**Instructions to Health Plans**

* [*Distribution Note: Enrollment – Plans must provide a Provider and Pharmacy Directory or information about how to access or receive a Directory to each member upon enrollment. 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 are encouraged to make Directory content on their 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*.]
* [*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 subsection 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.]
* [*If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*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 Healthy Connections Medicaid services.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a TTY number and days and hours of operation*.]
* [*Except in disclaimers, plans should reference Member Services’ contact information at the bottom of the page instead of repeating phone numbers and days and hours of operation throughout materials.*]
* [*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 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 miembro*.

[*Plans 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](#_Toc47095836)

[B. Proveedores 7](#_Toc47095837)

[B1. Términos clave 7](#_Toc47095838)

[B2. Proveedor de cuidado primario (PCP) [*if appropriate, include:* o un Equipo integral de cuidado primario] 10](#_Toc47095839)

[B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 11](#_Toc47095840)

[B4. Cómo identificar proveedores de la red de <plan name> 11](#_Toc47095841)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 13](#_Toc47095842)

[B6. Lista de proveedores de la red 13](#_Toc47095843)

[C. Proveedores de la red de <plan name> 14](#_Toc47095844)

[C1. [*Include* *Provider Type (e.g.,* Proveedores de cuidado primario, Especialistas: Cardiólogos*)*] 15](#_Toc47095845)

[C2. [*Include* *Facility Type (e.g.,* Hospitales, Centros de enfermería*)*] 17](#_Toc47095846)

[D. Proveedores de respaldo: Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 19](#_Toc47095847)

[D1. Cuidados de salud de día para adultos 19](#_Toc47095848)

[D2. Cuidados de un asistente 19](#_Toc47095849)

[D3. Servicios de acompañamiento 19](#_Toc47095850)

[D4. Modificación medioambiental 19](#_Toc47095851)

[D5. Alimentos entregados a domicilio 19](#_Toc47095852)

[D6. Suministros para incontinencia 20](#_Toc47095853)

[D7. Complementos de nutrición 20](#_Toc47095854)

[D8. Auxiliar de cuidado personal 20](#_Toc47095855)

[D9. Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS) 20](#_Toc47095856)

[D10. Servicios privados de enfermería 21](#_Toc47095857)

[D11. Cuidados de respiro 21](#_Toc47095858)

[D12. Equipo médico especializado y suministros 21](#_Toc47095859)

[E. Farmacias 22](#_Toc47095860)

[E1. Cómo identificar a los proveedores de nuestra red 22](#_Toc47095861)

[E2. Suministro de recetas a largo plazo 23](#_Toc47095862)

[F. Farmacias de la red de <plan name> 24](#_Toc47095863)

[F1. Farmacias minoristas y de cadena 25](#_Toc47095864)

[F2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo] 26](#_Toc47095865)

[F3. Farmacias de infusiones en el hogar 27](#_Toc47095866)

[F4. Farmacias de cuidados a largo plazo 28](#_Toc47095867)

[F5. Farmacias del 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.*] 29](#_Toc47095868)

[F6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include.*] 30](#_Toc47095869)

[G. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 32](#_Toc47095870)

[G1. Otros proveedores 32](#_Toc47095871)

[G2. Farmacias 32](#_Toc47095872)

# A. Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* Este Directorio contiene los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y sicólogos) o las instituciones (como hospitales o clínicas) y los proveedores de respaldo que usted puede visitar como miembro de <plan name>. También contiene las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos de receta.
* 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].
* Este directorio contiene proveedores de servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services 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.*]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [insert Member Services 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.
* Posiblemente 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 número anotado al pie de la página y le ayudaremos.
* Para obtener la información más actual sobre la red de proveedores de <plan name> en su área, vaya o llame a Servicios al miembro al sitio web o el número anotado al pie de la página. La llamada es gratuita.

Los médicos y otros profesionales de cuidado de salud 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 del 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 y otros servicios.
  + El término proveedores también incluye instituciones, como hospitales, clínicas y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.
  + 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 para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de nuestra red, de manera general, nos cobran directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visite a un proveedor de la red, generalmente pagará [insert as applicable: nada **or** solamente su parte del costo] por los servicios cubiertos.
* Un **proveedor de cuidado primario** (PCP) es [plans should include examples as they see fit] quien le da el 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 to plan arrangement: Su PCP también le dará un referido si usted tiene que consultar un especialista u otro proveedor.]
* **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 de pacientes con cáncer.
  + Los cardiólogos cuidan de pacientes con enfermedades del corazón.
  + Los ortopedistas cuidan de pacientes con ciertas enfermedades óseas, de articulaciones o musculares.
* [Plans that assign members to medical groups must 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.]
* Posiblemente necesite un **referido** para ver a un especialista o a alguien que no sea su PCP. Un **referido** significa que su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no es su PCP. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir el servicio.
  + No se necesitan pre-autorizaciones de [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] 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 femenina.
    - [*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 estén fuera de la red de nuestro plan.
  + Encontrará más información sobre referidos en el Capítulo 3 del *Manual del miembro* [*plans may insert reference, as applicable*].
* Usted también tiene acceso a un [**coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados** (plan's preference)] y un **equipo para el cuidado de salud** que usted elige.
  + Un [**coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados** (plan's preference)], le ayuda a administrar sus proveedores y servicios médicos.
  + Su **equipo para el cuidado de salud** es un grupo de defensores y proveedores que trabajan juntos para proporcionarle cuidados médicos y de salud del comportamiento; cuidados sicosociales y sociales y servicios y respaldos a largo plazo en la comunidad o una institución. Usted es miembro de su equipo para el cuidado de salud y puede decirnos quién más le gustaría que participe. A menos que usted nos diga otra cosa, su equipo para el cuidado de salud incluirá a:
    - Usted
    - Su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)]
    - Su proveedor de cuidado primario (PCP)
    - Su clínico de salud del comportamiento (si lo tiene)
    - Sus proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) (si los tiene). Estos incluyen:
* Su coordinador de transición de Home Again
* Su proveedor de servicios de excepción
* Su administrador de casos de excepción de cuidado a largo plazo comunitario (CLTC)
  + - Un farmacéutico, **y**
    - Representantes de la institución donde usted recibe cuidados.
  + Su equipo para el cuidado de salud **también puede incluir** a las siguientes personas, si es apropiado y usted está de acuerdo:
    - Enfermeras, especialistas, trabajadores sociales y otras personas que pueden proporcionar consejos expertos
    - Familiares
    - Otras personas que le cuiden de manera informal
    - Defensores
    - Agencias del estado y otros administradores de casos
  + Todos los integrantes del equipo para el cuidado de salud trabajan juntos para asegurarse que sus cuidados sean coordinados. Esto significa que se aseguran que las pruebas y exámenes de laboratorio que le hacen y que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. También significa que su PCP debe saber sobre todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir cualquier efecto secundario. Su PCP siempre pedirá su permiso antes de compartir su información médica con los demás proveedores.

## B2. Proveedor de cuidado primario (PCP) [*if appropriate, include:* o un Equipo integral de cuidado primario]

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

Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un proveedor 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., *call Member Services* ).]

[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 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 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.

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

* Si quiere ayuda para elegir un PCP, por favor llame a su [coordinador de cuidado de salud ***or*** administrador de cuidados *(plan’s preference)*] al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. TTY: <phone number>. También puede llamar a Servicios al miembro o visitar nuestro sitio web usando la información anotada al pie de la página.
* Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted quiera o necesite, llame a servicios a miembros y pregunte, **antes** de recibir los servicios o el cuidado.

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

Usted puede ser elegible para recibir servicios y respaldos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), como por ejemplo, modificación del entorno (cambios menores en su hogar), control de plagas, alimentos entregados en el hogar y cuidado de relevo (relevo para su cuidador primario, ya sea en un centro para pacientes hospitalizados o en su hogar) [insert additional examples with explanations of services available to members].

LTSS ayuda a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, y preparar comida. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un hogar para personas de la tercera edad u hospital.

LTSS están a disposición de los miembros que están en ciertos programas de excepción, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad de Healthy Connections Medicaid. Estas excepciones son:

* Excepción Community Choice
* Excepción por VIH o SIDA
* Excepción para personas dependientes de un respirador mecánico

Los miembros de excepciones diferentes pueden obtener diferentes tipos y cantidades de LTCC. Si le paree que usted necesita LTSS, puede hablar con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a una de estas excepciones. Su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] puede darle información sobre cómo solicitar la excepción apropiada y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

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

[Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.] Posiblemente necesite un referido para consultar a una persona que no sea un proveedor de cuidado primario. Hay más información sobre referidos en la Sección B1 de este Directorio, en la página <page number>.

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 de nosotros o sin nuestra aprobación), 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 durante sus primeros 180 días en nuestro plan o cuando usted necesite cuidado urgente o de emergencia o diálisis y no puede ir a un proveedor del plan, como cuando usted y su familia están lejos de casa. [Plans 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 emergencias, 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. [*Plans should modify or add language with plan specific rules about PCP changes. Plans must include the following language if appropriate:* Para algunos proveedores, posiblemente necesite un referido de su PCP.]
* [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 proveedores de nuestra red, para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidades. Como sea aplicable la lista de proveedores de la red de este directorio incluye la 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 su [equipo para el cuidado de salud, [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados *(plan’s preference)*], asistente certificado del paciente, or other appropriate reference] para que le ayuden.

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

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

## B6. Lista de proveedores de la red

Este Directorio de proveedores de la red de <plan name> contiene:

* **Profesionales de cuidado de salud**, incluyendo médicos de cuidado primario, especialistas y proveedores de salud mental,
* **Instituciones**, incluyendo hospitales, centros de enfermería, Centros de salud con certificación federal, centros de infusión, **y**
* **Proveedores de respaldo** incluyendo proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), proveedores de cuidado primario de un día para adultos, cuidado de un asistente, servicios de compañía, modificación medioambiental, alimentos entregados en el hogar, suministros para incontinencia, complementos de nutrición, servicios de cuidado personal, Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS), servicios privados de enfermería, cuidado de respiro y equipo médico especializado y suministros.

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 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.]

[**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 22-23 to appear here before provider listings begin.]

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

**Organizaciones recomendadas:** [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 all of the specific provider types included in the categories for health care professionals, facilities, and support providers above. Plans also may include additional provider types if there are others in their network.]
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.]

[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 are required under the plan: Para algunos servicios, posiblemente necesite un referido 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 facilities (e.g., Mental Health). Some provider types may include either health care professionals or 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. Plans are 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. 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: Cardiólogos*)*]

**<State> | <County>**

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

**<Provider Name>**

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

<Phone Number>

[***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 completed cultural competence training, 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 Servicios al miembro al número que hay al final de la página si necesita más información sobre los otros credenciales de un proveedor y/o certificaciones, realización de capacitación en competencia cultural, y/o áreas de entrenamiento 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.]

[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.]

[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). 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*)*]

[**Note**: Plans may include all nursing facilities in one type. Plans that include nursing facilities in one type must 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>

**<Facility Name>**

<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., they have completed cultural competence training, 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, plans may enter a statement such as:* Llame a Servicios al miembro al número que hay al final de la página si necesita información sobre una facilidad, sus otros credenciales y/o certificaciones, y/o días y horas de operación.]

[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.]

[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.]

[Optional: 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.]

# D. Proveedores de respaldo: Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

## D1. Cuidados de salud de día para adultos

Los centros de Cuidados de salud de día para adultos (ADHC) ofrecen cuidados y servicios con supervisión médica en una guardería para adultos certificada. La enfermera de ADHC puede proporcionar procedimientos limitados de enfermería especializada en el centro, según los ordene un médico. Se proporcionan servicios de transporte de ida y vuelta al hogar, en un radio de 15 millas del centro. Estos servicios están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, operado por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D2. Cuidados de un asistente

Los servicios de cuidados de un asistente están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, excepción por VIH o SIDA o la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Estos servicios son dirigidos por el miembro. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D3. Servicios de acompañamiento

Los servicios de acompañamiento proporcionan alivio a corto plazo para las personas que le cuidan y la supervisión necesaria para los miembros. Están disponibles para los miembros que se encuentran en la exención de Elecciones comunitarias o en la exención por VIH/SIDA que opera la división de Cuidado comunitario a largo plazo (Community Long Term Care, CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D4. Modificación medioambiental

Los servicios de modificación medioambiental proporcionan control de plagas y adaptaciones menores en el hogar. Están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, excepción por VIH o SIDA o la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D5. Alimentos entregados a domicilio

Alimentos regulares o dietas especiales que pueden entregarse en su hogar. Estos servicios están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, excepción de Dependiente de un ventilador mecánico o excepción por VIH o SIDA, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D6. Suministros para incontinencia

Estos suministros limitados para incontinencia están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices o excepción por VIH o SIDA, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

Los suministros para incontinencia también están cubiertos como un beneficio de salud en el hogar para los miembros que no están en una excepción. Por favor lea la información en el Capítulo 4 del *Manual del miembro*.

## D7. Complementos de nutrición

Los complementos limitados de nutrición están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, excepción por VIH o SIDA o la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D8. Auxiliar de cuidado personal

Los asistentes de cuidado personal proporcionan dos niveles de ayuda. El Nivel 1 de cuidado personal ofrece asistencia con las tareas generales del hogar. El Nivel 2 de cuidado personal ayuda con actividades como tomar un baño, vestirse, preparar alimentos, tareas domésticas y observar signos de salud. Estos servicios están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices, excepción por VIH o SIDA o la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D9. Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)

PERS ofrece un dispositivo electrónico que permite a las personas en alto riesgo garantizarse la ayuda en caso de emergencia. Estos servicios están a disposición de los miembros de la excepción Community Choices y la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D10. Servicios privados de enfermería

Los servicios privados de enfermería proporcionan monitoreo médico especializado, cuidados directos e intervención para poder atender las necesidades de cuidado de salud mediante respaldo en el hogar. Estos servicios están a disposición de los miembros de la excepción por VIH o SIDA y la excepción para personas que dependen de un respirador mecánico, operados por los Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D11. Cuidados de respiro

Los servicios de cuidado de relevo proveen un relevo temporero para su cuidador primario en un centro para pacientes hospitalizados o en su hogar. Para los miembros que se encuentran en la exención de Elecciones comunitarias que opera la división de Cuidado comunitario a largo plazo (CLTC) de Healthy Connections Medicaid, se puede proveer el cuidado de relevo en un Centro comunitario de atención residencial (CRCF) o en un centro de pacientes hospitalizados (centro de enfermería u hospital). Para los miembros que se encuentran en la exención de Dependientes de respirador mecánico que opera la división de Cuidado comunitario a largo plazo (CLTC) de Healthy Connections Medicaid, se puede proveer el cuidado de relevo en un centro de enfermería o en su hogar. Póngase en contacto con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

## D12. Equipo médico especializado y suministros

Los miembros de la excepción Community Choices o de la excepción de personas que dependen de un respirador mecánico, operado por la división de Cuidados a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid, pueden recibir suministros médicos para ayudarles con la atención en el hogar. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener información sobre cómo acceder a estos servicios y sobre los proveedores disponibles en su comunidad.

[*Plans have the option to move the following general pharmacy information from pages 22-23 to start on page 13 before provider listing requirements begin.*]

# E. Farmacias

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 miembro 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 podrá 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 emergencia o de urgencia.
  + Si visita una farmacia fuera de la red para buscar medicamentos de receta fuera de una emergencia, usted tendrá que pagar de su bolsillo por el servicio. Lea el *Manual del miembro* 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 o llame a Servicios al miembro usando la información anotada al pie de la página.

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.]

## E1. Cómo identificar a los proveedores 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 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 / Programa urbano de salud india (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 visitando las mismas farmacias para surtir sus recetas.

## E2. 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 sus 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 un suministro de hasta <number> días de medicamentos de medicamentos de receta cubiertos. **Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.**

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

**Organizaciones recomendadas:** [Plans are required to include all of the following fields but have 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:** 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. Plans are 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. Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.]

## F1. Farmacias minoristas y de cadena

**<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, “Open 24 hours*.”* See exceptions in Note below.]

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Home Delivery (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

[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.]

## F2. [*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, [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 entregas automáticas de pedidos por correo [plans may insert: a través de nuestro <name of program>].]

[Plans have the option to insert either laborales **or** calendario **or** neither after 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] desde el momento en que la farmacia de pedidos por correo recibe su pedido. Si no recibe sus medicamentos en ese plazo, [*insert as applicable:* si quiere cancelar una orden de 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 número anotado al pie de la página. Para obtener más información sobre farmacias con pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del Manual para miembros, [*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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

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

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

## F3. 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>**

**<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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

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

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

## F4. Farmacias de cuidados a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, 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, 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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

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

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

## F5. Farmacias del 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 los 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>. Para aquellos que no sean indígenas americanos y nativos de Alaska, es posible que puedan ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (por ejemplo: emergencias).

[**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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

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

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

## F6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans 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>**

<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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

[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 (Entrega a domicilio), Drive Thru (Servicio en su coche), Compounds Prepared (Medicamentos preparados).]

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

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

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

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

## G1. Otros proveedores

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

## G2. Farmacias

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