**Instructions to Health Plans**

* [*Distribution Note: Enrollment – The plan must provide a Provider and Pharmacy Directory or information about how to access or get a Directory to each Participant upon enrollment. The plan must ensure that an online Directory contains all the information required in a print Directory. Refer to the State’s specific FIDA-IDD Marketing Guidance for detailed instructions.*]
* [*The plan is encouraged to make Directory content on its websites machine readable. As described in the 2017 Final Call Letter, machine readable is defined as a format in a standard computer language (not English text) that can be read automatically by a web browser or computer system.*]
* [*The plan may provide subdirectories (e.g., by specialty, by county) to Participants if the subdirectory clearly states that the complete Directory of all of its providers and pharmacies is available and will be provided to Participants when they ask for it. Subdirectories must be consistent with all other requirements of Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance. The plan may publish separate primary care and specialty directories if both directories are made available to Participants at the time of enrollment*.]
* [The plan may add a cover to the Directory. The plan may include the Material ID only on the first page.]
* [*The plan should note that the EOC is referred to as the “Participant Handbook.” The plan must use the term “Participant Handbook.”*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation*.]
* [*If the plan assigns Participants to medical groups, the plan must include language as indicated in plan instructions throughout the Directory. If the plan uses a different term, it should replace “medical group” with the term it uses.*]
* [*The plan should indicate that the Directory includes providers of both Medicare and Medicaid services.*]
* [*The plan may place a QR code on materials to provide an option for Participants to go online.*]
* [*The plan is encouraged to include an Index for Providers and for Pharmacies*.]
* [*In accordance with additional plan instructions in the model, the plan has the option of moving general pharmacy information to appear after general provider information ends and before provider listing requirements begin.*]
* [*Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Covered Items and Services Chart in Chapter 4 of the Participant Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***)*.
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<Plan name> | *Directorio de proveedores y farmacias* para <year>**

Introducción

Este *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información sobre los tipos de proveedores y farmacias en <plan name> y nombra todos los proveedores y farmacias del plan hasta la fecha de este Directorio. Los listados contienen las direcciones e información de contacto de proveedores y farmacias, así como detalles como los días y horas de operación, especialidades, y habilidades. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[*The* *plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc48653346)

[B. Proveedores 6](#_Toc48653347)

[B1. Términos clave 6](#_Toc48653348)

[B2. Proveedor de cuidado primario (PCP) 8](#_Toc48653349)

[B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 9](#_Toc48653350)

[B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name> 10](#_Toc48653351)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 11](#_Toc48653352)

[B6. Lista de proveedores de la red 11](#_Toc48653353)

[C. Proveedores de la red de <plan name> 13](#_Toc48653354)

[C1. El símbolo “ADA+” 14](#_Toc48653355)

[C2. [*Include Provider Type (e.g.,* Médicos de cuidado primario, especialistas: cardiólogos; Proveedores de respaldo: Agencias de salud en el hogar*)*] 17](#_Toc48653356)

[C3. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Centros de enfermería, Proveedores de respaldo – Comidas entregadas a domicilio*)*] 19](#_Toc48653357)

[D. Lista de farmacias de la red 21](#_Toc48653358)

[D1. Cómo identificar a las farmacias de red la de <plan name> 21](#_Toc48653359)

[D2. Suministro de recetas a largo plazo 22](#_Toc48653360)

[E. Farmacias de la red de <plan name> 23](#_Toc48653361)

[E1. El símbolo “ADA+” 23](#_Toc48653362)

[E2. Farmacias minoristas y de cadena 24](#_Toc48653363)

[E3. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo] 25](#_Toc48653364)

[E4. Farmacias de medicamentos de infusión en el hogar 26](#_Toc48653365)

[E5. Farmacias de cuidados a largo plazo 27](#_Toc48653366)

[E6. Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.*] 28](#_Toc48653367)

[E7. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for the plan to include.*] 29](#_Toc48653368)

[F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 31](#_Toc48653369)

[F1. Proveedores 31](#_Toc48653370)

[F2. Farmacias 31](#_Toc48653371)

# A. Renuncias de garantías

* [*The* *plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* Este Directorio tiene los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y psicolólogos), las instituciones (como hospitales o clínicas), los proveedores de respaldo (como las Guarderías para adultos mayores y proveedores de salud en el hogar), proveedores de servicios para personas con discapacidades de desarollo y proveedores de servicios del programa de exepción Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD), que usted puede visitar como participante de <plan name>. También tiene las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos de receta.
* En este Directorio nos referiremos a estos grupos como "proveedores de la red". Estos proveedores firmaron un contrato con nosotros para proporcionarle servicios a usted. Ésta es una lista de proveedores de la red de <plan name> para [insert description of the plan’s service area, including a list of counties and cities/towns].
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]
* Usted puede pedir esta información en otros formatos, como letra grande, braille o audio de manera gratuita. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita.
* [The plan also must simply describe:
  + how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,
  + how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time, **and**
  + how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]
* El Estado de New York ha creado un programa de ombudsman del participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), para proporcionar a los participantes, ayuda gratuita y confidencial en todos los servicios que ofrece <plan name>. Puede comunicarse con ICAN, de manera gratuita, llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800) o en internet en [icannys.org/get-help/help-spanish](https://icannys.org/get-help/help-spanish).
* La lista está actualizada hasta el <**date of publication**>, pero usted debe saber que:
* Podríamos haber agregado o quitado algunos proveedores de la red de <plan name> después de la publicación de este Directorio.
* Posiblemente algunos proveedores de <plan name> de nuestra red ya no acepten participantes nuevos. Si usted tiene algún problema para encontrar un proveedor que acepte participantes nuevos, llame a Servicios al participante al <toll-free number> y le ayudaremos.
* Para obtener la información más actual sobre la red de proveedores de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <phone number>.]

Los médicos, otros profesionales de cuidado de salud y otros proveedores de servicios de la red de <plan name> están anotados en las páginas <page numbers>. Las farmacias de nuestra red se encuentran en las páginas <page numbers>. [*If plan includes an Index for Providers and for Pharmacies, insert*: Usted puede usar el Índice al final del Directorio para encontrar la página en donde se encuentra un proveedor o una farmacia.]

# B. Proveedores

## B1. Términos clave

Esta sección explica términos claves que usted encontrará en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

* **Los proveedores** son profesionales de cuidado de salud y proveedores de respaldo, como médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que proporcionan cuidado y servicios. **Los servicios** incluyen cuidado médico, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), suministros, medicamentos de receta, equipos, tratamiento de un día, habilitación residencial y otros servicios.
  + El término proveedores también incluye instituciones, como hospitales, clínicas para pacientes ambulatorios certificadas por OPWDD, centros de cuidados intermedio (ICF) y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y LTSS.
  + A los proveedores que son parte de la red de nuestro plan les llamamos **proveedores de la red**.
* **Los proveedores de la red** son los proveedores que tienen contratos con nosotros para proporcionar servicios a los participantes de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red deben cobrarnos solamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando visite un proveedor de la red, normalmente usted no pagará nada por los servicios cubiertos.
  + Si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, usted puede ver estos proveedores incluso si no pertenecen a la red del plan.
* Un **Proveedor de cuidado primario** (PCP) es [plan should include examples it see fit] quien le da el cuidado de salud de rutina. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo conocerá sus necesidades de salud. Su PCP participará en su Equipo interdisciplinario (IDT) y ayudará en la planificación de su cuidado, asegurándose que usted reciba todos los servicios que necesita.
* **Los especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos cuantos ejemplos:
  + Los oncólogos cuidan a los pacientes con cáncer.
  + Los cardiólogos cuidan a los pacientes con enfermedades del corazón.
  + Los ortopedistas cuidan a los pacientes con ciertas enfermedades óseas, de articulaciones o musculares.
* **Los proveedores de servicios de programas de excepción** ofrecen ciertos servicios a los participantes inscritos en el programa de excepción OPWDD Home and Community Based Services (Servicios con base en el hogar y la comunidad de OPWDD). Éstos son unos cuantos ejemplos:
  + Tecnología de asistencia o de adaptación
  + Habilitación residencial
  + Servicios pre-vocacionales
* [If the plan assigns Participants to medical groups, it must clearly and briefly define the term “medical group.” The plan must also include a reference to additional information in Section B2 that explains a medical group’s potential impact on Participants.] También tendrá acceso a un **Administrador de cuidados** y **IDT** que usted ayuda a elegir.
  + Un **Administrador de cuidados** trabaja estrechamente con usted y su IDT, para desarrollar un Plan de vida para usted, que le ayuda a administrar sus servicios médicos, de discapacidades del desarrollo, de habilitación, de salud del comportamiento, de LTSS y sus necesidades sociales y funcionales.
  + Su **IDT** le ayuda a coordinar sus cuidados. Esto significa que se aseguran que sus proveedores estén al corriente de los cuidados que usted reciba, los medicamentos que usted toma, las pruebas y exámenes de laboratorio que le hacen y que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. Usted y su IDT desarrollarán su Plan de vida, que contendrá todas sus necesidades y servicios, opciones personales, fijará metas para atender esas necesidades, servicios y opciones personales y determinará maneras para comprobar que estas sean satisfechas. Su IDT se pondrá en contacto con usted tan a menudo como sea necesario. Su IDT incluye:
* Usted y la persona que le cuida o su tutor o su representante,
* Su Administrador de cuidados,
* Sus proveedores de cuidado primario de servicios para discapacidades del desarrollo, quienes tienen conocimiento de los resultados que usted desea y sus necesidades de servicios,
* Otros individuos, incluyendo:
* Su PCP, incluyendo un médico, una enfermera de práctica avanzada, un asistente médico o un especialista que hayan aceptado servir como su PCP o un representante del consultorio de la práctica de su PCP que tenga experiencia clínica (como una enfermera titulada, enfermera de práctica avanzada, un asistente médico) y que tenga conocimiento de sus necesidades;
* El profesional de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o el representante del consultorio de su profesional de BH (o de su práctica) que tenga experiencia y que tenga conocimiento de sus necesidades;
* El auxiliar de cuidado en el hogar, o un representante de la agencia de cuidados en el hogar, con experiencia clínica, que está familiarizado con sus necesidades, si usted está recibiendo cuidados en el hogar y aprueba la participación en IDT de su asistente de cuidados/el representante;
* Otros proveedores, ya sea que usted o la persona que le cuida o tutor o su representante los pida, o que sean recomendados por otros miembros del IDT, si son necesarios para planear su cuidado y están aprobados por usted o su representante.

## B2. Proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted puede recibir servicios de cualquier proveedor de nuestra red que acepte participantes nuevos.

Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un PCP. [If appropriate include: Usted puede tener un especialista como su PCP.] [If applicable, describe circumstances under which a specialist may act as a PCP and how to ask for one (e.g., llame a Servicios al participante).]

[Insert if applicable: Los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico asociado. Esto significa que su PCP le dará referidos para especialistas y servicios también asociados con su grupo médico.

* Si hay algún especialista en particular u hospital que usted quiera usar, es importante ver si están asociados con el grupo médico de su PCP. Usted puede ver en este Directorio o preguntar a Servicios al participante de <plan name> si el PCP que usted quiere da referidos para ese especialista o usa ese hospital.
* Si usted no se queda dentro del grupo médico de su PCP, es posible que <plan name> no cubra el servicio.]

Para elegir un PCP, vaya a la lista de proveedores de la página <page number> y elija un proveedor:

* que usted consulte ahora, **o**
* que le haya recomendado alguien en que usted confíe, **o**
* que tenga un consultorio al que pueda llegar fácilmente.

[The plan may modify the bullet text listed above or add additional language as appropriate.]

* Para obtener la información más actual sobre la red de proveedores de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. [TTY: <phone number>.] La llamada es gratuita.
* Si quiere ayuda para elegir un PCP, por favor llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <toll-free number>.] O, vaya a <web address>.
* Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted quiera o necesite, llame a su Administrador de cuidados y al IDT o a Servicios al participante y pregunte, **antes** de recibir los servicios o el cuidado.

## B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Como participante de <plan name>, usted podría recibir LTSS, como [insert examples with explanations of services available to Participants]. LTSS ayuda las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un ICF u hospital. En el Capítulo 4 del *Manual del participante* hay una lista completa de los servicios de LTSS que cubrimos.

[The plan should include information regarding accessing LTSS and talking with a Care Manager and IDT.]

## B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name>

Usted deberá recibir todos sus servicios cubiertos de proveedores dentro de nuestra red [insert if applicable: asociados con el grupo médico de su PCP]. Si visita a proveedores que no estén en la red de <plan name> [insert if applicable: y no están asociados con el grupo médico de su PCP] (sin autorización previa o aprobación de su IDT), usted tendrá que pagar la factura.

|  |
| --- |
| Una **autorización previa** es una aprobación de <plan name> que tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios, medicamentos o ver un proveedor fuera de la red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio o medicamento si no recibe aprobación. |

Las excepciones a esta regla son cuando usted necesite cuidado urgente o de emergencia o diálisis y no puede ir a un proveedor del plan, como cuando usted está lejos de casa. [The plan may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede ir fuera del plan [insert if applicable: o del grupo médico de su PCP]para otros servicios fuera de una emergencia, si <plan name> le da permiso antes.

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento. Si ha estado consultando un proveedor de la red, usted no tiene que seguir viendo a ese proveedor. [The plan should modify or add language with plan specific rules about PCP changes.]
* [Insert if applicable: Recuerde, los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Si usted cambia su PCP, posiblemente también cambie de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de avisar a Servicios al participante si está viendo un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación. Servicios al participante se asegurará de que usted siga recibiendo los cuidados del especialista y otros servicios cuando cambie su PCP.]
* <Plan name> trabaja con todos los proveedores de nuestra red, para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo. Como sea aplicable, la lista de proveedores de la red en este Directorio incluye información sobre las adaptaciones que proporcionan los proveedores.
* Si tiene que consultar a un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con suIDT y su Administrador de cuidados para que le ayuden.

## B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área

[The plan should describe how a Participant can find a network provider nearest his or her home relative to the organizational format used in the Directory.]

## B6. Lista de proveedores de la red

Este directorio de proveedores de la red de <plan name> tiene:

* **Profesionales de cuidado de salud y proveedores de respaldo,** incluyendo PCP, especialistas, proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo, proveedores de salud del comportamiento, servicios de un día para adultos, clínicas para pacientes ambulatorios certificadas por OPWDD, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS), agencias de salud en el hogar, transporte cuando no es una emergencia, servicios de cuidado personal, servicios de respuesta a emergencias personales (PERS), enfermería privada y [insert any other types of health care professionals the plan is required to include], **y**
* **Instituciones,** incluyendohospitales, centros de enfermería especializada (SNF), ICF, instituciones de salud mental, y [insert any other types of facilities the plan is required to include]; **y**
* **Programa de excepción HCBS**, que incluye tecnología de adaptación, habilitación comunitaria, habilitación de un día, servicios intensivos de salud del comportamiento, pathways to employment (vías hacia el empleo), servicios pre-vocacionales, habilitación residencial, respiro, intermediación fiscal, agentes de respaldo, empleo con respaldo; servicios de transición a la comunidad, servicios de cuidador que vive en la casa, bienes y servicios individuales y servicios de modificación medioambiental. [The plan must insert any other types of waiver service the plan is required to include].

Los proveedores están nombrados en orden alfabético por apellido. [*Insert if applicable:* Usted también puede encontrar el nombre del proveedor y la página en donde se encuentra información adicional del proveedor en el Índice al final del Directorio. Los proveedores también se nombran en orden alfabético por apellido en el Índice.] Además de la información de contacto, las listas de proveedores también incluyen las especialidades y habilidades, por ejemplo, lenguajes hablados o entrenamiento en competencia cultural.

|  |
| --- |
| **Entrenamiento en competencia cultural** es instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores, y creencias para adaptar sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y de idioma. |

[**Note:** The plan that provides additional or supplemental benefits beyond those captured in this model document must create provider type(s) offering these additional or supplemental benefits and list the providers.]

[**Note:** The plan must show the total number of each type of provider (e.g., PCP, specialist, hospital, etc.).]

[*The plan has the option to move general pharmacy information from pages 21-22 to appear here before provider listings begin.*]

# C. Proveedores de la red de <plan name>

**Organizaciones recomendadas:** [The plan is required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used. However, a plan that assigns Participants to medical groups must organize the provider listing by medical group.]

1. **Tipo de Proveedor** [The plan is required to include all of the specific provider types included in the categories for health care professionals and support providers, facilities, and HCBS waiver providers above. The plan is permitted to list Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities together under the same provider type category.]
2. **Condado** [List alphabetically.]
3. **Ciudad** [List alphabetically.]
4. **Barrio/Código** **postal** [Optional: For larger cities, the plan may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
5. **Proveedor** [List alphabetically.]

[Insert if applicable: Los proveedores de este Directorio están organizados alfabéticamente por grupo médico]. Usted puede recibir servicios de cualquiera de los proveedores de esta lista [insert if applicable: asociados con el grupo médico de su PCP].

[**Note:** The following pages contain Directory requirements and sample formatting for provider types. Some provider types may include **both** health care professionals and support providers **and** facilities (e.g., Mental Health). Some provider types may include **either** health care professionals and support providers (e.g., consumer-directed personal assistance services, home health agencies) **or** facilities (e.g., adult day services). In consultation with the State, the plan should use reasonable judgment to determine each network provider’s type and include its applicable requirements according to the examples on the following pages. The plan should include **location-specific requirements** (e.g., public transportation, languages, and accommodations for those with physical disabilities) for each provider with more than one address in the Directory. *The plan is encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. The plan should* *consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.*]

## C1. El símbolo “ADA+”

Si un proveedor tiene este símbolo, **ADA+**, junto a su nombre, eso significa que el proveedor cumple con las normas de accesibilidad de ADA. Esto significa que el proveedor cumple con **todos** los 25 requisitos siguientes, excepto algunos que posiblemente no sean aplicables a ese tipo de proveedor.

Estos son los requisitos que tienen que cumplir los proveedores si tienen “ADA+” junto a sus nombres:

1. El consultorio tiene por lo menos un sendero de acceso para sillas de ruedas, desde una entrada hasta una sala de examen.
2. Las mesas de examen y todo el equipo es accesible para las personas con discapacidades.
3. Cuando se proporciona espacio de estacionamiento, hay espacios reservados para personas con discapacidades. También hay rampas peatonales en las aceras y en las zonas de acceso para los pacientes.
4. Cuando se proporciona espacio de estacionamiento, hay un número suficiente de espacios de estacionamiento accesibles (de 8 pies de ancho para el automóvil y un pasillo de acceso de 5 pies).
5. Los proveedores que tienen estacionamiento accesible para personas con discapacidades, tienen un sendero estable, firme y no resbaladizo, desde los espacios de estacionamiento para discapacitados a la entrada de la institución. El sendero no requiere el uso de escaleras. A excepción de los cortes en las aceras, el sendero es de 36 pulgadas de ancho.
6. Hay una forma para que las personas que usen sillas de ruedas o que necesiten otras ayudas para su movilidad, puedan entrar tan libremente como los demás. Esa ruta de desplazamiento es segura y accesible para todos, incluyendo para las personas con discapacidades.
7. La puerta de entrada principal exterior, usada por las personas con discapacidades de movimiento para acceder a los espacios públicos, cumplen con las normas de accesibilidad. Esto incluye una abertura despejada, escalones bajos y perillas de puerta a una altura accesible.
8. Hay rampa de acceso para sillas de ruedas. Las pendientes de la rampa son accesibles para sillas de ruedas, los pasamanos son sólidos y a una altura suficiente para el acceso de sillas de ruedas; el espacio entre pasamanos es suficientemente amplio para que pase una silla de ruedas y las rampas no son resbaladizas y libres de toda obstrucción (grietas).
9. Donde haya escaleras en la entrada principal, también hay una rampa o plataforma elevadora o una entrada accesible alterna.
10. Todas las entradas que no son accesibles tienen letreros que indiquen la ubicación de la entrada accesible más cercana.
11. La entrada accesible puede usarse de manera independiente y sin ayuda.
12. Las esterillas de las puertas tienen una altura de media pulgada o menos y bordes redondeados y sujetos al suelo.
13. Las salas de espera y de examen son accesibles para las personas con discapacidades.
14. La disposición interior del edificio permite que las personas con discapacidades puedan obtener materiales y servicios sin ayuda.
15. Las puertas interiores cumplen con los criterios anotados arriba para la puerta exterior.
16. Las rutas de acceso a todos los espacios públicos de la institución tienen 31 pulgadas de ancho.
17. En las áreas públicas donde se prestan servicios, hay un área circular de 5 pies de diámetro o un espacio en forma de “T”, para que una persona en silla de ruedas pueda virar y volver en dirección opuesta.
18. Todos los botones y otros controles del pasillo no están a más de 42 pulgadas de altura.
19. Todos los ascensores de la institución tienen letreros con letras en relieve y en braille junto a la puerta y en los controles dentro de la cabina. Los ascensores también tienen botones de llamada en el pasillo a no más de 42 pulgadas de altura.
20. Se proporcionan intérpretes de idioma de señas y otras ayudas auxiliares, cuando sea necesario.
21. El baño público es accesible para silla de ruedas.
22. La puerta exterior del baño y las de los privados interiores cumplen con los criterios anotados arriba para las puertas exteriores.
23. Hay por lo menos un privado accesible para sillas de ruedas en el baño público, con un área de por lo menos 5 pies por 5 pies, además del espacio para abrir la puerta. O, por lo menos hay un privado que tenga un acceso más amplio que un privado típico (36 por 69 pulgadas) ó (48 por 69 pulgadas).
24. En el privado accesible del baño público, hay barras de soporte atrás y en la pared lateral más cercana al retrete.
25. Hay un privado en el baño público con instalaciones que cumplen con las normas de accesibilidad, como retrete, lavabo, grifos y jaboneras accesibles.

**[Sample formatting for health care professionals and non-facility based support providers:]**

C2. [Include Provider Type (e.g., Médicos de cuidado primario, especialistas: cardiólogos; Proveedores de respaldo: Agencias de salud en el hogar)]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Provider Name>** [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Physician Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[**Note:** Where all providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., their locations are on a public transportation route, they have satisfied the ADA+ criteria), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual provider level throughout. When providers in a group practice are co-located and listed together in the Directory, the plan may list requirements, when appropriate, at an aggregate group practice level rather than at an individual provider level (e.g., days and hours of operation, public transportation route and types, non-English languages (including ASL)).]

[**Note:** The plan may satisfy “as applicable” requirements either at the individual provider level throughout or by inserting a prominent statement indicating that Participants may call Participant Services to get the information. For example, “Comuníquese con Servicios al participante al <número de llamada gratuita y números de TTY>, <días y horario de operación>, si necesita información sobre otras credenciales o certificaciones de un proveedor, la finalización del entrenamiento en competencia cultural o áreas de capacitación y experiencia.”]

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[As applicable, include other credentials and/or certifications.]

[Indicate if the provider is accepting new patients as of the Directory’s date of publication.]

[Indicate if the provider’s location is on a public transportation route. Optional: Include public transportation types (e.g., bus, rail, boat). The plan may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[List any non-English languages (including ASL) spoken by the provider or offered onsite by skilled medical interpreters. As applicable, indicate if the provider has access to language line interpreters. The plan may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[As applicable, indicate if the provider has completed cultural competence training. Optional: List any specific cultural competencies the provider has.]

[Include specific accommodations at the provider’s location for individuals with physical disabilities (e.g., wide entry, wheelchair access, accessible exam rooms and tables, lifts, scales, bathrooms and stalls, grab bars, other accessible equipment). The plan may use abbreviations or symbols for each type of accommodation if a key is included in the Directory.]

[As applicable, list areas the provider has training in and experience treating, including intellectual and developmental disabilities, physical disabilities, chronic illness, HIV/AIDS, serious mental illness, deafness or hard-of-hearing, blindness or visual impairment, co-occurring disorders, ESRD, or other areas of specialty. For behavioral health providers, this includes training in and experience treating trauma, and substance abuse.]

[Optional: Indicate whether the provider supports electronic prescribing.]

**[Sample formatting for facilities and facility-based support providers:]**

C3. [Include Facility Type (e.g., Hospitales, Centros de enfermería, Proveedores de respaldo – Comidas entregadas a domicilio)]

[**Note:** The plan that includes all nursing facilities in one type may indicate what kind of nursing facility it is (e.g., skilled, long-term care, or rehabilitation) and may do so either after the type or after the facility name (e.g., Nursing Facilities – Skilled or <Facility Name> - Rehabilitation). The plan may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Facility Name>** [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[***Note:*** *Where* ***all*** *facilities and facility-based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., their locations are on a public transportation route, they have satisfied the ADA+ criteria), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the facilities and facility-based support provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual facility and facility-based support provider level throughout.*]

[***Note:*** *The* *plan may satisfy “as applicable” requirements either at the individual facility level throughout or by inserting a prominent statement indicating that Participants may call Participant Services to get the information. For example, the plan may enter a statement such as:* Llame a Servicios al participante al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre el acceso a intérpretes de la línea de idiomas.]

[Optional for hospitals: Indicate if the facility has an emergency department.]

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[As applicable, include other credentials and/or certifications.]

[Indicate if the facility is on a public transportation route. Optional: Include public transportation types (e.g., bus, rail, boat). The plan may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[List any non-English languages (including ASL) spoken at the facility or offered onsite by skilled medical interpreters. As applicable, indicate if the facility has access to language line interpreters. The plan may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

[Include specific accommodations at the facility for individuals with physical disabilities (e.g., wide entry, wheelchair access, accessible exam rooms and tables, lifts, scales, bathrooms and stalls, grab bars, other accessible equipment). The plan may use abbreviations or symbols for each type of accommodation if a key is included in the Directory.]

[Optional: Indicate if the facility supports electronic prescribing.]

[*The plan has the option to move the following general pharmacy information from pages 19-20 to start on page 12 before provider listing requirements begin.*]

# D. Lista de farmacias de la red

Esta parte del Directorio ofrece una lista de farmacias de la red de <plan name>. Estas farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionarle a usted medicamentos de receta como participante del plan.

[If a plan lists pharmacies in its network but outside the service area, it must use this disclaimer:] También anotamos farmacias que son parte de nuestra red, pero están fuera del área de <geographic area> donde usted vive. Usted también puede surtir sus recetas en estas farmacias. Por favor comuníquese con <plan name> al <toll-free number>, <days and hours of operation>, para pedir información adicional.

* Los participantes de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta.
  + Usted deberá usar farmacias de la red, excepto en situaciones de emergencia o de urgencia.
  + Si visita una farmacia fuera de la red para buscar medicamentos de receta cuando no es una emergencia, usted tendrá que pagar de su bolsillo por el servicio. Lea el *Manual del participante* de <plan name> para obtener más información.
* Algunas farmacias de la red podrían no estar anotadas en este Directorio.
  + Podríamos haber agregado o borrado algunas farmacias de la red después de la publicación de este Directorio.

Para encontrar información actual sobre las farmacias de la red de <plan name> en su área, por favor vaya a nuestro sitio web <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <toll-free number>.]

Para obtener una descripción completa de su cobertura de medicamentos de receta, incluyendo cómo surtir sus recetas, por favor lea el *Manual del participante* y la *Lista de medicamentos cubiertos* de <plan name>. [Insert information about where Participants can find the List of Covered Drugs.]

## D1. Cómo identificar a las farmacias de red la de <plan name>

Junto con farmacias minoristas, la red de farmacias de su plan incluye:

* [The plan should insert only if it includes mail-order pharmacies in its network.] Farmacias de pedidos por correo envían medicamentos de receta cubiertos a participantes a través del correo o compañías de envíos.
* Farmacias de infusiones en el hogar preparan medicamentos de receta que se administran en su casa a través de una vena, dentro de un músculo, o en otra manera no oral por un proveedor entrenado.
* Farmacias de cuidados a largo plazo (LTC) atienden a residentes de instituciones de cuidados a largo plazo, como un ICF o SNF.
* [The plan should insert only if it includes I/T/U pharmacies in its network.] Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U)
* [The plan should insert any additional pharmacy types in its network*. The plan is encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in its network.*]

No se requiere que usted siga visitando las mismas farmacias para surtir sus recetas.

## D2. Suministro de recetas a largo plazo

[The plan should include only if it offers extended-day supplies at any pharmacy location. The plan should modify the language below as needed, consistent with its approved extended-day supply benefits.]

* **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos de receta de hasta <number> días, enviados directamente a su hogar. Así como no hay un copago para un mes, no hay un copago para un suministro de <number> días.
* **Programas de farmacias minoristas de <number> días.** Algunas farmacias minoristas también puede ofrecer un suministro de hasta <number> días de medicamentos de receta cubiertos. Así como no hay un copago para un mes, no hay un copago para un suministro de <number> días.

# E. Farmacias de la red de <plan name>

**Organizaciones recomendadas:** [The plan is required to include all of the following fields but has discretion regarding the organizational layout used.]

1. **Tipo de Farmacia** [Plan, Mail Order, Home Infusion, LTC, I/T/U.]
2. **Estado** [Include only if Directory includes multiple states.]
3. **Condado** [List alphabetically.]
4. **Ciudad** [List alphabetically.]
5. **Barrio/Código postal** [Optional: For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood.]
6. **Farmacia** [List alphabetically.]

[**Note:** The plan must indicate how types of pharmacies can be identified and located relative to organizational format.]

[**Note:** A plan that makes **all** network pharmacies available to **all Participants** must insert: Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. A plan that does **not** make all network pharmacies available to all Participants must indicate for each pharmacy type or individual pharmacy that the pharmacy type or pharmacy is **not** available to all Participants. If symbols are used, a legend must be provided. *The plan is encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. The plan should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.*]

## E1. El símbolo “ADA+”

Si una farmacia tiene este símbolo, **ADA+**, junto a su nombre, eso significa que la farmacia cumple con las normas de accesibilidad de ADA. Esto significa que la farmacia cumple con **todos** los 25 requisitos de la página <page number>, excepto algunos que posiblemente no serían aplicables a una farmacia. Por ejemplo, una farmacia no tendría una sala de examen, así que el requisito sobre salas de examen no sería aplicable a una farmacia.

## E2. Farmacias minoristas y de cadena

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>** [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses.]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[**Optional:** Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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”. See exceptions in second Note below.]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

[**Note**: The plan is expected to create one alphabetical list integrating both retail and chain pharmacies, but the information supplied may vary for retail versus chain pharmacies. The plan is required to provide the address and phone number for independent (non-chain) pharmacies. For chain pharmacies only, in lieu of providing addresses and days and hours of operation for all locations, chains may provide a toll-free customer service number and a TTY number that a Participant can call to get the locations, phone numbers, and days and hours of operation of the chain pharmacies nearest their home. If the chain pharmacy does not have a toll-free number, the plan should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for Participants to call, then the plan must list each chain pharmacy and phone number in the Directory. If the chain pharmacy does not have a TTY number, the plan is instructed to list the TRS Relay number 711. The plan should not list its own Participant Services number as a pharmacy phone number or TTY number.]

## E3. [Include if applicable: Farmacia(s) de pedidos por correo]

[*Include if applicable:* Usted puede recibir medicamentos de receta enviados a su hogar a través de nuestro programa de pedidos por correo de nuestra red, [the plan may insert: llamado <name of program>]. [If applicable, the plan is expected to advise Participants that pharmacies are to obtain consent before shipping or delivering any prescriptions the Participant does not personally initiate.]

The plan whose network mail order services provide automated delivery, inserts the following sentence: También tiene la opción de inscribirse para entregas automáticas de pedidos por correo [the plan may insert: a través de nuestro <name of program>.] [The plan has the option to insert either laborables or calendario or neither in front of días in the following sentence:] Generalmente, usted debe esperar recibir sus medicamentos de receta[insert as applicable: dentro de <number> días **or** de <number> a <number> días] después que la farmacia de pedidos por correo recibe su pedido. Si no recibe sus medicamentos de receta dentro de este plazo [*insert as applicable*: si desea cancelar un pedido automático,] contáctenos al <toll-free phone and [TTY] numbers>. Para obtener más información sobre las farmacias con pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del participante*, [*plan may insert reference, as applicable*].]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Toll-free number>  
<TTY number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[*Optional: Include* *days and hours of operation.*]

[*Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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.”]

[Optional: <Special Services>:] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

## E4. Farmacias de medicamentos de infusión en el hogar

[**Note:** The plan should provide any additional information on home infusion pharmacy services in its plan and how Participants can get more information. If applicable, the plan should include a statement noting its home infusion pharmacies service all counties in the plan service area rather than denoting specific county information below. A plan with a home infusion pharmacy servicing multiple counties should list the counties alphabetically.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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.”]

[Optional: <Special Services>:] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

## E5. Farmacias de cuidados a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como un ICF o SNF, pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos por <plan name> a través de la farmacia de la institución o de otra farmacia de la red. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos en casos especiales, vea el Capítulo 5 del *Manual del participante*, [*plan may insert reference, as applicable*].

[**Note:** The plan should provide any additional information on long-term care pharmacy services in its network and how Participants can get more information. If applicable, the plan should include a statement noting its long-term care pharmacies service all counties in the plan service area rather than denoting specific county information below. A plan with a long-term care pharmacy servicing multiple counties should list the counties alphabetically.]

**<State> | <County or Counties>**

**<City/Town>**<Zip Code>

<Pharmacy/Long-Term Facility Name> [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Pharmacy/Long-Term Facility Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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.”]

[Optional: <Special Services>:] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

E6. Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U) [Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.]

Sólo los indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de Indian Health Service / Tribu / Programa urbano de salud india (I/T/U) a través de la red de farmacias de <plan name>. Aquellos que no sean indígenas americanos y nativos de Alaska, es posible que puedan ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (p.ej.: emergencia).

[**Note:** The plan should provide any additional information on I/T/U pharmacy services in its network and how Participants can get more information.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>**[Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Open 24 hours.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

E7. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [Note: This category is optional for the plan to include.]

Usted puede obtener sus medicamentos cubiertos en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Esto incluye las farmacias de nuestra red fuera de su área de servicio.

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>** [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

[Note: It is optional for plans to create categories for additional types of network pharmacies not encompassed in the previous categories. *If the plan creates additional categories, plan should add these additional categories as sequentially numbered subsections and include them in the Table of Contents*.]

**<State> | <County>**

**<City/Town>**<Zip Code>

**<Pharmacy Name>** [Include “ADA+” symbol if appropriate]

<Pharmacy Street Address>  
<City, State>  
<Zip Code>

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan 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, “Abierta las 24 horas.”]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery, Drive Thru, and Compounds Prepared.]

[Optional: Indicate if the pharmacy provides an extended day supply of medications.]

[Optional: Indicate if the pharmacy supports electronic prescribing.]

# F. [Optional: Índice de proveedores y farmacias]

[*The* *plan that adds an Index must update the Table of Contents to include it as a section with two subsections as illustrated below. Providers and pharmacies must be grouped separately in the Index.*]

## F1. Proveedores

[The plan must present entries in alphabetical order by provider’s last name.]

## F2. Farmacias

[The plan must present entries in alphabetical order.]