Instructions to the Health Plan

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

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

Introducción

Este *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información sobre los tipos de proveedores y farmacias en <plan name> y listados de todos los proveedores y farmacias del plan a partir de 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. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

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

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 5](#_Toc77325093)

[B. Proveedores 6](#_Toc77325094)

[B1. Términos clave 6](#_Toc77325095)

[B2. Proveedor de cuidado primario (PCP) 8](#_Toc77325096)

[B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 9](#_Toc77325097)

[B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name> 9](#_Toc77325098)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 10](#_Toc77325099)

[B6. Lista de proveedores de la red 10](#_Toc77325100)

[C. Proveedores de la red de <plan name> 12](#_Toc77325101)

[C1. El símbolo “ADA+” 13](#_Toc77325102)

[C2. [*Include Provider Type (e.g.,* Médicos de cuidado primario, Especialistas – Cardiología, Proveedores de respaldo – Agencias de salud en el hogar*)*] 15](#_Toc77325103)

[C3. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Centros de enfermería, Proveedores de respaldo – Alimentos entregados en el hogar*)*] 17](#_Toc77325104)

[D. Lista de farmacias de la red 19](#_Toc77325105)

[D1. Cómo identificar a las farmacias de la red de <plan name> 19](#_Toc77325106)

[D2. Suministro de recetas a largo plazo 20](#_Toc77325107)

[E. Farmacias de la red de <plan name> 21](#_Toc77325108)

[E1. El símbolo “ADA+” 21](#_Toc77325109)

[E2. Farmacias minoristas y de cadena 22](#_Toc77325110)

[E3. [*Include if applicable:* Farmacias de venta por correo] 23](#_Toc77325111)

[E4. Farmacias de infusiones en el hogar 24](#_Toc77325112)

[E5. Farmacias de cuidado a largo plazo 25](#_Toc77325113)

[E6. Las farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (I/T/U) [***Note****: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.*] 26](#_Toc77325114)

[E7. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [***Note****: This category is optional for the plan to include.*] 27](#_Toc77325115)

[F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 29](#_Toc77325116)

[F1. Proveedores 29](#_Toc77325117)

[F2. Farmacias 29](#_Toc77325118)

# Declaraciones requeridas

* [The plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* Este Directorio incluye los profesionales de cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas), proveedores de respaldo (como las guarderías de día para adultos y proveedores de salud en el hogar) proveedores de servicios para personas con discapacidades del desarrollo y proveedores de servicios de exención de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) a los que puede acudir como participante de <plan name>. También contiene las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos de receta.
* En este Directorio nos referiremos a estos grupos como “proveedores de la red”. Estos proveedores firmaron un contrato con nosotros para proporcionarle servicios a usted. Esta es una lista de proveedores de la red de <plan name> para [insert description of the plan’s service area, including a list of counties and cities/towns].
* ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita.
* [The plan also must simply describe:
  + how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,
  + how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time, **and**
  + how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]
* El estado de New York ha creado el programa ombudsman para el participante denominado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para proporcionar asesoramiento gratuito y confidencial sobre los servicios ofrecidos por <plan name>. Puede comunicarse con el programa ICAN de manera gratuita llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800) o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](https://icannys.org/get-help/help-spanish/).
* 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 participantes nuevos. Si usted tiene algún problema para encontrar un proveedor que acepte participantes nuevos, llame a Servicios al participante al <toll-free number> y le ayudaremos.
* Para obtener la información más actual sobre los proveedores de la red de <plan name> en su área, visite <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. [TTY: <toll-free number>.]

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

# Proveedores

## B1. Términos clave

Esta sección explica términos clave de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

* Los **proveedores** son profesionales de cuidado de salud y proveedores de respaldo, como médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas, y otras personas que proporcionan cuidado y servicios. Los **servicios** incluyen cuidado médico, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros, medicamentos de receta, equipos, tratamiento de día, habilitación residencial y otros servicios.
  + El término proveedores también incluye centros, como hospitales, clínicas ambulatorias certificadas por la OPWDD, centros de cuidados intermedio (ICF) y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y LTSS.
  + A los proveedores que son parte de la red de nuestro plan les llamamos **proveedores de la red**.
* Los **proveedores de la red** son los proveedores que tienen contratos para proporcionar servicios a los participantes de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red pueden facturarnos directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted acuda a un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.
  + Si usted cumple con los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá acudir a estos proveedores incluso si están fuera de la red de su plan.
* Un **Proveedor de cuidado primario**(PCP) es [the plan should include examples as needed] quien le da el cuidado rutinario de salud. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo le conocerá a usted y sus necesidades de salud. Su PCP participará en su Equipo interdisciplinario (IDT) y ayudará a planificar sus cuidados y a garantizar que reciba los servicios necesarios.
* Los **especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:
  + Los oncólogos tratan pacientes con cáncer.
  + Los cardiólogos tratan pacientes con enfermedades del corazón.
  + Los ortopedistas tratan pacientes con ciertas enfermedades óseas, de articulaciones o musculares.
* Los **proveedores de servicios de exención** prestan determinados servicios a los participantes inscritos en la exención de servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de la OPWDD. Por ejemplo:
  + Tecnología de asistencia/de adaptación
  + Habilitación residencial
  + Servicios prevocacionales
* [If the plan assigns Participants to medical groups, it must clearly and briefly define the term “medical group.” The plan must also include a reference to additional information in Section B2 that explains a medical group’s potential impact on Participants.] Usted también tiene acceso a un **Administrador de cuidados** y a un **IDT** que usted elije.
  + Un **Administrador de cuidados** trabaja estrecha colaboración con usted y su IDT para desarrollar un Plan de vida que le ayude a gestionar sus necesidades médicas, de discapacidad del desarrollo, de habilitación, de salud del comportamiento, de LTSS, sociales y funcionales.
  + Su **IDT** ayuda a coordinar su cuidado. Esto significa que se aseguran de que sus proveedores conozcan los cuidados que usted puede recibir, los medicamentos que toma, que las pruebas y exámenes de laboratorio se hagan una vez y los resultados se compartan con los proveedores apropiados. Usted y su IDT elaborarán su Plan de vida, en el que se enumerarán todas sus necesidades y servicios, sus opciones personales, se establecerán objetivos para satisfacer esas necesidades, servicios y opciones personales, y se determinarán las formas de controlarlos. Su IDT se pondrá en contacto con usted tan a menudo como sea necesario. Su IDT incluye:
    - usted y su cuidador/tutor o la persona que usted designe;
    - su Administrador de cuidados;
    - sus principales proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo, quienes tienen conocimiento de los resultados que desea y de sus necesidades de servicios;
    - Otras personas, como:
      * su PCP, incluso un médico, enfermero de práctica avanzada, asistente médico o especialista que haya aceptado actuar como su PCP, o una persona designada del consultorio de su PCP con experiencia clínica (como un enfermero registrado, enfermero de práctica avanzada o asistente médico) y con conocimiento de sus necesidades;
      * su Profesional de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o una persona designada por la oficina (o el consultorio) de su profesional de la BH que tenga experiencia clínica y conozca sus necesidades;
      * su/s asistente/s de cuidados en el hogar o una persona designada con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tenga conocimiento de sus necesidades, si usted está recibiendo cuidados en su hogar y aprueba la participación del asistente de cuidados en el hogar o de la persona designada en el IDT;
      * otros proveedores, pedidos por usted, por su cuidador/tutor o por la persona que usted designe, o de acuerdo con lo recomendado por los participantes del IDT según sea necesario para la planificación de su cuidado y aprobado por usted o por la persona que usted designe;

## B2. Proveedor de cuidado primario (PCP)

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

Primero, usted [deberá **or** debería] elegir un PCP. [If appropriate, include: Un especialista puede ser su PCP. If applicable, describe circumstances under which a specialist may act as a PCP and how to ask for one (e.g., call Participant 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 que también están asociados con su grupo médico.

* Si hay algún especialista u hospital que usted quiera usar, es importante saber si están asociados con el grupo médico de su PCP. Usted puede ver en este Directorio o preguntar a Servicios al participante de <plan name> para comprobar 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, consulte la lista de proveedores de la página<page number> y elija un proveedor:

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

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

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

## B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

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

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

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

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

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

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

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento. Si ha estado acudiendo a un proveedor de la red, usted no tiene que seguir acudiendo a ese proveedor. [The plan should modify or add language with plan-specific rules about PCP changes.]
* [Insert if applicable: Recuerde que los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Si usted cambia de PCP, posiblemente también cambie de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de avisar a Servicios al participante si está viendo un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP. Servicios al participante le ayudará a garantizar que usted pueda continuar recibiendo 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 intelectuales o del desarrollo. Según 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 acudir a un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con su IDT y con su administrador de cuidados para obtener ayuda.

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

[The plan should describe how a Participant 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:

* Los **profesionales del cuidado de la salud y los proveedores de respaldo**, entre ellos los PCP, los especialistas, los proveedores de servicios para las discapacidades del desarrollo, los proveedores de salud del comportamiento, los servicios de día para adultos, el tratamiento de día, las clínicas ambulatorias certificadas por la OPWDD, los servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS), las agencias de salud en el hogar, el transporte que no sea de emergencia, los servicios de cuidados personales, los servicios de respuesta a emergencias personales (PERS), los servicios de enfermería privada, y [insert any other types of health care professionals the plan is required to include];
* **Centros**, entre ellos hospitales, centros de enfermería especializada (SNF), ICF, centros de salud mental, y[insert any other types of facilities the plan is required to include]; **y**
* La **exención HCBS**, que incluye tecnología de adaptación, habilitación comunitaria, habilitación de día, servicios intensivos del comportamiento, vías de acceso al empleo, servicios prevocacionales, habilitación residencial, relevo, intermediario fiscal, agentes de respaldo, empleo con respaldo, servicios de transición a la comunidad, servicios de cuidadores domiciliarios, bienes y servicios individuales y servicios de modificación del entorno. [The plan must insert any other types of waiver service the plan is required to include.]

Los proveedores están enumerados 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 enumeran 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 formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores, y creencias para adaptar mejor sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y de idioma. |

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

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

[The plan has the option to move general pharmacy information from pages 19-20 to appear here before provider listings begin.]

# Proveedores de la red de <plan name>

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

**1.** **Tipo de proveedor** [The plan is required to include all of the specific provider types included in the categories for health care professionals and support providers, facilities, and HCBS waiver providers above. The plan is permitted to list Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities together under the same provider type category.]

**2.** **Condado** [List alphabetically.]

**3**. **Ciudad** [List alphabetically.]

**4.** **Barrio/código postal** [Optional: For larger cities, the plan may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]

**5.** **Proveedor** [List alphabetically.]

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

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

## C1. El símbolo “ADA+”

Si un proveedor tiene el símbolo **ADA+** junto a su nombre, significa que cumple las normas de accesibilidad de ADA. Esto significa que el proveedor cumple **todos** los 25 requisitos siguientes, excepto los que no se aplican a ese tipo de proveedor.

Estos son los requisitos que los proveedores han cumplido si tienen el símbolo “ADA+” junto a su nombre:

1. El consultorio tiene al menos un camino accesible para sillas de ruedas desde la entrada hasta la sala de examen.
2. Las personas con discapacidad tienen acceso a todas mesas de examen y todo el equipo.
3. En los lugares en los que hay estacionamiento, los lugares están reservados para las personas con discapacidad. También hay rampas peatonales en las aceras y zonas de bajada.
4. Cuando hay estacionamiento, hay un número adecuado de lugares accesibles (8 pies de ancho para un auto y un pasillo de acceso de 5 pies).
5. En el caso de un proveedor con un lugar de estacionamiento accesible para discapacitados, hay un camino estable, firme y antideslizante desde el lugar de estacionamiento accesible para discapacitados hasta la entrada del centro. El camino no requiere el uso de escaleras. Excepto en las rampas de acera, el camino tiene al menos 36 pulgadas de ancho.
6. Existe un método para que las personas que utilizan sillas de ruedas o que requieren otro tipo de asistencia para la movilidad puedan entrar con la misma libertad que los demás. Esa ruta de desplazamiento es segura y accesible para todos, incluidas las personas con discapacidades.
7. La puerta principal de entrada exterior que utilizan las personas con discapacidades motrices para acceder a los espacios públicos cumple las normas de accesibilidad. Esto incluye una apertura libre, un umbral bajo y un picaporte accesible.
8. Hay rampas para el acceso de sillas de ruedas. Las pendientes de la rampa son accesibles para silla de ruedas, las barandillas son resistentes y lo suficientemente altas para que acceda una silla de ruedas, el ancho entre barandillas es lo suficientemente amplio para acomodar una silla de ruedas, y las rampas son antideslizantes y están libres de cualquier obstrucción (grietas).
9. Si hay escaleras en la entrada principal, hay también una rampa o un ascensor, o una entrada accesible alternativa.
10. Cualquier entrada inaccesible tiene señales que indican la ubicación de la entrada accesible más cercana.
11. La entrada accesible puede utilizarse de forma independiente y sin ayuda.
12. Las alfombras tienen una altura de media pulgada o menos con bordes biselados o asegurados.
13. Las salas de espera y de examen son accesibles para las personas con discapacidad.
14. La disposición interior del edificio permite que las personas con discapacidades accedan a los materiales y servicios sin ayuda.
15. Las puertas interiores cumplen los criterios mencionados anteriormente para la puerta exterior.
16. Las rutas accesibles a todos los espacios públicos del centro tienen 31 pulgadas de ancho.
17. En las zonas públicas donde se prestan servicios, hay un círculo de 5 pies o un espacio en forma de T para que una persona que utilice una silla de ruedas pueda revertir el sentido de la marcha.
18. Todos los botones u otros controles del pasillo tienen una altura inferior a 42 pulgadas.
19. Todos los ascensores del centro tienen letras en relieve y en braille en los carteles junto a la puerta y en los mandos del interior de la cabina. Los ascensores también tienen botones de llamada en el pasillo que no están a más de 42 pulgadas de altura.
20. Se proporcionan intérpretes de lenguaje de signos y otras ayudas y servicios auxiliares cuando son necesarios.
21. El baño público es accesible en silla de ruedas.
22. La puerta exterior del baño público y las puertas interiores de los compartimentos cumplen las normas indicadas anteriormente para las puertas exteriores.
23. Hay al menos un compartimento accesible para sillas de ruedas en el baño público que tiene una superficie de al menos 5 pies por 5 pies, sin contar el giro de la puerta. O bien, hay al menos un compartimiento que tiene un acceso mayor que el de un compartimiento típico (ya sea de 36 por 69 pulgadas, o de 48 por 69 pulgadas).
24. En el compartimiento accesible del baño público hay barras de sujeción detrás del inodoro y en la pared lateral más cercana al inodoro.
25. Hay un lavabo en el baño público que cumple las normas de accesibilidad, como un inodoro, grifos y dispensadores de jabón accesibles.

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

## C2. [Include Provider Type (e.g.,Médicos de cuidado primario, Especialistas – Cardiología, Proveedores de respaldo – Agencias de salud en el hogar)]

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

[**Note:**The plan may satisfy “as applicable” requirements either at the individual provider level throughout or by inserting a prominent statement indicating that Participants may call Participant Services to get the information. For example,“Llame a Servicios al participante al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita información sobre las credenciales y/o certificaciones, realización de entrenamiento en competencia cultural, y/u otras áreas de entrenamiento y experiencia de un proveedor.”]

[As appropriate, 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, and include if applicable: Asimismo, usted puede comunicarse directamente con el proveedor para saber si aceptan nuevos pacientes.]

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

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

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

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

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

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

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

## C3. [Include Facility Type (e.g., Hospitales, Centros de enfermería, Proveedores de respaldo – Alimentos entregados en el hogar)]

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

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

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

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

[As appropriate, include web and e-mail addresses.]

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

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

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

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

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

[The plan has the option to move the following general pharmacy information from pages 19-20 to start on page 11beforeprovider listing requirements begin.]

# Lista de farmacias de la red

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

[If a plan lists pharmacies in its network but outside the service area, insert: También incluyen 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 participantes de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta excepto en situaciones de cuidado de urgencia o de emergencia.

* 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.
* Para obtener más información, consulte el *Manual del participante* de <plan name>.

Es posible que en este Directorio no se indiquen todas las farmacias de la red. Tras la publicación de este Directorio, podemos haber agregado o borrado algunas farmacias de la red de nuestro plan.

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

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

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

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

* [The plan should insert only if it includes mail-order pharmacies in its network.]Las farmacias de pedidos por correo envían medicamentos de receta cubiertos a participantes a través del correo o compañías de envío.
* Las farmacias de infusiones en el hogar preparan medicamentos de receta que se administran en su casa por vía intravenosa, dentro de un músculo, o de otra manera no oral por un proveedor entrenado.
* Las farmacias de cuidado a largo plazo (LTC) atienden a residentes de centros de cuidado a largo plazo, como ICF o SNF.
* [The plan should insert only if it includes I/T/U pharmacies in its network.]Las farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (I/T/U)
* [The plan should insert any additional pharmacy types in its network. The plan is encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in its network.]

No es necesario que usted siga acudiendo a las mismas farmacias para surtir sus recetas.

## D2. Suministro de recetas a largo plazo

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

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

# Farmacias de la red de <plan name>

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

**1.**  **Tipo de Farmacia** [Plan, Mail Order, Home Infusion, LTC, I/T/U.]

**2.**  **Estado** [Include only if Directory includes multiple states.]

**3.**  **Condado** [List alphabetically.]

**4.**  **Ciudad** [List alphabetically.]

**5.**  **Barrio/código postal** [Optional: For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood.]

**6.**  **Farmacia** [List alphabetically.]

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

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

## E1. El símbolo “ADA+”

Si una farmacia tiene el símbolo **ADA+** junto a su nombre, significa que cumple las normas de accesibilidad de ADA. Esto significa que la farmacia cumple **todos** los 25 requisitos que se mencionan en la página <page number>, excepto los requisitos que no se aplican a las farmacias. Por ejemplo, una farmacia no tendría una sala de examen, por lo que los requisitos sobre una sala de examen no se aplican a una farmacia.

## E2. Farmacias minoristas y de cadena

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours. Refer to exceptions in second Note below.”]

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

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

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

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

## E3. [Include if applicable: Farmacias de venta por correo]

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

The plan whose network mail order services provide automated delivery inserts the following sentence: Usted también tiene la opción de inscribirse para entregas automáticas de pedidos por correo [the plan may insert: a través de nuestro <name of program>.] [The plan has the option to insert either “business” or “calendar” or neither in front of “days” in the following sentence:] Generalmente, usted podrá recibir sus medicamentos de receta [insert as applicable: en <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 de receta en ese plazo [insert as applicable: , si quiere cancelar un pedido automático,] comuníquese con nosotros al <toll-free phone and [TTY] numbers>. Para obtener más información sobre las farmacias de pedidos por correo, consulte el Capítulo 5 del Manual del participante, [plan may insert reference, as applicable].]

**<State> | <County>**

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

<Pharmacy Name>

<Toll-free number>  
<TTY number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

## E4. Farmacias de infusiones en el hogar

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

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

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

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

## E5. Farmacias de cuidado a largo plazo

Los residentes de centros de cuidado a largo plazo, como un ICF o SNF, pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos por <plan name> a través de la farmacia del centro 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 participante*, [plan may insert reference, as applicable].

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

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

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

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

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

## E6. Las farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (I/T/U) [Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area.]

Solo los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias del Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (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 acudir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (por ejemplo: una emergencia).

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

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

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

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

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

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

**<State> | <County>**

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

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

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

<Phone Number>

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

[Optional: Include days and hours of operation.]

[Optional: Indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day. The plan may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, the plan may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”]

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

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

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

# [Optional: Índice de proveedores y farmacias]

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

## F1. Proveedores

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

## F2. Farmacias

[The plan must present entries in alphabetical order.]