CY 2022 年 Medicare Advantage 與 1876 條付費計劃  
醫療服務提供者目錄範本

**適用法規**

CMS 法規的第 42 CFR § 422.111(b) 條要求 Medicare Advantage (MA) 組織向參保者提供參保者可合理向其獲取服務的提供者的編號、組合和服務地點（地址）(§ 422.111(b)(3)(i))，以及有關福利承保範圍的條件和限制，例如事先授權 (§ 422.111(b)(7)) 以及前往網絡外提供者處看診 (§ 422.111(b)(3))。此資訊必須以清晰準確的標準格式提供給每位參保者  
（§§ 422.111(a)(2) 和 422.2267(e)(11)）。根據 §§ 422.202 和 422.204 的規定，MA 組織必須擁有並遵循書面政策和程序，對參與網絡的提供者進行初始和定期評估與認證。根據 § 422.111(h)(2)(ii) 規定，每個 MA 組織必須在其網站上發佈一份線上醫療服務提供者目錄。MA 組織必須遵守第 422 部分子部分 V 所列的針對醫療服務提供者目錄的通訊法規，其中包括對以下內容的要求：一般通訊 (§ 422.2262)、網站 (§ 422.2265)、必要的材料和內容 (§ 422.2267)、允許以電子方式交付某些材料 (§ 422.2267(d)) 和範本材料 (42 CFR 422.2267(c))。雖然 MA 組織需要以 CMS 提供的表格和方式使用標準版材料和標準版內容，但只要 MA 組織準確地傳送所需資訊並遵循 CMS 要求的內容順序，它們就可能偏離範本材料和內容。§ 422.2267(e)(11) 規定了醫療服務提供者目錄的配送和更新以及使用 CMS 發佈的範本的要求。

1876 條付費計劃法規的 § 417.427 要求付費計劃遵循 MA 法規 § 422.111。此外，根據 § 417.428，1876 條付費計劃要求遵循第 422 部分子部分 V 的 MA 通訊要求（不包括 § 422.2276）。

**說明**

下述說明和醫療服務提供者目錄範本適用於所有基於網絡的 MA 計劃以及 1876 條付費計劃（參見 § 422.114(a)(3)(ii) 中的定義）編製的**紙質版和線上版**醫療服務提供者目錄。**範本在本文件中從第 1 頁開始提供。**範本中已用灰色強調的文字和方括號標識出所有可變欄位，必須在這些欄位填寫關於當前網絡內提供者的具體計劃資訊。在編制醫療服務提供者目錄時，計劃應參閱這些指示以及上述必要的法規。

註：如果使用醫療服務提供者目錄範本，則不允許進行任何變更。如果不使用該範本，請查閱 § 422.2267 以及下文的「使用非標準版材料/格式」一節。

**提供者清單。**

***為確保醫療服務提供者所需的資訊以清晰、準確和標準的方式提供，計劃必須：***

* 僅列出當前已簽約和經過認證的醫療服務提供者。
* 清楚說明參保者使用醫療服務提供者所有計劃的特定規則。例如，某個健康維護組織 (HMO) 計劃可能擁有開放式醫療服務提供者團隊，也可能只提供封閉式醫療服務提供者團隊。封閉式醫療服務提供者團隊可能需要參保者從主治醫師 (PCP) 處獲得轉診才能使用專科醫生。在目錄中清楚地說明此資訊。
* 註明參保者必須獲得轉診的醫療服務提供者和/或服務，或說明可從哪裡找到此類資訊。
* 僅列出醫療服務提供者可定期看診並定期提供承保服務的診室或看診地點。
* 如果參保者可與非醫師執業者（例如執業護士、醫師助理）約診獲取承保的初級護理服務，則將此類執業者列為「主治醫師 (PCP)」（參見第 7 頁）。清楚地註明該醫療服務提供者為非醫師執業者。
* 清楚地註明醫療服務提供者是否接受新患者，**或**提供一份通知，指示受益人聯絡醫療服務提供者以確定其是否接受新患者。計劃可以任何方式註明接受/不接受新患者的醫療服務提供者（即註明「是否接受新患者？是/否」或使用「\*」加腳註），只要受益人能確定可合理地從哪些提供者處獲取服務。
* 清楚地註明醫療服務提供者在特定的網絡中所從事的專業，即便其有資格從事多個專業。例如，不擔任 PCP 的內科醫生/腫瘤醫生不應在目錄中顯示為 PCP。僅將該醫療服務提供者作為網絡內提供者列入他/她將向參保者提供的服務類別下。
* 盡合理的努力確保及時更新醫療服務提供者的執業診所名稱，並且能夠在參保者致電預約時反映出該診所的曾用名稱。
* 透過在醫療服務提供者名錄旁附上備註，標識出在使用時可能設有限制的提供者，說明相關限制。範例包含（**但不限於**）以下各項：
  + 該醫療服務提供者僅可服務一部分的參保者（例如，例如只有美國原住民參保者才可使用與美國原住民部落相關的醫療服務提供者，只有學生參保者才可使用大學的學生醫療服務）；
  + 該醫療服務提供者提供特約醫療，僅為支付年費或預付費用的患者提供服務；
  + 該醫療服務提供者僅提供上門就診服務，不在實體診室為患者看診；
  + 該醫療服務提供者僅提供遠端醫療服務；
  + 該醫療服務提供者僅在特定期限（例如，未來的日期）成為網絡內提供者，或在指定日期退出網絡，並清楚說明時間限制（例如「從 20XX 年 X 月 XX 日開始」或「直到「20XX 年 X 月 XX 日」）。

***計劃可能不會：***

* 列出尚未獲得認證的醫療服務提供者。
* 列出參保者無法致電所列電話號碼並請求在所列地址與其約診的醫療服務提供者（例如急症護理、待命人員、替補/後備醫療服務提供者）。
* 列出醫療服務提供者只能偶爾看診的地點。

**子網絡。**提供子網絡的計劃可能會針對每個子網絡單獨編製一本醫療服務提供者目錄。子網絡目錄必須清楚說明參保者不限於使用子網絡目錄中列出的醫療服務提供者，並提供有關如何存取本計劃的完整醫療服務提供者網絡的說明（包括更大的線上目錄的連結）。子網絡目錄還必須說明參保者如何申請使用子網絡之外的醫療服務提供者。有關子網絡的更多資訊，請參見 Medicare Advantage 和 1876 條付費計劃網絡充分性指引，網址為：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>。

**醫療服務提供者特定計劃。**醫療服務提供者特定計劃 (PSP) 必須編製單獨目錄，清楚說明 PSP 網絡內可選用的醫療服務提供者。不得使用合約級的醫療服務提供者目錄來向潛在受益人或參保者說明 PSP 網絡。例如，計劃不能只在範圍更廣的網絡目錄上簡單標註符號或資訊，以說明哪些提供者屬於限制更多的 PSP 網絡。

**不同的分攤費用安排/等級。**如果使用某些提供者（例如透過 MA Uniformity Flexibility）的參保者需支付的分攤費用更少、減免或對醫療福利分攤費用進行了分級，計劃必須用特殊字元和/或註腳標識出這些提供者。計劃必須添加相關說明，提示參保者參閱承保範圍說明書 (EOC) 以瞭解更多資訊。如果計劃使用其他術語來描述這些分攤費用安排，則不一定要使用「分級」這個詞。

**使用非標準版材料/格式。**計劃可能會編制不使用醫療服務提供者目錄範本的線上或紙質版醫療服務提供者目錄。非標準版醫療服務提供者目錄可包括其他資料元素或採用本範本之外的其他格式。但是，對於醫療服務提供者目錄，非標準版目錄必須遵循指示中的所有要求，並囊括本文所述的所有標準語言（即未用灰色強調的文字和方括號標識出的語言，這些為可變欄位）。

**允許的改動。**以下是允許對範本做的改動：

* 進行必要的小改動（例如語法或標點符號改動、更正參考資料）。
* 更改格式/樣式（例如字體、頁邊距），以符合規章要求和其他指南。
* 添加計劃標誌。
* 重新排序第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單。
* 當文件提到「[Plan Name]」時，插入 MAO 名稱或「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」。此外，即使範本中已經使用了「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」中的一種，這些詞語仍然可以互換使用。
* 將其他計劃資料（如承保範圍說明書）的參考資訊更改為計劃常用的條款。
* 填充範本時，刪除給各計劃看的說明。

**最佳做法。**CMS 強烈建議各計劃設計相應的支援程序以維護醫療服務提供者目錄的準確性。例如，計劃可為參保者提供熱線電話，以供他們聯絡計劃獲取預約方面的幫助或報告目錄的錯誤。如果參保者請求幫助以尋找接受新患者的醫療服務提供者，CMS 還建議計劃採用以下最佳做法：為他們提供「熱轉接」服務。

另外還有一種最佳做法，CMS 鼓勵各計劃在醫療服務提供者目錄上納入機器可讀內容。CMS 還鼓勵各計劃在醫療服務提供者目錄上納入以下資訊（視情況適用）：

* 醫療服務提供者的醫療團體
* 醫療服務提供者所屬機構
* 醫療服務提供者使用的非英語語言
* 醫療服務提供者的網址
* 為殘障人士提供無障礙設施的醫療服務提供者/地點

**[Plan Name]**

**[HMO / PPO / RPPO / 付費/ PFFS / MSA] 計劃**

**醫療服務提供者目錄**

本目錄最後更新於 [Month DD, YYYY]。

本目錄提供 [Plan Name] 在 [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory covers.] 最新網絡內提供者清單。

[For hardcopy directories, insert: 如需獲取 [Plan Name] 的線上醫療服務提供者目錄，您可以瀏覽 [Web address]。] 如對本目錄中所述的資訊有任何疑問，請致電我們的 [客戶/會員] 服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障] 人士可致電 [TTY or TDD number]。

[For online directories, insert: 如要索取一份紙版 [Plan Name] 醫療服務提供者目錄，請致電我們的 [Customer/Member] 服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[Plan Name] 在您提出請求後三 (3) 個工作日內，將給您郵寄一份紙版醫療服務提供者目錄。[Plan Name] 可能會詢問您對紙版副本的請求是一次性請求，還是希望永久接受紙版醫療服務提供者目錄。

如果您提出請求，您對紙質版醫療服務提供者目錄的請求將保留至您退出 [Plan Name]，或請求停止接收紙質版目錄。]]

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

**目錄**

[第 1 節 － 簡介 3](#_Toc77690516)

[[Plan Name] 的服務區包含哪些？ 5](#_Toc77690517)

[如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？ 5](#_Toc77690518)

[第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單 6](#_Toc77690519)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc77690520)

[[Specialists] 8](#_Toc77690521)

[[Hospitals] 9](#_Toc77690522)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc77690523)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc77690524)

[[Pharmacies] 12](#_Toc77690525)

## 第 1 節 － 簡介

本目錄提供 [Plan Name] 的網絡內提供者清單。

[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: 您將需要從本目錄列出的網絡內提供者中選擇一位作為您的主治醫師 (**PCP**)。一般而言，您必須從您的 PCP 處獲得醫療服務。] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: 我們有網絡內提供者提供 Original Medicare 的所有承保服務[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站：[insert link to PFFS terms and conditions of payment]，瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [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: 我們有網絡內提供者提供 [indicate what category(ies) of services for which network providers are available] 服務。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站：[insert link to PFFS terms and conditions of payment]，瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [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.]

列於本目錄的網絡內提供者均同意為您提供 [insert appropriate term(s): 醫療/眼科/牙科] 服務。您可以前往本目錄所列的任何網絡內提供者處求診 [；/。] [Insert if applicable: 但是，某些服務可能需要轉診。] [Insert applicable details on referrals.] [Insert, if applicable 我們網絡有其他醫療服務提供者。] [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] 不要求參保者或其醫療服務提供者先獲得轉診或計劃的授權，才能取得計劃承保的具有醫療必要性的服務。如果您對我們是否會支付您正在考慮接受的醫療服務或護理有任何疑問，您有權在接受該服務或護理之前詢問我們是否會給予承保。]

[PPO plans insert: 除非在緊急情況下，否則網絡外醫療服務提供者沒有義務為 [Plan Name] 的參保者提供治療。就我們是否會承保網絡外服務的決定而言，我們鼓勵您或您的提供者在您接受服務前，要求我們作出預先服務機構裁決。請致電我們的 [客戶/會員] 服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[TTY/TDD] 人士可致電 [TTY or TDD number]。您還可參閱承保範圍說明書 (EOC) 瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用資訊。]

[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: 您必須使用網絡內提供者，除非出現緊急醫療或急症治療護理情況 [或是在服務區域外接受腎臟透析或其他服務]。若您透過網絡外醫療服務提供者取得常規護理，Medicare 和 [Plan Name] 均不負責該費用。]

[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.]

### [Plan Name] 的服務區包含哪些？

屬於我們服務區的 [「郡」or「各郡」] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only:「州」or「各州」] [for plans with a partial county service area only: 部分郡/郵遞區號] 列示如下。[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…”)].

### 如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？

[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.] [註：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.]

如果您有關於 [Plan Name] 的疑問，[或在選擇 PCP 時需要獲得協助]，請致電我們的   
[客戶/會員] 服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[TTY/TDD] 人士可致電 [TTY or TDD number]。您還可瀏覽 [Web address]。

## 第 2 部分 － 網絡內醫療服務提供者清單

[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:

**醫療服務提供者類型** (PCPs, Specialists (types), Hospitals, Skilled Nursing Facilities, Outpatient Mental Health Providers, and Pharmacies (types) where outpatient prescription drugs are offered by the plan.)

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

**縣** (Listed alphabetically)

**城市** (Listed alphabetically)

**社區/郵遞區號** (Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**醫療服務提供者名稱** (Listed alphabetically)

**醫療服務提供者詳細資訊**]

[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.]

[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:「本醫療服務提供者目錄中的所有提供者均接受 Medicare 和 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：*是否接受新患者？是/否]

[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：*是否接受新患者？是/否]

[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：*是否接受新患者？是/否]]

[Provider Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[*Optional:* website and e-mail addresses]

[*Optional:* Indicator for provider(s) that support electronic prescribing]

### [Pharmacies]

[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 (available at <https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Part-D-Model-Materials>) for Part D requirements for pharmacy directories.]

[Type of pharmacy as applicable：零售、郵購、居家輸液、長期護理 (LTC)、印第安醫療保健服務/部落/城區印第安醫療保健 (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]