Plan de Costo de la Sección 1876 para 2017  
Directorio de Proveedores

**Este modelo se ha actualizado con cambios leves.**

[Instrucciones: Todos los campos variables están indicados con texto gris y corchetes. Estos campos deben llenarse con información específica para el plan. Ajuste los números de sección por todo el documento, si aplica.]

[Note: Los planes Privados de Tarifa por Servicios (PFFS, por sus siglas en inglés) de fuera de la red (es decir, planes PFFS sin red directa de contratación de proveedores) no necesitan crear un directorio de proveedores.]

[Note: Si un plan de Medicare Advantage (MA) tiene "sub-redes", puede desarrollar directorios de proveedores distintos para cada sub-red. Las personas inscritas deben recibir un directorio de proveedores con base en el grupo de proveedores (es decir, sub-red) al que se unan. Para garantizar que las personas inscritas estén completamente enteradas de todas sus opciones de proveedores, los planes que les proporcionan directorios de sub-redes plan también deben informar a sus miembros que pueden encontrar un directorio completo de toda su red de proveedores del plan en línea, y que se entregarán copias impresas previa solicitud. Además el plan debe describir la manera en que los miembros pueden solicitar acceso a los proveedores que están en las otras sub-redes de su plan.]

[Nota: Si un plan de MA es un "plan de proveedores específicos" (PSP, por sus siglas en inglés) cuya red de PSP específicos ha sido aprobada por el CMS, debe desarrollar un directorio de proveedores de PSP. El directorio de proveedores de PSP debe indicar claramente que las personas inscritas deben consultar a los proveedores en la red de PSP específicos únicamente. Cualquier MAO que ofrezca PSP debe tener su red de PSP específicos revisada y aprobada por el CMS. Por lo tanto, si una MAO no cuenta con la aprobación del CMS para ofrecer un PSP, no podrá desarrollar un directorio de proveedores de PSP.]

[Nota de distribución: Los Directorios de Proveedores deben estar disponibles para los miembros en el momento de la inscripción y una vez por año a partir de ese momento.]

[Nota: Los planes deben asegurarse de que sus sitios web contengan directorios precisos y actualizados en todo momento.]

[Nota: Los planes debe usar el código 1080 de no comercialización para enviar directorios modelo y no modelo. Aunque los directorios de proveedores se consideran materiales que no son para comercialización, el CMS exige la presentación anual, antes del 30 de septiembre.]

[Opcional:Los planes pueden incluir programas de cuidados paliativos dentro de sus áreas de servicio.]

[Instrucciones: Si los costos compartidos varían con base en niveles de proveedores y/o beneficios, los planes deben indicar claramente el nivel de un proveedor y/o centro usando caracteres especiales y/o notas al pie. Los planes deben remitir a los miembros a su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre los costos compartidos de cada nivel. Observe que no se exige que los planes usen la palabra “nivel” si no es la forma en la que se hace referencia a eso en el mercado.]

[Instrucciones: Si un plan incluye proveedor que solo están disponibles para un subgrupo de miembros, el plan debe indicar claramente las características que el miembro debe poseer para acceder a ese proveedor. Por ejemplo, solo miembros que sean indios americanos pueden acceder a un proveedor asociado a una tribu indígena americana, o solo aquellos miembros que sean estudiantes pueden acceder a un proveedor en el servicio médico estudiantil universitario. Observe que los proveedores que solo están disponibles para un subgrupo de miembros no se cuentan para cumplir con las normas de adecuación de la red del CMS.  Solo aquellos proveedores contratados que estén disponibles para todos los miembros pueden estar incluidos en las tablas de Prestación de Servicios de Salud (HSD, por sus siglas en inglés).]

[Instrucciones: Los planes no pueden incluir proveedores que solo trabajan en un hospital y no en un consultorio. Este tipo de proveedor no es adecuado para el directorio de proveedores porque los miembros no pueden programar citas con él.]

[Name of Plan]  
[HMO / Cost / PPO / PFFS] Directorio de Proveedores de Plan

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

Este directorio es para [provide a description of the plan’s service area.

Este directorio está al día el [date of publication]. Puede que se hayan añadido o quitado algunos proveedores de nuestra red después de imprimir este directorio. No garantizamos que todos los proveedores estén todavía aceptando miembros nuevos. Para obtener la información más al día acerca de los proveedores de la red de [Plan Name] de su área, puede visitar [Web address] o llamar a nuestro Departamento de Servicio al [Customer/Member] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

*[Insertar disponibilidad de formatos alternos]*

**Índice**

Sección 1 – Introducción 3

¿Cuál es el área de servicio para [Plan Name]? 5

¿Cómo se pueden encontrar proveedores de [Plan Name] en su área? 5

Sección 2 – Lista de Proveedores de Red 6

[Médicos de Cuidado Primario] [Primary Care Physicians] 7

[Especialistas] [Specialists] 8

[Hospitales] [Hospitals] 9

[Centros de Enfermería Especializada] [Skilled Nursing Facilities (SNF)] 10

[Proveedores de Servicios de Salud Mental Ambulatorios][Outpatient Mental Health Providers] 11

[Farmacias] [Pharmacies] 12

## 

## Sección 1 – Introducción

Este directorio proporciona una lista de los proveedores de la red de [Plan Name]. Para obtener información detallada acerca de su cobertura de atención médica, consulte su Evidencia de Cobertura.

[Utilice esta sección de introducción para describir la manera en que los miembros deben utilizar este directorio. Por ejemplo, para seleccionar un PCP si su plan utiliza a los PCP, explicar sub-redes, círculos de referido o fijaciones permanentes si aplica, y para describir qué tipos de proveedores requieren un referido. Utilice, borre o modifique lo siguiente según el arreglo del plan.]

[Inserte este párrafo si aplica, según el arreglo del plan: Tendrá que utilizar uno de nuestros proveedores de la red que aparezcan en este directorio como {Médico/Proveedor} de Cuidado Primario (PCP). El término “PCP” se utilizará por todo este directorio. Generalmente, debe obtener servicios de atención médica de su PCP.] [Explique PCP en el contexto de su tipo de plan.]

[Los planes PFFS de red completa deben insertar: Tenemos proveedores de red para todos los servicios cubiertos por el plan Medicare Original [indique si los proveedores de red están disponibles para algún servicio que no esté cubierto por Medicare.] Aún puede recibir servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red que no tienen un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores accedan a aceptar los términos de nuestro plan y las condiciones de pago. Vea la sección 1.2 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura y en nuestro sitio web en: [inserte enlace a los términos y condiciones de pago PFFS] [Indique si el plan PFFS ha establecido requisitos más altos de costos compartidos para los miembros que obtengan servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.]

[Los planes PFFS de red parcial deben insertar: Tenemos proveedores de la red para [indique la categoría o categorías de servicios para los que hay proveedores de red disponibles.] Aún puede recibir servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red que no tienen un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores accedan a aceptar los términos de nuestro plan y las condiciones de pago. Vea la sección 1.2 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura y en nuestro sitio web en: [inserte enlace a los términos y condiciones de pago PFFS] [Indique si el plan PFFS ha establecido requisitos más altos de costos compartidos para los miembros que obtengan servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.] Tenga en cuenta que para cobrar costos compartidos más altos cuando las personas inscritas a PFFS obtienen servicios de un proveedor no perteneciente a la red, el plan PFFS debe satisfacer los requisitos de acceso y disponibilidad del CMS para el tipo de proveedor particular.

[Los planes de costo de la Sección 1876 deben explicar claramente que los miembros pueden utilizar proveedores del plan y proveedores que no son del plan, y también explicar las diferencias de los beneficios/costos compartidos entre el uso de proveedores del plan y de proveedores que no son del plan.]

Los “proveedores de la red” enumerados en este directorio han accedido a proveerle sus servicios de [inserte los términos apropiados: atención médica/visión/dental]. Puede ir a cualquiera de nuestros proveedores de red enumerados en este directorio [;/.] [Inserte, si aplica: sin embargo, algunos de los servicios pueden requerir un referido.] Si ha visitado regularmente a un proveedor de la red, no se le exige que siga visitando a ese mismo proveedor. En algunos casos, puede recibir servicios cubiertos de proveedores que no son de la red. [Insertar, si aplica: Hay otros médicos/proveedores disponibles en nuestra red.] [Nota: Modifique la discusión en esta sección para reflejar sus propias circunstancias contractuales, tales como paneles de acceso abierto, círculos de referido formal, o sub-redes, etc. Si no requiere referidos, ajuste el texto apropiadamente.] [Los planes PFFS deben insertar: [Plan Name] no requiere que los afiliados o sus proveedores obtengan un referido o autorización de nuestro plan como condición para cubrir servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene preguntas acerca de si vamos a pagar algún tipo de servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubrimos antes de recibir el servicio o la atención médica.]

[Los planes PPO deben insertar: Los proveedores que no pertenecen a la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de <Plan/Patrocinador de la Parte D> Para obtener una decisión acerca de si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o su proveedor que nos pidan una decisión de la organización previa al servicio antes de que reciba el servicio. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.]

[Incluya las opciones de red o punto de servicio que pueda haber según sea apropiado.]

[Incluya instrucciones para las personas inscritas explicando que, en los casos en que los proveedores que no tienen contrato presenten una factura directamente a la persona inscrita, el beneficiario no debe pagar la factura, sino presentarla al plan para que se procese y se determine la responsabilidad de la persona inscrita, si la hubiera.]

[Incluya información respecto a cobertura de fuera de área y cobertura de emergencia, incluyendo el proceso y los procedimientos para obtener servicios de emergencia. Incluya también el lugar donde puede obtenerse cuidado de urgencia, así como otras ubicaciones donde los médicos y hospitales de contrato proveen servicios de urgencia y cuidado de post-estabilización incluidos en el plan.]

[Inserte si aplica, según el tipo de directorio de plan/proveedores: Debe utilizar proveedores del plan excepto en situaciones de emergencia o cuidado urgente <<o para diálisis renal u otros servicios de fuera del área.>> Si obtiene cuidado de rutina de proveedores de fuera de la red ni Medicare ni <plan name> se responsabilizarán de los costos.]

[Los planes PPO y POS deben incluir información de que, con la excepción de emergencias o cuidado de urgencia, puede costar más obtener cuidado de proveedores de fuera de la red.]

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

El [“county” or “counties”][for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “State” or“States”)][and parts of counties] de nuestra área de servicio [“is” or “are”] se indican a continuación. [Opcional: Puede incluir un mapa del área (además de indicar el área de servicio), y modificar la frase anterior de manera que dirija a los lectores al mapa.]

[Inserte la lista del área de servicio. Si se ha aprobado para todo el condado, utilice solamente el nombre del condado. En el caso de los condados parcialmente aprobados, utilice el nombre del condado y el código postal, (por ejemplo, “Nombre del condado, los distritos postales siguientes solamente: {xxxxx}…”)]

### ¿Cómo se pueden encontrar proveedores de [Plan Name] en su área?

[Los planes deben describir la manera en que una persona inscrita puede encontrar un proveedor de red que sea el más cercano a su casa en relación al formato de organización que hay en el directorio de proveedores.] [Nota: Los planes RPPO debe describir claramente cómo los miembros que residen en áreas fuera de la red de su plan pueden acceder a servicios cubietos con costos compartidos de la red.]

Si tiene preguntas acerca de [Plan Name][or require assistance in selecting a PCP], llame a nuestro Departamento de Servicio al [Customer\Member] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number] o visitar [Web address].

## Sección 2 – Lista de Proveedores de Red

[Nota: Los planes que ofrecen servicios suplementarios (es decir, visión, dentales) deben elegir incluir estos proveedores contratados en un directorio combinado con PCP, etc. o en un directorio de proveedores aparate.]

[Indique el número total de cada tipo de proveedor (es decir, PCP, especialista, hospital, etc.).]

[Organización recomendada:

**Tipo de Proveedor** (PCP, Especialistas, Hospitales, Clínicas de Enfermería Especializada, Proveedores de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios, y Farmacias (tipos) donde los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios son ofrecidos por el plan de Medicare Advantage.) Nota: Se requiere que todos estos tipos de proveedores se enumeren en el mismo directorio de proveedores.

**Estado** (Incluir solamente si el directorio incluye múltiples estados)

**Condado** (Por orden alfabético)

**Ciudad** (Por orden alfabético)

**Vecindario/Distrito Postal** (Opcional: Para las ciudades mayores, los proveedores pueden subdividirse aún más por distrito postal o vecindario)

**Proveedor** (Por orden alfabético)]

[Nota: Los planes deben indicar la manera en que los tipos de proveedores pueden identificarse y encontrarse en relación a la organización del directorio de proveedores. Por ejemplo, los planes que identifiquen proveedores de Medicare que participen en Medicaid pueden incluir texto parecido al siguiente cuando enumeren los proveedores: los proveedores identificados con un asterisco aceptan también Medicaid.

(por ejemplo, tipo de proveedor, estado, condado, ciudad, distrito postal, nombre del proveedor\*, dirección, número de teléfono)]

[Para Planes de Doble Elegibilidad-Necesidades Espaciales (D-SNP, por sus siglas en inglés): Identifique proveedores de Medicare que acepten Medicaid en el directorio para ayudar a las personas inscritas de elegibilidad dual para obtener acceso a proveedores y servicios cubiertos. Los planes tienen la opción de incluir una declaración global al principio de la sección de listado de proveedores de red o proveer un indicador de Medicaid junto a cada proveedor. La declaración global debe decir: “Todos los proveedores de este directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como Medicaid.” Los planes que elijan no utilizar una declaración global necesitan colocar un indicador de Medicaid al lado de cada proveedor. La inclusión de la declaración global se considera modelo sin modificación.]

[Los planes PFFS de red completa y parcial deben indicar, para cada tipo de proveedor, si el plan ha establecido requisitos de costos compartidos más altos para los afiliados que obtienen servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.]

### [Médicos de Cuidado Primario] [Primary Care Physicians]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Physician Name]

[Physician Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Especialistas] [Specialists]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Physician Name]

[Physician Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Hospitales] [Hospitals]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Hospital Name]

[Hospital Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Centros de Enfermería Especializada] [Skilled Nursing Facilities (SNF)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[SNF Name]

[SNF Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Proveedores de Servicios de Salud Mental Ambulatorios][Outpatient Mental Health Providers]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

[Provider Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

[Todos los planes tienen la opción de (i) listar información acerca de proveedores y farmacias en un solo documento combinado; o (ii) proveer dos documentos aparte, uno de ellos, un directorio de proveedores, y el otro, un directorio de farmacias.

En la lista de farmacias (tanto si aparecen en un documento combinado como si aparecen en un solo documento), los planes deben identificar o incluir las farmacias que proporcionan medicamentos de Parte B, si aplica.]

Nota: Los planes que ofrecen un beneficio de la Parte D consultan el modelo del directorio de farmacias para los requisitos de la Parte D.

### [Farmacias] [Pharmacies]

[Tipo de farmacia, según aplique: Minorista, Pedido por Correo, Infusión en el Hogar, Cuidado de Largo Plazo (LTC), Servicio de Salud Indígena/Tribal/Salud Indígena Urbana]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Pharmacy Name]

[Pharmacy Street Address, City, State, Zip Code]

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Opcional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]