 대한 질문이 있다면, 본 디렉터리의 앞표지와 뒤표지에 [Insert one <당사> <Plan Name>]로 연락하는 방법에 대한 정보를 참조하십시오.

[Recommended organization:

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

체인 약국 포함 소매 약국

* <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.]

Sponsors are required to provide the address and phone number for independent (non-chain) pharmacies.

* For chain pharmacies only, in lieu of providing addresses for all locations, sponsors may provide, as shown directly below, a toll-free customer service number and a TTY number that an enrollee can call to get the locations and phone numbers of the chain pharmacies nearest his or her home. If the chain pharmacy does not have a toll-free number, sponsors should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for enrollees to call, then sponsors must list each plan’s chain pharmacy and phone number in the directory. If the chain pharmacy does not have a TTY number, sponsors are instructed to list the TRS Relay number 711. A sponsor should not list its Member Services number as a pharmacy phone number or TTY/ number.
* Sponsors that choose to provide phone numbers for all the chains are expected to be consistent and also provide TTY phone numbers for independent retail pharmacies. This would include accessibility numbers; however, we do not require that sponsors research whether every retail pharmacy has a TTY or not, so long as the pharmacy directory clearly indicates for every retail pharmacy, including chains, a pathway for hearing impaired, which could be 711.

[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.]

[**Note:** You may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, you 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, “Open 24 hours.”]

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.]

You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail order delivery program [optional“which is called “[insert <name of program>”].

[Sponsors of plans whose network mail order services received a CMS exception to deliver new prescriptions without obtaining prior beneficiary consent insert the following:] 고객님이 현재의 플랜으로 우편 주문 서비스를 전에 이용하셨거나, 지금 신청하신다면, 당사의 약국은 고객님의 의사 또는 기타 처방자들로부터의 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 배송할 것입니다. 언제든지 [Optional insert <contact information>]으로 연락하여 새로운 처방약에 대한 자동 배송을 중단하실 수 있습니다.  당사의 우편 주문 배송을 이용한 적이 없고/거나 새로운 처방전을 자동으로 조제하지 않기로 결정하신 경우, 당사는 의료 제공자로부터 새로운 처방전을 받을 때마다 의약품의 조제 및 배송 여부를 확인하고자 고객님께 연락을 드릴 것입니다. 이를 통해 약국이 의약품을 올바르게(강도, 양 및 제형 등) 제공하는지를 확인하고 필요 시, 고객님께 주문이 청구되고 배송되기 전에 직접 해당 주문을 취소 또는 지연시킬 수 있습니다.

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

고객님의 우편 주문 처방약을 리필하시려면, 다음 주문이 제 때 배송될 수 있도록 수중에 있는 약품이 소진되기 [Insert <recommended number of days>]일 전에 당사로 연락해 주십시오.

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

우편 주문 처방약 리필의 경우, 고객님께는 자동 리필 프로그램인 [Optional insert <automatic refill program name>]에 가입할 수 있는 옵션이 있습니다. 이 프로그램에 따라, 당사는 당사의 기록에 고객님의 의약품이 거의 소진된 것으로 확인될 경우 고객님의 다음 리필을 자동으로 처리하기 시작할 것입니다. 당사는 고객님이 더 많은 의약품이 필요하신 상태인지를 확인하기 위해 매 리필을 출하하기 전에 연락을 드릴 것입니다. 고객님은 충분한 의약품을 보유하고 계시거나 의약품이 변경되었다면, 예정된 리필을 취소하실 수 있습니다. 자동 리필 프로그램을 이용하지 않기로 선택하신다면, 다음 주문이 고객님께 제 때에 배송될 수 있도록 수중에 있는 약품이 소진되기 [Insert <recommended number of days>]일 전에 당사로 연락해 주십시오. 자동 리필 프로그램을 중단하시려면, 당사, [Insert <instructions here>]로 문의해 주십시오.]

[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**”.] 일반적으로 고객님은 처방약을 [Sponsors have the option to insert either “[insert “<number>일 내에”] OR “[insert <number>]에서 [insert< number>]일 사이에”] 받아보실 수 있습니다.  고객님의 처방약을 이 기간 내에 수령하지 못한 경우, 당사로[insert <Toll-free number and TTY number/TRS Relay number 711> and optionally other contact information] 문의해 주십시오.

가정 주입 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 진료 약국

장기 진료 시설 거주자는 <Plan Name>에 따라 보장되는 자신의 처방약을 시설의 장기 케어 약국 또는 다른 네트워크 장기 케어 약국을 통해 얻을 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 프로그램(I/T/U) 약국

오직 아메리칸 원주민 및 알래스카 원주민만이 <Plan Name> 약국 네트워크를 통해 인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 프로그램(I/T/U) 약국을 이용할 수 있습니다. 아메리칸 원주민 및 알래스카 원주민 외의 사람들은 오직 제한적인 상황(예: 응급 진료)에서만 이들 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> 밖의 네트워크 약국

당사에는 서비스 지역 밖에서도 플랜의 가입자인 고객님이 의약품을 보장받을 수 있는 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.]