CY 2022 Modelo del Directorio de proveedores para planes Medicare Advantage y Cost de la Sección 1876

**Reglamentaciones aplicables**

Las reglamentaciones de los CMS del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), § 422.111(b), requieren que las organizaciones de Medicare Advantage (MA) proporcionen el número, la combinación y la distribución (direcciones) de los proveedores de los que se puede esperar razonablemente que las personas inscritas obtengan servicios (§ 422.111(b)(3)(i)) y las condiciones y limitaciones de la cobertura de beneficios, como la autorización previa (§ 422.111(b)(7)) y el acceso a proveedores fuera de la red (§ 422.111(b)(3)). Esta información debe proporcionarse a cada inscrito en un formulario claro, preciso y normalizado (§§ 422.111(a)(2) y 422.2267(e)(11)). En virtud de las §§ 422.202 y 422.204, las organizaciones de MA deben tener y seguir políticas y procedimientos por escrito para la evaluación y la acreditación de los proveedores que participan en la red, tanto al inicio como a intervalos regulares. De conformidad con la § 422.111(h)(2)(ii), cada organización de MA debe publicar un Directorio de proveedores en línea en su sitio web. Las organizaciones de MA deben cumplir con las normas de comunicaciones para los directorios de proveedores que se describen en la Parte 422, subparte V, incluidos los requisitos para las comunicaciones generales (§ 422.2262), los sitios web (§ 422.2265), los materiales y el contenido obligatorios (§ 422.2267), la entrega electrónica permitida de ciertos materiales (§ 422.2267(d)) y los materiales de modelo (Título 42 del CFR, 422.2267(c)). Aunque las organizaciones de MA deben usar materiales y contenidos normalizados en la forma y la manera que brindan los CMS, pueden desviarse de los materiales del modelo y del contenido siempre que la organización de MA comunique con precisión la información requerida y siga el orden del contenido según lo exija el CMS. Los requisitos para la entrega y actualización del Directorio de proveedores, así como el uso del modelo emitido por CMS, se tratan en el reglamento en la § 422.2267(e)(11).

Las reglamentaciones del plan Cost de la Sección 1876 en la § 417.427 requieren que los planes de costos se adhieran a las reglamentaciones de MA en la § 422.111. Además, la § 417.428 exige que los planes de costo de la Sección 1876 cumplan con los requisitos de comunicación de MA en la Parte 422, subparte V, excepto la § 422.2276.

**Instrucciones:**

Las siguientes indicaciones y la plantilla del modelo del Directorio de proveedores aplican a todos los directorios de proveedores **impresos y en línea** elaborados por todos los planes de MA basados en la red y los planes Cost de la Sección 1876 (como se define en la § 422.114(a)(3)(ii)). **La plantilla del modelo se proporciona en la página 1 de este documento.** Todos los campos variables se indican en texto gris resaltado y entre corchetes, y se deben completar con información específica del plan sobre los proveedores actuales de la red. Los planes deben consultar estas instrucciones y las normas mencionadas anteriormente, según sea necesario, para completar el Directorio de proveedores.

Nota: Si se utiliza el Modelo del Directorio de proveedores, no se permiten cambios. Si el modelo no se utiliza, revise la § 422.2267 y la sección “Uso de materiales/formatos que no siguen el modelo” a continuación.

**Listados de proveedores.**

***Para asegurarse de que la información requerida sobre los proveedores se brinde en un formulario claro, preciso y normalizado, los planes deben hacer lo siguiente:***

* Enumerar solo a los proveedores contratados y acreditados actualmente.
* Explicar claramente todas las normas específicas de los planes sobre el acceso de los inscritos a los proveedores. Por ejemplo, un plan organización para el mantenimiento de la salud (HMO) puede tener un panel abierto de proveedores o puede ofrecer solo un panel cerrado. Un panel cerrado puede requerir que los inscritos obtengan una remisión de un proveedor de atención primaria (PCP) para acceder a los especialistas. Explicar claramente esta información en el directorio.
* Identificar a los proveedores o servicios para los que un inscrito debe obtener una remisión, o explicar dónde encontrar esta información.
* Indicar solo los consultorios o ubicaciones en los que el proveedor ejerce regularmente y donde esté regularmente disponible para prestar servicios cubiertos.
* Mencionar a los profesionales no médicos (por ejemplo, enfermeros practicantes, asistentes médicos) como “proveedores de atención primaria (PCP)” (consulte la página 7) si un inscrito puede programar una cita con ese profesional para obtener servicios de atención primaria cubiertos. Identificar con claridad que el proveedor es un profesional no médico.
* Identificar con claridad si un proveedor acepta pacientes nuevos o no, **o** puede enviarle un aviso en el que se indica a los beneficiarios que se comuniquen con un proveedor para determinar si acepta pacientes nuevos. Los planes pueden identificar a los proveedores que aceptan/no aceptan pacientes nuevos de cualquier manera (por ejemplo, “¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No” o un “\*” con una nota al pie) siempre y cuando los beneficiarios puedan identificar a los proveedores de los que podrían esperar razonablemente recibir servicios.
* Identificar claramente la categoría en la que presta servicios el proveedor para esa red particular, incluso si el proveedor está acreditado en más de una especialidad. Por ejemplo, un médico de medicina interna/oncólogo que no ejerce como PCP no se debe mostrar como un PCP en el directorio. Mencionar el proveedor solo dentro de la categoría de los servicios que proporcionará a los inscritos como proveedor de la red.
* Hacer un intento razonable para garantizar que los nombres de las prácticas de los proveedores estén actualizados y reflejen el nombre de la práctica usada cuando un inscrito llama para programar una cita.
* Indicar qué proveedores pueden tener restricciones en el acceso al incluir una nota junto a la mención del proveedor que indique dichas restricciones. Los ejemplos incluyen, **entre otros**, los siguientes:
  + Los proveedores que solo están disponibles para un subgrupo de inscritos (por ejemplo, solo los nativos americanos pueden acceder a un proveedor relacionado con una tribu nativa americana, solos los inscritos que son estudiantes pueden acceder al servicio de salud estudiantil de la universidad).
  + Los proveedores que practican la medicina de conserjería y están disponibles solo para pacientes que pagan una tarifa anual o un anticipo.
  + Los proveedores que solo pueden ofrecer consultas a domicilio y no atienden pacientes en un consultorio físico.
  + Los proveedores que brindan servicios exclusivamente mediante telesalud.
  + Los proveedores que estarán disponibles dentro de la red solo para un cierto período (p. ej., a partir de una fecha futura) o que abandonarán la red a partir de una fecha específica, y proporcionarán una indicación clara de la limitación del tiempo (p. ej., “a partir del XX de X de 20XX” o “hasta el XX de X de 20XX”).

***Es posible que los planes no realicen lo siguiente:***

* Incluir a un proveedor antes de ser acreditado.
* Agregar a un proveedor si el inscrito no puede llamar al número de teléfono detallado y pedir una cita en la dirección indicada (p. ej., cuando el proveedor solo brinda atención de urgencia, de guardia, de reemplazo o sustituto).
* Indicar las ubicaciones en las que un proveedor puede brindar servicios solo de manera ocasional.

**Subredes.** Los planes que ofrecen subredes pueden elaborar un directorio de proveedores separado para cada subred. El directorio de la subred debe mencionar claramente que los inscritos no están limitados a los proveedores mencionados en el directorio de la subred y debe brindar instrucciones sobre cómo acceder a toda la red de proveedores del plan (inclusive un enlace al directorio en línea más grande). El directorio de la subred también debe describir cómo los inscritos pueden solicitar acceso a los proveedores fuera de la subred. Para obtener más información sobre las subredes, consulte las pautas de adecuación de la red del plan Medicare Advantage y Cost de la Sección 1876, disponibles en:  
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>.

**Planes específicos de proveedores.** Un plan específico de proveedores (PSP) debe elaborar un directorio aparte que identifique con claridad a los proveedores disponibles en la red del PSP. No se puede utilizar un directorio de proveedores a nivel de contrato para comunicarles a los beneficiarios o inscritos potenciales la red del PSP. Por ejemplo, un plan no puede limitarse a agregar símbolos o información al directorio de la red más amplia para marcar qué proveedores están en la red del PSP más limitada.

**Diferentes acuerdos o niveles de costo compartido.** Los planes que reducen, eliminan o clasifican el costo compartido de los beneficios médicos para los inscritos que usan a ciertos proveedores (p. ej., mediante el uso de las flexibilidades de uniformidad de MA), deben identificar a estos proveedores con caracteres o notas al pie especiales. Los planes deben incluir un texto que remita a los inscritos a la Evidencia de cobertura (EOC) para recibir más información. Los planes no deben usar la palabra “nivel” si usan una terminología diferente para describir estos acuerdos de costo compartido.

**Uso de materiales/formatos que no siguen el modelo.** Los planes pueden elaborar directorios de proveedores en línea o impresos que no usen el directorio de proveedores modelo. Los directorios que no siguen el modelo, por ejemplo, pueden incluir elementos de datos adicionales o seguir un formato diferente a este modelo. Sin embargo, los directorios que no siguen el modelo deben seguir todos los requisitos dentro de las instrucciones e incluir todo el idioma estándar (es decir, lenguaje no indicado en texto gris resaltado ni entre corchetes, que representa campos variables) del directorio de proveedores, tal como se detalla aquí.

**Modificaciones permitidas.** Las siguientes son modificaciones permitidas para el modelo:

* Hacer modificaciones menores, según corresponda (p. ej., cambios gramaticales o de puntuación, corrección de referencias).
* Cambiar el formato/el estilo (p. ej., fuente, márgenes) para cumplir con los requisitos reguladores y otras pautas.
* Agregar logotipos del plan.
* Sección 2 de reordenación: Lista de proveedores de la red.
* Introducir el nombre de MAO o “nosotros”, “nuestro”, “nos”, “el plan”, “nuestro plan” o “su plan” donde el documento indica “[Plan Name]”. Además, “nosotros”, “nuestro”, “nos”, “el plan”, “nuestro plan” o “su plan” pueden usarse de manera indistinta, incluso cuando uno de esos términos ya se utiliza en el modelo.
* Cambiar las referencias a otros materiales del plan (p. ej., Evidencia de cobertura) a los términos generalmente utilizados por el plan.
* Eliminar instrucciones de los planes al completar el modelo.

**Buenas prácticas.** Los CMS recomiendan encarecidamente a los planes establecer procedimientos que respalden la precisión continua de su directorio de proveedores. Por ejemplo, los planes pueden proporcionarles a los inscritos un número de línea directa para que se comuniquen con el plan a fin de obtener ayuda para programar citas o informar errores en los directorios. Los CMS también sugieren como una buena práctica que los planes incorporen una “transferencia de llamada” para los inscritos que soliciten ayuda para encontrar un proveedor que acepte pacientes nuevos.

Además, como una buena práctica, los CMS recomiendan a los planes que incorporen contenido automatizado en el directorio de proveedores. Los CMS también recomiendan a los planes que incorporen la siguiente información sobre los proveedores en el directorio de proveedores, según sea factible:

* Grupo médico del proveedor
* Afiliación institucional del proveedor
* Idiomas que habla el proveedor diferentes al inglés
* Dirección del sitio web del proveedor
* Accesibilidad para las personas con discapacidades físicas a los proveedores/consultorios

**[Plan Name]**   
**Plan [HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA]**   
**Directorio de proveedores**

Este directorio está vigente a partir del [Month DD, YYYY].

Este directorio ofrece una lista de los proveedores de la red actuales de [Plan Name] para [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory covers.]

[For hardcopy directories, insert: Para acceder al directorio de proveedores en línea de [Plan Name], puede ingresar en [Web address].] Si tiene preguntas sobre la información incluida en este directorio, llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/miembro] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

[For online directories, insert: Para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de [Plan Name], llame a nuestro Departamento de servicios al [Customer/Member] al [phone number], [days and hours of operation]. [Plan Name] le enviará por correo una copia impresa del directorio de proveedores en un plazo de tres (3) días hábiles después de su solicitud. [Plan Name] puede preguntar si su solicitud de la copia impresa es una solicitud única o si está solicitando recibir el directorio de proveedores impreso de manera permanente.

Si la solicita, su solicitud de la copia impresa del directorio de proveedores permanece hasta que deje [Plan Name] o solicite que se cancelen las copias impresas.]

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

**Índice**

[Sección 1: Introducción 3](#_Toc76587467)

[¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]? 5](#_Toc76587468)

[Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden en su área 5](#_Toc76587469)

[Sección 2: Lista de proveedores de la red 6](#_Toc76587470)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc76587471)

[[Specialists] 8](#_Toc76587472)

[[Hospitals] 9](#_Toc76587473)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc76587474)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc76587475)

[[Pharmacies] 12](#_Toc76587476)

## Sección 1: Introducción

Este directorio ofrece una lista de los proveedores de la red de [Plan Name].

[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:Tendrá que elegir a uno de nuestros proveedores de la red que figuran en la lista de este directorio como su **m**édico de **a**tención **p**rimaria (PCP). Por lo general, debe obtener los servicios de atención médica de su PCP.] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: Contamos con proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Original Medicare [indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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: [Contamos con proveedores de la red para [indicate what category(ies) of services for which network providers are available]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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.]

Los proveedores de la red que figuran en este directorio han acordado brindarle servicios [insert appropriate term(s): de atención médica/oftalmológicos/odontológicos]. Puede acudir a cualquiera de los proveedores de la red que figuren en el listado de este directorio [;/.] [Insert if applicable: sin embargo, es posible que necesite una remisión para algunos servicios.] [Insert applicable details on referrals.] [Insert, if applicable: Otros proveedores están disponibles en nuestra red.] [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] no les exige a los inscritos ni a sus proveedores que obtengan una remisión o autorización de nuestro plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piense obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.]

[PPO plans insert: Los proveedores fuera de la red no tienen obligación alguna de tratar a inscritos de [Plan Name], salvo en emergencias. Para determinar si cubriremos o no un servicio fuera de la red, antes de que reciba el servicio, lo invitamos a usted o su proveedor a pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/miembro] al [phone number,] [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede consultar su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red].

[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: Debe utilizar los proveedores de la red, salvo en situaciones de emergencia o atención de urgencia, [o para servicios de diálisis renal o de otro tipo fuera del área]. Si usted recibe atención de rutina de parte de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni [Plan Name] se harán responsables de los costos].

[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.]

### ¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]?

[“El condado” or “Los condados”] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “El estado” or “Los estados”] [for plans with a partial county service area only: las zonas de los condados/los códigos postales] en nuestra área de servicio se [“menciona” or “mencionan”] a continuación. [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, solo los siguientes códigos postales: XXXXX…”)].

### Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden en su área

[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.]

Si tiene preguntas sobre [Plan Name] [o necesita ayuda para elegir un PCP], llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/miembro] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede ingresar en [Web address].

## Sección 2: Lista de proveedores de la red

[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:

**Tipo de proveedor** (PCPs, Specialists (types), Hospitals, Skilled Nursing Facilities, Outpatient Mental Health Providers, and Pharmacies (types) where outpatient prescription drugs are offered by the plan.)

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

**Condado** (Listed alphabetically)

**Ciudad** (Listed alphabetically)

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

**Nombre del proveedor** (Listed alphabetically)

**Detalles del proveedor**]

[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: “Todos los proveedores de este directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como 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:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

[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:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

[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:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

[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: Minorista, de pedido por correo, infusión a domicilio, atención a largo plazo (LTC), Servicio de salud para la población india estadounidense/Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (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]