Instructions to Health Plans

* [*Distribution Note: Enrollment – Plans must provide a Provider and Pharmacy Directory or a separate notice on how to access the information online in a machine readable file and format and how to request a hard copy. 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.*]
* [*Plans must ensure that an online Directory contains all the information required in a print Directory. Refer to the State’s specific Marketing Guidance for detailed instructions.*]
* [*Plans may provide subdirectories (e.g., by specialty, by county) to enrollees if the subdirectory clearly states that the complete Directory of all of its providers and pharmacies is available and will be provided to enrollees upon request. 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 in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance. Plans may publish separate primary care and specialty directories if both directories are made available to enrollees at the time of enrollment.*]
* [*Plans may add a cover page to the Directory. Plans may include the Material ID only on the cover page.*]
* [*Plans should replace references to “Medicaid” with “MassHealth.”*]
* [*If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term the plan uses. If plans do not use the term “Care Coordinator,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.*]
* [*Plans should note that the EOC is referred to as the “Member Handbook.” If plans do not use the term “Member Handbook,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Plans that assign members to medical groups must include language as indicated in plan instructions throughout the Directory. If plans use a different term, they should replace “medical group” with the term they use.*]
* [*Plans should indicate that the Directory includes providers of both Medicare and MassHealth services.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [*The footer should appear on every other page in the introduction. Plans have the option of deleting the footer following the introduction (e.g., the footer is not necessary in the list of providers).*]
* [*Plans are encouraged to include an Index for Providers and for Pharmacies*.]
* [*In accordance with additional plan instructions in the model, plans have the option of moving general pharmacy information to appear after general provider information ends and before provider listing requirements begin.*]
* [*Wherever possible, plans are 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 Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección se 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 enumera 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 miembro*.

[*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 6](#_Toc50464598)

[B. Proveedores 7](#_Toc50464599)

[B1. Términos clave 7](#_Toc50464600)

[B2. [*Insert term the plan uses (e.g.,* Proveedor *or* Médico)] de cuidado primario (PCP) [*if appropriate, include:* o Equipo integral de cuidado primario] 9](#_Toc50464601)

[B3. Obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 10](#_Toc50464602)

[B4. Cómo identificar proveedores en la red de <plan name> 11](#_Toc50464603)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 12](#_Toc50464604)

[B6. Lista de proveedores de la red 12](#_Toc50464605)

[C. Proveedores de la red de <plan name> 13](#_Toc50464606)

[C1. [*Include Provider Type (e.g.,* Proveedores de cuidado primario, especialistas, proveedores de respaldo: agencias de salud en el hogar*)*] 15](#_Toc50464607)

[C2. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Centros de enfermería, Centros de la salud del comportamiento*)*] 17](#_Toc50464608)

[D. Lista de farmacias de la red 19](#_Toc50464609)

[D1. Cómo identificar las farmacias de nuestra red 20](#_Toc50464610)

[D2. Suministro de recetas a largo plazo 20](#_Toc50464611)

[E. Farmacias de la red de <plan name> 21](#_Toc50464612)

[E1. Farmacias de cadena y minoristas 22](#_Toc50464613)

[E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedido por correo] 23](#_Toc50464614)

[E3. Farmacias de infusiones en el hogar 24](#_Toc50464615)

[E4. Farmacias de atención a largo plazo 25](#_Toc50464616)

[E5. Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.*] 26](#_Toc50464617)

[E6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include.*] 27](#_Toc50464618)

[F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 29](#_Toc50464619)

[F1. Proveedores 29](#_Toc50464620)

[F2. Farmacias 29](#_Toc50464621)

# Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* Este Directorio contiene profesionales de cuidado de salud (médicos, enfermeras de práctica avanzada, y sicólogos), instituciones (hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (proveedores de atención de salud de un día para adultos y de salud en el hogar) a los que puede ver como miembro de <plan name>. También contiene las farmacias que usted puede usar para 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. 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], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other* non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation].
* Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letras grandes, formatos que funcionen con la tecnología de los lectores de pantalla, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [Plans also must simply describe:
* how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,
* how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, **and**
* how a member can change a standing request for preferred language and/or format.]
* La lista está al corriente hasta el <**date of publication**>, pero usted debe saber que:
  + Podríamos haber agregado o retirado algunos proveedores de la red de <plan name> después de la publicación de este Directorio.
  + Es posible que algunos proveedores de <plan name> de nuestra red ya no acepten miembros nuevos. Si usted tiene algún problema para encontrar un proveedor que acepte miembros nuevos, llame a Servicios al miembro al <toll-free number> y le ayudaremos.
  + Para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de la red de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [Plans may add contact information for Video Relay or other accessible technology.]

Los médicos y otros profesionales de cuidado de salud de la red de <plan name> se encuentran en las páginas <page numbers>. Las farmacias de nuestra red están 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*.*]

# Proveedores

## B1. Términos clave

[Plans should include information about the Care Teams and Individualized Care Plans (ICPs) developed for each member as applicable.]

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

* **Los** **proveedores** son profesionales, como médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que proporcionan cuidado y servicios. **Los** **servicios**, incluyen cuidado de salud, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), suministros, medicamentos de receta, equipos y otros servicios.
  + El término proveedores, también incluye instituciones, como hospitales, clínicas y otros sitios que proporcionan servicios médicos y de salud del comportamiento, equipo médico y LTSS.
  + Los proveedores que son parte de la red de nuestro plan se llaman proveedores de la red.
* **Los** **proveedores de la red** son los proveedores que tienen contratos con nosotros para proporcionar servicios a los miembros. Cuando usted visite un proveedor de la red, generalmente [insert as applicable: no paga nada por **or** solamente paga su parte del costo de] los servicios cubiertos.
* **Un** [insert the term the plan uses (e.g., **Proveedor** or **Médico**)] **de cuidado** **primario** (PCP) es un [plans should include examples as they see fit] que le da a usted cuidado de salud de rutina. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo le conocerá a usted y sus necesidades de salud. [Plans should include this sentence if applicable: Su PCP también le dará una preautorización si tiene que ver a un especialista u otro proveedor.]
* **Los especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos cuantos ejemplos:
  + Los oncólogos cuidan a pacientes con cáncer.
  + Los cardiólogos cuidan a pacientes con enfermedad del corazón.
  + Los ortopedistas cuidan a pacientes con ciertas enfermedades óseas (de los huesos), articulaciones o musculares.
* [Plans that assign members to medical groups *clearly and briefly define the term “medical group*.*” Plans must also include a reference to additional information in Section B2 that explains a medical group’s potential impact on enrollees.*]
* [Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals or prior authorization for any services.] Posiblemente necesite un **referido o una autorización previa** para ver un especialista o a alguien que no sea su PCP. Un **referido** significa que [insert as applicable: su PCP de la red **or** su Equipo para el cuidado de salud] debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no es su PCP. **Autorización previa** significa que <plan name> debe darle su aprobación antes de que cubramos un servicio específico, artículo o medicamento o proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene un referido o una autorización previa, <plan name> podría no cubrir el servicio, artículo o medicamento.
* **No** se necesitan referidos ni autorización previa para:
  + - Cuidado de emergencia;
    - Cuidado necesario de urgencia;
    - Servicios de diálisis renal que usted recibe en una institución de diálisis certificada por Medicare, cuando usted está fuera del área de servicio del plan; **o**
    - Servicios de un especialista en salud de la mujer.
    - [Plans may insert additional exceptions as appropriate.]
  + Además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, usted puede ver estos proveedores sin referido. Debemos pagar al proveedor de salud indio por esos servicios, aunque esté fuera de la red de nuestro plan.
  + Encontrará más información sobre referidos y autorización previa en el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.
* Usted tendrá un **Equipo para el cuidado de salud** que usted elegirá. Su **Equipo para el cuidado de salud** incluye [insert description of the Care Team as appropriate to the plan, including how the member can choose who is on their Care Team]. Todos los integrantes del Equipo para el cuidado de salud trabajan juntos para asegurarse que su atención sea coordinada. Esto significa que se aseguran que reciba todas las pruebas, exámenes de laboratorio y otros cuidados que necesite y que los resultados se compartan con los proveedores adecuados. También significa que su PCP debe conocer todos los medicamentos que usted toma, para que pueda reducir cualquier efecto secundario. Su PCP siempre obtendrá su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

Entre los miembros de su Equipo para el cuidado de salud puede haber:

* + Un **Coordinador de cuidado de salud**, que le ayuda a administrar sus proveedores y servicios médicos. [Insert description of the Care Coordinator as appropriate to the plan.]
  + Su [**Proveedor or** **Médico**] **de** **cuidado primario**
  + Un **Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS)**, para ayudarle a encontrar y acceder a los servicios de respaldo disponibles para usted en la comunidad. Tanto el Coordinador de cuidado de salud y el Coordinador de LTS pueden trabajar como parte de su Equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.
  + [Plans may insert additional examples here as appropriate.]

[Plans should include this sentence if applicable to plan arrangement, modifying if needed: Su Equipo para el cuidado de salud también le ayudará a encontrar otros proveedores de servicios médicos, de salud del comportamiento o de servicios y respaldos a largo plazo, si usted tiene que ver a algún especialista u otro proveedor de cuidado de salud. De esta manera, usted verá al proveedor adecuado para ayudarle con sus necesidades.]

## B2. [*Insert term the plan uses (e.g.,* Proveedor *or* Médico)] de cuidado primario (PCP) [*if appropriate, include:* o Equipo integral de cuidado primario]

Usted puede elegir cualquier PCP de nuestra red que esta aceptando miembros nuevos. Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un [insert the term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)] de cuidado primario. [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 miembro).]

[Insert if applicable and modify if needed: 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 que también estén 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 miembro 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 [insert term the plan uses (e.g., proveedores **or** médicos)] de la página <page number> y elija un [insert term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)]:

* + que usted vea ahora, **o**
  + recomendado por alguna persona de confianza, **o**
  + a cuyo consultorio pueda llegar fácilmente.

[Plans may modify the bullet text listed above or add additional language as appropriate. Plans should further explain directions for choosing a PCP in the context of their plan type.]

* + Al principio, cuando se inscriba en <plan name>, usted podrá seguir viendo a su PCP actual y sus otros hospitales y médicos durante 90 días o hasta que usted y su equipo de cuidados terminen una evaluación completa de sus necesidades y metas y preparen su Plan de cuidados individualizado (ICP). Esto se llama el período de Continuación de cuidados (COC, por sus siglas en inglés). Después de eso, si no elige un PCP de nuestra red, <plan name> elegirá uno por usted.
  + Si usted quiere ayuda para seleccionar un PCP, por favor llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. O, visite <web address>. [Plans may add contact information for Video Relay or other accessible technology.]
  + Si tiene alguna pregunta sobre si algún servicio o cuidado que usted quiera o necesite está cubierto, hable con su Equipo para el cuidado de salud o llame a Servicios al miembro y pregunte **antes** de obtener los servicios o la atención.

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

Como miembro de <plan name> usted podrá obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) si los necesita, como [insert examples with explanations of services available to members]. LTSS ayuda las personas que necesitan asistencia para las actividades diarias, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicinas. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un hogar de cuidados para las personas de la tercera edad u hospital.

Si necesita LTSS, un Coordinador de LTS puede ayudarle a usted y a su Equipo para el cuidado de salud a determinar cuáles opciones tiene a su disposición, para ayudarle de la manera que quiere. Siempre tiene el derecho a tener un Coordinador de LTS en su Equipo para el cuidado de salud.

[Plans should include information regarding accessing LTSS and talking with an LTS Coordinator.]

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

[Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.] Posiblemente usted necesite una referido para consultar a una persona que no sea un [insert term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)] de cuidado primario. Hay más información sobre referidos en la Sección B1 de este Directorio en la página <page number>.

[HMO plan types must include the following language through the end of the section.] Usted deberá obtener todos sus servicios cubiertos de proveedores de nuestra red [insert if applicable: asociados con el grupo médico de su PCP]. Si usa proveedores que no están en la red de <plan name> [insert if applicable: y no están asociados con el grupo médico de su PCP] (sin autorización previa o autorización de nosotros), 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 únicas excepciones a esta regla son cuando necesite cuidado de urgencia o de emergencia o diálisis y no pueda ir con un proveedor del plan, como cuando está lejos de casa. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede salir del plan [insert if applicable: o del grupo médico de su PCP] para otros servicios que no sean de emergencia si <plan name> le da permiso primero. También, cuando recién se inscribe en <plan name>, usted podrá seguir viendo a sus proveedores actuales por 90 días o hasta que usted y su Equipo para el cuidado de salud completen una evaluación completa de sus necesidades y metas y desarrollen su Plan de cuidados individualizado (ICP). Esto se llama el período de Continuación de cuidados (COC, por sus siglas en inglés).

* + Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento durante el año. Si ha estado consultando un proveedor de la red, usted no tiene que seguir viendo a ese proveedor. [Plans should modify or add language with plan specific rules about PCP changes. Plans should include the following language if appropriate: Posiblemente necesite un referido de su PCP para ver a algunos proveedores.]
  + [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 miembro si está viendo un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP. Servicios al miembro le ayudará a garantizar que usted pueda continuar sus cuidados especializados y otros servicios cuando cambie de PCP.]
  + <Plan name> trabaja con todos los hospitales y médicos de nuestra red para cumplir con las necesidades de las personas con discapacidades. Como sea aplicable, la lista de proveedores de la red de este Directorio incluirá información sobre las adaptaciones que proporcionan. Si tiene que ver a un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con su [insert: Equipo para el cuidado de salud, Coordinador de cuidado de salud **or** asistente del paciente **or** other appropriate reference] para pedir ayuda.

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

[Plans should describe how an enrollee can find a network provider nearest their 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> contiene:

* + **Profesionales del cuidado de salud** incluyendo proveedores de cuidado primario, especialistas, proveedores de salud del comportamiento, proveedores de servicios dentales y proveedores de servicios para la vista,
  + **Instituciones** incluyendo hospitales, centros de enfermería e instituciones de salud del comportamiento, **y**
  + **Proveedores de respaldo** incluyendo servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) (p.ej.: salud de un día para adultos) y servicios de respaldo en la comunidad (p.ej.: grupos de respaldo). [Plans may modify this bullet to list additional examples of LTSS covered by the plan.]

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 habilidades culturales, que pueden incluir el 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:** Plans that provide 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. Plans should add as many categories as necessary to list all providers for each covered service.]

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

[*Plans have the option to move general pharmacy information from pages 19-20 to appear here before provider listings begin.*]

# Proveedores de la red de <plan name>

**Organización recomendada:** [Plans are required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used. However, plans that assign members to medical groups must organize the provider listing by medical group.]

1. **Tipo de Proveedor** [Plans are required to include PCPs, Specialists, Hospitals, Nursing Facilities, Skilled Nursing Facilities, Mental Health Providers, and Long-Term Services and Supports Providers. Plans are 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, plans may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
5. **Proveedor** [List alphabetically by last name.]

[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].

[Plans should include the following language if referrals or prior authorizations are required under the plan: Posiblemente necesite un referido de su PCP o autorización previa de <plan name> para algunos servicios.]

[***Note:*** *The following pages contain Directory requirements and sample formatting for provider types. Some provider types may include* ***both*** *health care professionals* ***and*** *facilities (e.g., Behavioral Health). Some provider types, particularly in the support provider category, may include* ***either*** *health care professionals (e.g., Consumer-Directed Services, Home Health Agencies)* ***or*** *facilities (e.g., Nursing Facility). Plans should list all providers of the same type in the same category, regardless if the providers are facility or non-facility based (e.g., the Behavioral Health Provider section should include both individual providers and facilities). In consultation with the State, plans should use reasonable judgment to determine each network provider’s type and include its applicable requirements according to the examples on the following pages. Plans should include* ***location-specific requirements*** *(e.g., days and hours of operation, public transportation, languages, accommodations for those with physical disabilities) for each provider with more than one address in the Directory.* If the plan opts to use universally accepted symbols to indicate accessibility, special services, or other characteristics, a legend must be provided. Plans are not required to include the legend on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols mean by going to [insert description of where information is available, such as page number.] *Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.*]

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

## C1. [*Include Provider Type (e.g.,* Proveedores de cuidado primario, especialistas, proveedores de respaldo: agencias de salud en el hogar)]

**<State> | <County>**

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

**<Provider Name>**

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

<Phone Number>

[*Insert website URL, as applicable*.]

[*Optional: Include e-mail addresses.*]

[***Note:*** *Where* ***all*** *health care professionals and non-facility based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have access to language line interpreters), 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****:* *Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual provider level throughout or by inserting a prominent statement indicating that enrollees may call Member Services to get the information. For example, plans may enter a statement such as:* Llame a *<Member Services>* al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre los otros credenciales de un proveedor, certificaciones, capacitación, y/o experiencia.]

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

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

[Include days and hours of operation.]

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

[*List cultural capabilities the provider has.* As applicable, include if the provider has completed cultural competence training.]

[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). Plans 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 physical disabilities, chronic illness, HIV/AIDS, serious mental illness, homelessness, deafness or hard-of-hearing, blindness or visual impairment, co-occurring disorders, or other areas of specialty. For behavioral health providers, this includes training in and experience treating trauma, child welfare, and substance abuse.]

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

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

## C2. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Centros de enfermería, Centros de la salud del comportamiento*)*]

[**Note:** Plans that include 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). Plans may use abbreviations or symbols if a key is included in the Directory.]

**<State> | <County>**

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

**<Provider Name>**

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

<Phone Number>

[*Insert website URL, as applicable.*]

[*Optional: Include e-mail addresses.*]

[***Note****: Where all facilities and facility-based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have access to language line interpreters), 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.*]

[***Note****:* *Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual facility level throughout or by inserting a prominent statement indicating that members may call <Member Services> to get the information. For example, plan may enter a statement such as:* Llame a *<Member Services>* al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre la información de una facilidad, sus otros credenciales, certificaciones, y/o días y horas de operación.]

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

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

[As applicable, include days and hours of operation.]

[Indicate if the facility is on a public transportation route. Optional: Include public transportation types (e.g., bus, rail, boat). Plans 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. Plans 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). Plans 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.]

[*Plans have the option to move the following general pharmacy information from pages 19-20 to start on page 13 before provider listing requirements begin.*]

# Lista de farmacias de la red

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

<Plan name> con gusto le ayudará a encontrar una farmacia de la red que cumpla con sus necesidades. Por ejemplo, podemos encontrar farmacias que:

* + Sean accesibles por transporte público
  + Tengan farmacéuticos que hablen su idioma
  + Ofrezcan adaptaciones específicas

[Plans may modify the following: Por favor comuníquese con Servicios al miembro de <plan name> al <toll-free number> o con su Coordinador de cuidado de salud si necesita ayuda.]

[If a plan lists pharmacies in its network but outside the service area, it must use this disclaimer:] También anotamos farmacias de nuestra red, pero que están fuera del área de <geographic area>. 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 miembros 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 cuidado de emergencia o de urgencia.
  + Si va por medicamentos a una farmacia fuera de la red cuando no es una emergencia, usted tendrá que pagar de su bolsillo por el servicio. Lea más información en el *Manual del miembro* de <plan name>.
  + Algunas farmacias de la red podrían no estar anotadas en este Directorio.
  + Podríamos haber agregado o retirado de nuestro plan algunas farmacias de red después de la publicación de este Directorio.

Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red de <plan name> de su área, por favor vaya a nuestro sitio web en <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [Plans may add contact information for Video Relay or other accessible technology.]

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

## D1. Cómo identificar las farmacias de nuestra red

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

* [Plans should insert only if they include mail-order pharmacies in their network.] Farmacias de pedidos por correo envían medicamentos de receta cubiertos a miembros 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 hogares para personas de la tercera edad.
* [Plans should insert only if they include I/T/U pharmacies in their network.] Farmacias de Indian Health Service / Tribal/ Urban Indian Health Program (I/T/U)
* [Plans should insert any additional pharmacy types in their network. *Plans are encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in their network*.]

No se requiere que usted siga yendo a la misma farmacia para surtir sus recetas.

## D2. Suministro de recetas a largo plazo

[Plans should include only if they offer extended-day supplies at any pharmacy location. Plans should modify the language below as needed, consistent with their approved extended-day supply benefits.]

* **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de medicamentos de receta de hasta <number>días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
* **Programas de farmacias minoristas de <number> días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer suministros de hasta <number> días de medicamentos de receta cubiertos. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

# Farmacias de la red de <plan name>

**Organización recomendada:** [Plans are required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used.]

1. **Tipo de Farmacia** [del plan, de pedidos por correo, de infusión en el hogar, 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:** Plans must indicate how types of pharmacies can be identified and located relative to organizational format.]

[***Note:*** *Plans that make* ***all*** *network pharmacies available to* ***all*** *members must insert:* You can go to any of the pharmacies in our network. *Plans that do* ***not*** *make all network pharmacies available to all members must indicate for each pharmacy type or individual pharmacy that the pharmacy type or pharmacy is* ***not*** *available to all members. If symbols are used, a legend must be provided.* If the plan opts to use universally accepted symbols to indicate accessibility, special services, or other characteristics, a legend must be provided. Plans are not required to include the legend on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols mean by going to [insert description of where information is available, such as page number]. *Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space*.]

## E1. Farmacias de cadena y minoristas

**<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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”. See exceptions in Note below.]

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

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

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

[**Note:** Plans are expected to create one alphabetical list integrating both retail and chain pharmacies, but the information supplied may vary for retail versus chain pharmacies. Plans are 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, plans may provide a toll-free customer service number and a TTY number that an enrollee 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, plans should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for enrollees to call, then plans must list each chain pharmacy and phone number in the Directory. If the chain pharmacy does not have a TTY number, plans are instructed to list the TRS Relay number 711. Plans should not list their own Member Services number as a pharmacy phone number or TTY number. Plans may add contact information for Video Relay or other accessible technology. All information required above must be available to the member by calling the pharmacy or the plan’s toll-free Member Services telephone line.]

## E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedido por correo]

[*Include if applicable:* Usted puede recibir medicamentos enviados a su hogar a través de nuestro programa de entregas por correo de nuestra red [plans may insert: llamado <name of program>].] [Plans are expected to advise members that pharmacies are to obtain consent before shipping or delivering any prescriptions the member does not personally initiate.]

[Plans whose network mail order services provide automated delivery, insert the following sentence: También tiene la opción de inscribirse para las entregas automáticas por correo [plans may insert: a través de nuestro <name of program>].] [[Plans have the option to insert either laborables **or** calendario **or** neither in front of días in the following sentence:]Generalmente, usted debe recibir sus medicamentos de receta [insert as applicable: dentro de <number> días **or** de <number> a <number> días] desde el momento en que la farmacia de pedidos por correo reciba su pedido. Si usted no recibe sus medicamentos de receta durante este plazo [*insert as applicable:* si quiere cancelar un pedido automático o si tiene que pedir una devolución por medicamentos que recibió y no quería o no necesitaba], por favor comuníquese con nosotros al <toll-free number>.[Insert: TTY: <phone number>.] Para obtener más información sobre las farmacias de pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro,* [*plans 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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, Compounds Prepared.]

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

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

## E3. Farmacias de infusiones en el hogar

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

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

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

[Optional: Include weband 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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, 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 atención a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, pueden tener acceso a medicamentos de receta cubiertos por <plan name>, a través de la farmacia de la institución u otra farmacia de la red. Para obtener más información sobre farmacias con pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro* [*plans may insert reference, as applicable*].

[**Note:** Plans should provide any additional information on long-term care pharmacy services in their network and how enrollees can get more information. If applicable, plans should include a statement noting their long-term care pharmacies service all counties in the plan service area rather than denoting specific county information below. Plans 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>**

<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, 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 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.*]

Sólo los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de Indian Health Service / Tribal/ Urban Indian Health Program (I/T/U) a través de la red de farmacias de <plan name>. Las personas que no sean Indígenas americanos o nativos de Alaska podrían ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (p. ej., emergencia).

[**Note:** Plans should provide any additional information on I/T/U pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.]

**<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, 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 la red fuera de <geographic area> [Note: This category is optional for plans to include.]

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

**<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, 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>**

<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans 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, Compounds Prepared.]

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

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

# [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias]

[*Plans that add 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

[*Plan must present entries in alphabetical order by provider’s last name.*]

## F2. Farmacias

[*Plan must present entries in alphabetical order.*]