*[****Note****: Optional language and guidance appears in bracketed and italicized text. All variable, required fields are denoted by carets and must be populated with Plan-specific information].*

*[All references to Member Services and Pharmacy Directory can be changed to the appropriate name your plan uses.]*

*[When indicated as “mandatory” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS marketing name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms* “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves*. Sponsors may correct plural and singular references as appropriate (such as pharmacy versus pharmacies). Sponsors should consult the Medicare Marketing Guidelines, as well as the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on marketing, benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6).]*

*[COVER PAGE:*

*The following items must appear on the cover page:]*

**<*mandatory* Plan Name>**

### <Year>Pharmacy Directory

*Se requiere que la siguiente información de contacto y fecha de revisión aparezca en las cubiertas delantera y trasera del documento:* [*Insert one*: <This pharmacy directory was updated on <MM/YYYY> .>*or <*We have made no changes to this pharmacy directory since MM/DD/YYYY.>] Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con [*optional*<us>,] <*mandatory* Plan or Sponsor Name> [*optional* <Member Services>,] llamando al <Toll-free Number> o, para los usuarios de TTY, <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>, o visite <insert web address>.

*Se requiere que la siguiente información de contacto y fecha de revisión aparezca en las cubiertas delantera y trasera del documento:*

*[Insert applicable section:* [*For a plan that has changes in its pharmacy network* [*Insert one*: Puede haber cambios en nuestra red de farmacias durante el año de beneficios. En nuestro sitio web [*insert URL*] puede encontrar un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los proveedores.

OR

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network:]* Para 2016, nuestra red ha cambiado más de lo usual. En nuestro sitio web [*insert URL*] puede encontrar un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los proveedores. **Sírvase revisar la Lista de farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red.**

*[The rest of the language need not appear on the cover page.]*

Introducción

Este manual proporciona una lista de farmacias de la red de <Plan Name>. Para obtener una descripción completa de su cobertura de recetas, incluyendo cómo surtir sus recetas, examine la Evidencia de Cobertura y el formulario (lista de medicamentos cubiertos) de <*mandatory* Plan Name>.

[Opcional: Cuando este directorio de farmacia hace referencia a “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” quiere decir <sponsor name>. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan,” quiere decir <mandatory plan name>.]

Llamamos a las farmacias que hay en esta lista nuestras “farmacias de la red” porque hemos hecho arreglos con ellas para proporcionar medicamentos de receta a los miembros del Plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas bajo <Plan Name> solamente si se surten en una farmacia de la red [o a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo]. Una vez va usted a una farmacia, no se le requiere que siga yendo a la misma farmacia para surtir su receta, sino que puede obtener sus medicamentos en cualquier farmacia de la red. Surtiremos recetas en farmacias de fuera de la red y bajo ciertas circunstancias de la manera en que se describe en su Evidencia de Cobertura.

Puede que no todas las farmacias de la red se enumeren en este directorio. Puede que se hayan añadido o quitado farmacias de la lista después de la impresión de este directorio. Esto quiere decir que es posible que las farmacias enumeradas aquí hayan dejado de estar en nuestra red, o puede que haya farmacias más nuevas en nuestra red que no se hayan incluido. Esta lista está al día el <*insert date name*>. Para ver la lista más actualizada póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las cubiertas delantera y trasera.

*[Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* “Puede ir a todas las farmacias de esta lista, pero sus costos para algunos de los medicamentos pueden ser más bajos en las farmacias de esta lista que ofrecen costos compartidos preferidos. Hemos marcado estas farmacias con [inserte método de identificación, como asterisco (\*) o “P”, etc.] para distinguirlas de otras farmacias de nuestra red que ofrecen costos compartidos estándar. *[Note: If applicable, describe restrictions imposed on members that use pharmacies that offer standard cost-sharing.]”]*

[*Include if plan has network pharmacies that offer mail order services:* Puede solicitar que le envíen los medicamentos recetados a su hogar a través de nuestro servicio de pedido por correo de la red [*optional*“que se llama *“*[*insert <*name>*.*]*”*Para mayor información, póngase en contacto con nosotros o consulte la sección de pedido por correo de este directorio de farmacia.]

[*If this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following:* “Este directorio es para <geographic area> que incluye el área en la que usted vive. Sin embargo, cubrimos un área de servicio mayor, y existen más farmacias en las cuales puede surtir los medicamentos que cubre nuestro Plan. Para obtener información acerca de farmacias adicionales en la red de nuestro plan que no aparecen en este directorio [*insert contact information*.]”]

[*If a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following*: “También enumeramos farmacias que están en nuestra red pero están fuera de <geographic area> en la que usted vive. También puede surtir sus recetas en estas farmacias. Para obtener más información, vea la sección en este directorio de farmacias en <Network Pharmacies outside the <geographic area> o [*insert contact information*.]”]

Si tiene preguntas acerca de lo anterior, vea la primera y la última página de este directorio para obtener información sobre cómo comunicarse con <us *or* Plan Name>.

***[Organización recomendada:***

***Type of Pharmacy*** *(Retail, Mail Order, Home Infusion, LTC, I/T/U)*

***State*** *(Include only if directory includes multiple states)*

***County*** *(Listed alphabetically)*

***City*** *(Listed alphabetically)*

***Neighborhood/Zip Code*** *(Listed Numerically) Optional; For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood)*

***Pharmacy*** *(Listed alphabetically)*

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

[***Note:*** *Plans must indicate when a pharmacy is not available to all members. If symbols are used, a legend must be provided.]*

[***Note:*** *Plans must indicate when a pharmacy is a pharmacy that offers preferred cost-sharing. If symbols are used, a legend must be provided.]*

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

## [Farmacias Minoristas, incluyendo Farmacias de Cadena

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*Nota: Se requiere que los patrocinadores creen una lista alfabética que integre las farmacias minoristas y las de cadena, pero la información provista puede variar para las farmacias minoristas con respecto a las de cadena.*

*Se requiere que los patrocinadores den la dirección y el número de teléfono de las farmacias independientes (que no son de cadena).*

* *En el caso de las farmacias de cadena solamente, en lugar de dar las direcciones de todas las ubicaciones, los patrocinadores pueden dar, como se indica inmediatamente a continuación, un número gratuito de servicio al cliente y un número TTY que puede llamar la persona inscrita para obtener las ubicaciones y números de teléfono de las farmacias de cadena más cercanas a su casa. Si la farmacia de cadena no tiene número de llamada gratuita, los patrocinadores deben incluir un número central de la cadena de farmacias. Si la farmacia de cadena no tiene número central al que puedan llamar las personas inscritas, los patrocinadores deben enumerar cada farmacia de cadena y número de teléfono del plan en el directorio. Si la farmacia de cadena no tiene TTY/número, los patrocinadores deben poner el número 711 de Relé TRS. El patrocinador no debe enumerar su número de Servicio de Miembros como número de teléfono de una farmacia o TTY/número.*
* *Los patrocinadores que elijan proporcionar números de teléfono para todas las cadenas tienen que ser consistentes y dar también números de teléfono TTY para las farmacias minoristas independientes. Esto incluiría números de accesibilidad; sin embargo, no requerimos que los patrocinadores investiguen si cada farmacia minorista tiene TTY o no, siempre que el directorio de farmacias indique claramente para cada farmacia, incluyendo las cadenas, una vía para las personas con problemas de audición, que podría ser el 711.*

*[****Optional:*** *<Web and e-mail addresses>]*

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

***[Note:*** *Indicate whether the pharmacy provides an extended day supply of medications]*

***[Opcional:*** <*Days/Hours of Operation>] [****Note:*** *You may also indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day.][****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

*[****Note:*** *You may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, you 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.”*]

## Farmacias de Pedido por Correo

## [optional: insert <Name of Mail Order Program>]

## <Pharmacy Name>

<Phone Number>

***[Opcional:*** *Web and e-mail address >*]

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

*Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the below language.*]

Puede solicitar que le envíen los medicamentos recetados a su hogar a través de nuestro programa de pedido por correo de la red [*optional*“que se llama *“[insert <*name of program>*”].*

[S*ponsors of* *plans whose network mail order services received a CMS exception to deliver new prescriptions without obtaining prior beneficiary consent insert the following:*] Si ya ha usado los servicios de pedido por correo con su plan actual, o si lo elige ahora, nuestra farmacia surtirá y enviará automáticamente nuevas recetas recibidas directamente de sus médicos u otros proveedores que recetan. Puede elegir no recibir entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados en cualquier momento si se comunica con nosotros a [*optional insert contact information*].Si nunca tuvo una entrega de pedido por correo y/o si decide dejar de recibir surtidos automáticos de sus recetas nuevas, nos comunicaremos con usted cada vez que recibamos una nueva receta de su proveedor para saber si desea que ese medicamento se surta y se le envíe en ese momento. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que se le envíe le medicamento correcto (incluida la cantidad, forma y dosis correctas) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y envíe.

*[Sponsors that do not offer a program that automatically process mail order refills, insert the following.]*

Para volver a surtir sus recetas de pedido por correo, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]*días antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que su pedido se envíe a tiempo.

*[Sponsors that offer a program that automatically processes mail order refills, insert the following.]*

Para volver a surtir sus recetas de pedido por corre, tiene la opción de registrarse para el programa de pedido por correo automatizado [*optional: insert auto refill program name*]. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próxima receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento se acabará próximamente. Nos comunicaremos con usted antes de enviar cada surtido para asegurarnos de que necesita el medicamento. Usted puede cancelar los surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si sus medicamentos han cambiado. Si elige no usar el programa de pedido por correo automatizado, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]* antes de que los medicamentos que tiene se le acaben para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Para dejar de recibir el programa de pedido por correo automatizado, comuníquese con nosotros *[insert instructions here].*

[*Sponsors of all plans offering mail order services should insert the following sentences. Sponsors have the option to insert either*<business> *or <*calendar> *or neither in front of “****days****”.*]  Generalmente, puede esperar recibir sus medicamentos de receta[*sponsors have the option to insert either*“dentro de los [*insert “<*number> días siguientes a”] *OR*“de[*insert <*number>] a [*insert<*number> días después de”] la fecha en que la farmacia reciba el pedido por correo.Si no recibe sus medicamentos de receta en este periodo de tiempo póngase en contacto con nosotros llamando al [*insert<*Toll-free number and TTY number/TRS Relay number 711*>and optionally other contact information*].

## Farmacias de Servicios de Infusión en el Hogar

*<****Note:*** *Plans should provide any additional information on home infusion pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.* >

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

***[Opcional: <****Web and e-mail address>*]

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

## Farmacias de Cuidado de Largo Plazo

Los residentes de una clínica de cuidado de largo plazo pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos bajo <Plan Name> a través de la farmacia de cuidado de largo plazo de la clínica u otra farmacia de cuidado de largo plazo de la red.

*<****Note:*** *Plans should provide any additional information on long-term care pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.* >

<Pharmacy/Long-Term Facility Name>

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

<Phone Number>

***[Opcional:*** *<Web and e-mail address>*]

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

## Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas / Tribales / del Programa de Salud Indígena Urbano (I/T/U)

Solamente los nativos americanos y los nativos de Alaska tienen acceso a las Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas / Tribales / del Programa de Salud Indígena Urbano ( I/T/U) a través de la red de farmacias de <Plan Name>. Los que no son nativos americanos y nativos de Alaska pueden acceder 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>*

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

***[Opcional:*** *<Web and e-mail address>*]

***[Opcional:*** *<Special Services:>] [****Note:*** *This field is optional. Examples of special services include: Home Delivery, Drive Thru, Compounds Prepared].*

***[Opcional:*** <*Days/Hours of Operation>] [****Note:*** *You may also indicate if a pharmacy is open 24 hours a day and/or 7 days per week.*]

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

**[Farmacias de la Red Fuera de <Geographic Area>]**

[Tenemos farmacias fuera del área de servicio donde usted puede obtener sus medicamentos cubiertos como miembro de nuestro plan.]

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*[****Optional: <****Web and e-mail addresses >]*

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]]*

**[*Optional:* [*Create categories for additional types of network pharmacies not encompassed in the categories above*]**

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*[****Optional: <****Web and e-mail addresses >]*

*[****Optional:*** *Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]]*

*[Appropriate language, including disclaimers, is expected to appear in this document on topics including: pharmacy disclaimers including mail order (MMG §50.15); Federal contracting (MMG §50.1); material ID Number (MMG §40.1); non-English translations (MMG §50.4); pharmacy directory (MMG §60.4).]*

*[BACK COVER]*

*[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]*