# 2026 Part D Model Pharmacy Directory

## [**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> Pharmacy Directory**

The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document: [Insert one: <a <MM/YYYY>.> or <Chúng tôi không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với danh mục nhà thuốc này kể từ ngày MM/DD/YYYY.>] Để biết thông tin mới nhất hoặc có các câu hỏi khác, vui lòng liên hệ [optional <chúng tôi>,] < mandatory Plan or Sponsor Name> [optional <Ban dịch vụ Thành viên>,] theo số <Toll-free Number> hoặc, dành cho người dùng TTY, <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>, hoặc truy cập <insert web address>.

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 < Các thay đổi đối với mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi có thể xảy ra trong năm quyền lợi. Danh mục Nhà thuốc đã cập nhật được đăng tải trên trang web của chúng tôi tại [Insert <web address>]. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ <Customer/Member> theo số <phone number> (Người dùng TTY/TDD cần gọi <TTY/TDD number>) để cập nhật thông tin.]

OR

[Insert for a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network <Mạng lưới của chúng tôi đã thay đổi nhiều hơn so với thông thường cho năm 2026. Danh mục Nhà thuốc đã cập nhật được đăng tải trên trang web của chúng tôi tại [Insert<web address>]. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ <Customer/Member> theo số <phone number> (Người dùng TTY/TDD cần gọi <TTY/TDD number>) để cập nhật thông tin. **Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị quý vị xem xét Danh mục Nhà thuốc hiện tại của chúng tôi để kiểm tra xem nhà thuốc của quý vị có còn trong mạng lưới của chúng tôi hay không.**]

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

**Giới thiệu:** Sổ tay này cung cấp danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới của [Insert <plan name>’s]. Để có mô tả đầy đủ về bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị, bao gồm cách thức nhận thuốc, vui lòng xem xét tài liệu Chứng từ Bảo hiểm và danh mục thuốc của [Insert <mandatory Plan Name>].

[Optional: Khi danh mục nhà thuốc này đề cập đến "chúng tôi", hoặc "của chúng tôi," đó có nghĩa là <sponsor name>. Khi nó đề cập đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi," nó có nghĩa là <mandatory plan name>.]

Chúng tôi gọi các nhà thuốc trong danh sách này là “nhà thuốc trong mạng lưới” vì chúng tôi đã có thỏa thuận với họ để cung cấp thuốc kê toa cho những người ghi danh vào chương trình. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được đài thọ theo [Insert <plan name>] nếu được lấy tại nhà thuốc trong mạng lưới [hoặc thông qua dịch vụ nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi]. Khi quý vị đã đến một nhà thuốc, quý vị không bắt buộc phải tiếp tục lấy thuốc tại cùng nhà thuốc đó, mà có thể chuyển sang bất kỳ nhà thuốc nào khác trong mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi sẽ cấp phát toa thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp nhất định như được mô tả trong Chứng từ Bảo hiểm của quý vị.

Không phải tất cả nhà thuốc trong mạng lưới đều được liệt kê trong danh mục này. Có thể đã có nhà thuốc được thêm vào hoặc loại bỏ khỏi danh sách sau khi danh mục này được in. Điều này có nghĩa là những nhà thuốc được liệt kê tại đây có thể không còn nằm trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc có những nhà thuốc mới trong mạng lưới chưa được liệt kê. Danh sách này có giá trị tính đến [Insert <applicable date>]. Để có danh sách mới nhất, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi có trên trang bìa trước và sau của tài liệu này.

[Insert if plan has network pharmacies that offer preferred cost sharing: Quý vị có thể đến tất cả các nhà thuốc trong danh sách này, nhưng chi phí cho một số loại thuốc có thể thấp hơn tại các nhà thuốc trong danh sách có cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên. Chúng tôi đã đánh dấu những nhà thuốc này bằng [Insert <identification method>, such as asterisk (\*) or “P”, etc.] để phân biệt chúng với các nhà thuốc khác trong mạng lưới của chúng tôi, những nơi chỉ cung cấp mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn.] [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: Quý vị có thể nhận thuốc kê toa được giao tận nhà thông qua chương trình giao hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới của chúng tôi [Insert optional text: được gọi là [Insert <mail order delivery program name>.] Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với chúng tôi hoặc xem phần đặt hàng qua đường bưu điện trong danh mục nhà thuốc này.]

[Insert if this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following: Danh mục này dành cho [Insert <geographic area>] bao gồm khu vực nơi quý vị sinh sống. Tuy nhiên, chúng tôi đài thọ cho một phạm vi dịch vụ rộng hơn, và có nhiều nhà thuốc khác nơi đơn thuốc của quý vị có thể được đài thọ bởi Chương trình của chúng tôi. Để biết thông tin về các nhà thuốc khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi mà không có trong danh mục này, vui lòng gọi Ban Dịch vụ <customer/member> theo số <phone number> (người dùng TTY cần gọi <TTY number>).]

[Insert if a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following: Chúng tôi cũng liệt kê các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi nhưng nằm ngoài [Insert <geographic area>], khu vực nơi quý vị sinh sống. Quý vị cũng có thể nhận thuốc kê toa tại các nhà thuốc này. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần trong danh mục này về các Nhà thuốc trong Mạng lưới nằm ngoài [Insert one or both: <geographic area> or <customer/member service information>].

Nếu quý vị có thắc mắc về bất kỳ nội dung nào nêu trên, vui lòng xem trang bìa đầu tiên và cuối cùng của danh mục này để biết thông tin về cách liên hệ với [Insert one <us> <Plan Name>].

[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.]**]**

* Retail Pharmacies, including Chain Pharmacies
* <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.”]

Mail Order Pharmacy[ies]

* [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:] Nếu trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt thuốc qua đường bưu điện với kế hoạch hiện tại, hoặc nếu quý vị chọn tham gia ngay bây giờ, nhà thuốc của chúng tôi sẽ tự động cấp và gửi các đơn thuốc mới được nhận trực tiếp từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị. Quý vị có thể chọn không tham gia việc giao tự động các đơn thuốc mới bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với chúng tôi [Optional insert <contact information>]. Nếu quý vị chưa từng sử dụng dịch vụ giao thuốc qua đường bưu điện và/hoặc quyết định ngừng việc tự động cấp các đơn thuốc mới, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhận được đơn thuốc mới từ nhà cung cấp, để xác nhận xem quý vị có muốn cấp và gửi thuốc tại thời điểm đó hay không. điều này sẽ tạo cơ hội để quý vị đảm bảo rằng loại thuốc đúng (bao gồm hàm lượng, số lượng và dạng bào chế) sẽ được giao, và nếu cần thiết, cho phép quý vị hủy hoặc trì hoãn đơn hàng trước khi bị tính phí và gửi đi.

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

Để được cấp lại thuốc theo đơn đặt hàng qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi trước [Insert <recommended number of days>] ngày so với thời điểm quý vị dự đoán số thuốc hiện có sẽ dùng hết, nhằm đảm bảo đơn hàng tiếp theo được gửi đến quý vị kịp thời.

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

Để được cấp lại thuốc kê toa đặt hàng qua đường bưu điện, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình cấp lại thuốc tự động [Optional insert <automatic refill program name>]. Trong chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý đơn cấp lại tiếp theo của quý vị một cách tự động khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp dùng hết thuốc. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi mỗi lần cấp lại để đảm bảo rằng quý vị thật sự cần thêm thuốc. Quý vị có thể hủy các lần cấp lại đã được lên lịch nếu quý vị vẫn còn đủ thuốc hoặc nếu đơn thuốc của quý vị đã thay đổi. Nếu quý vị chọn không tham gia chương trình cấp lại tự động, vui lòng liên hệ với chúng tôi trước [Insert <recommended number of days>] so với thời điểm quý vị dự đoán số thuốc hiện có sẽ dùng hết, nhằm đảm bảo đơn hàng tiếp theo được gửi đến quý vị kịp thời. Để hủy tham gia chương trình cấp lại tự động, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua [Insert <instructions here>].

[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**”.] Thông thường, quý vị sẽ nhận được thuốc kê toa trong vòng [Sponsors have the option to insert either “within [insert “<number> days”] OR “from [insert <number>] để [insert< number> days”] kể từ thời điểm nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện nhận được đơn. Nếu quý vị không nhận được thuốc kê đơn trong khoảng thời gian này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số [insert <Toll-free number and TTY number/TRS Relay number 711> and optionally other contact information].

Nhà thuốc Truyền tĩnh mạch Tại nhà

<**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.]

## Nhà thuốc Chăm sóc Dài hạn

Cư dân của cơ sở chăm sóc dài hạn có thể tiếp cận thuốc kê toa được đài thọ theo <Plan Name> thông qua nhà thuốc chăm sóc dài hạn của cơ sở hoặc một nhà thuốc chăm sóc dài hạn khác trong mạng lưới

[**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.]

[Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U) Pharmacies]

Only Native Americans and Alaska Natives have access to Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U) Pharmacies through <Plan Name>’s pharmacy network. Those other than Native Americans and Alaskan Natives may be able to access these pharmacies under limited circumstances (e.g., emergencies).

[<**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.]

[Network Pharmacies outside the <Geographic Area>]

[We have network pharmacies outside of the service area where you can get your drugs covered as an enrollee of our plan.]

* <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.]