**Instructions to Health Plans**

* [*Distribution Note: Enrollment – Plans must provide a Provider and Pharmacy Directory or information about how to access or get a Directory to each Participant upon enrollment. Plans must ensure that an online Directory contains all the information required in a print Directory. Refer to the State’s specific Marketing Guidance for detailed instructions.*]
* [*Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to* [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/index.html*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/index.html)*.*]
* [*Plans are encouraged to make Directory content on their websites machine readable. As described in the 2017 Final Call Letter, machine readable is defined as a format in a standard computer language (not English text) that can be read automatically by a web browser or computer system.*]
* [*Plans may provide subdirectories (e.g., by specialty, by county) to 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 upon request. Subdirectories must be consistent with all other requirements of section Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY/TDD number and days and hours of operation*.]
* [*Plans should note that the EOC is referred to as the “Participant Handbook.” Plans must use the term “Participant Handbook.”.*]
* [*Plans should indicate that the Directory includes providers of both Medicare and Medicaid services.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for Participants to go online.*]
* [*Plans are encouraged to include an Index for Providers and for Pharmacies*.]
* [*In accordance with additional plan instructions in the model, plans have the option of moving general pharmacy information to appear after general provider information ends and before provider listing requirements begin.*]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue to the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Participant Handbook, insert:* **This section is continued on the next page***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

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

**Introducción**

Este *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información sobre los tipos de proveedores y farmacias en <plan name> y nombra todos los proveedores y farmacias del plan hasta la fecha de este Directorio. Los listados contienen las direcciones e información de contacto de proveedores y farmacias, así como detalles como los días y horas de operación, especialidades, y habilidades. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

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

**Tabla de Contenido**

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc520277830)

[B. Proveedores 6](#_Toc520277831)

[B1. Términos clave 6](#_Toc520277832)

[B2. Proveedor de cuidados primario (PCP) [*if appropriate, include:* or Equipo interdisciplinario] 8](#_Toc520277833)

[B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 9](#_Toc520277834)

[B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name> 9](#_Toc520277835)

[B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 10](#_Toc520277836)

[B6. Lista de proveedores de la red 10](#_Toc520277837)

[C. Proveedores de la red de <plan Name> 12](#_Toc520277838)

[C1. El símbolo “ADA+” 12](#_Toc520277839)

[C2. [*Include Provider Type (e.g.,* Médicos de cuidados primarios, especialistas – Cardiólogos, Proveedores de respaldo – Agencias de salud en el hogar*)*] 15](#_Toc520277840)

[C3. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo – Comidas entregadas a domicilio*)*] 17](#_Toc520277841)

[D. Lista de farmacias de la red 19](#_Toc520277842)

[D1. Cómo identificar a las farmacias de red la de <plan name> 19](#_Toc520277843)

[D2. Suministro de recetas a largo plazo 20](#_Toc520277844)

[E. Farmacias de la red de <plan name> 21](#_Toc520277845)

[E1. The “ADA+” Symbol 21](#_Toc520277846)

[E2. Farmacias minoristas y de cadena 22](#_Toc520277847)

[E3. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo] 23](#_Toc520277848)

[E4. Farmacias de medicamentos de infusión en el hogar 24](#_Toc520277849)

[E5. Farmacias de cuidados a largo plazo 25](#_Toc520277850)

[E6. Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area*.] 26](#_Toc520277851)

[E7. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include*.] 27](#_Toc520277852)

[F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 29](#_Toc520277853)

[F1. Proveedores 29](#_Toc520277854)

[F2. Farmacias 29](#_Toc520277855)

A. Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* Este Directorio tiene una lista de los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y sociólogos) o de las instituciones (como hospitales o clínicas) y de los proveedores de respaldo (como las Guarderías para adultos mayores y los proveedores de salud en el hogar) que usted puede visitar como participante de <plan name>. También tiene 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. Ésta es una lista de proveedores de la red de <plan name> para [insert description of the plan’s service area, including a list of counties and cities/towns].
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]
* Usted puede pedir este idocumento en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY/TDD numbers and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita.
* [Plans must simply describe how they will request a Participant’s preferred language and/or format and keep the information as a standing request for future mailings and communications. Plans must also describe how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]
* El Estado de New York ha creado un programa de ombudsman del participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), para proporcionar a los participantes, ayuda gratuita y confidencial en todos los servicios que ofrece <plan name>. Puede comunicarse con ICAN llamando al 1-844-614-8800 o por internet en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)
* La lista está actualizada hasta el **<date of publication>**, pero usted debe saber que:
* Podríamos haber agregado o quitado 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 la red de proveedores de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

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 en donde se encuentra un proveedor o una farmacia*.*]

B. Proveedores

B1. Términos clave

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

* Los **proveedores** son profesionales 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, por sus siglas en inglés), suministros, medicamentos de receta, equipos y otros servicios.
* El término proveedores también incluye instituciones, como hospitales, clínicas y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.
* A los proveedores que son parte de la red de nuestro plan les llamamos **proveedores de la red.**
* Los **proveedores de la red** son los proveedores que tienen contratos para proporcionar servicios a los participantes de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red deben cobrarnos directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente usted no pagará nada por los servicios cubiertos.
* Si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, usted puede ver estos proveedores incluso si no pertenecen a la red del plan.
* Un **Proveedor de cuidados primarios** (PCP) es [plans should include examples as they see fit] quien le da el cuidado de salud de rutina. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo conocerá sus necesidades de salud. Si usted lo pide y si su PCP está dispuesto, éste podría participar en su Equipo interdisciplinario y ayudará en la planificación de su cuidado, asegurándose que usted reciba todos los servicios que necesita.
* Los **especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay algunos ejemplos:
* Los oncólogos cuidan de pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos cuidan de pacientes con enfermedades del corazón.
* Los ortopedistascuidan de pacientes con ciertas enfermedades óseas, de las articulaciones o musculares.
* También tendrá acceso a un **Administrador de cuidados** y **Equipo interdisciplinario (IDT)** que usted ayudará a elegir.
* Un Administrador de cuidadostrabaja estrechamente con usted y su Equipo interdisciplinario, para desarrollar un Plan de servicios específico para usted, que le ayuda a administrar sus servicios médicos, de salud del comportamiento, de servicios y respaldos a largo plazo y sus necesidades sociales y funcionales.
* Su Equipo interdisciplinario (IDT)le ayuda a coordinar sus cuidados. Esto significa que se aseguran que sus proveedores estén al corriente de los cuidados que usted recibe, los medicamentos que usted toma, las pruebas y exámenes de laboratorio que le hacen y se aseguran que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. Usted y su IDT desarrollarán su Plan de servicios específico para usted, que indicará todas sus necesidades y servicios, fijará metas para atender esas necesidades y determinará las maneras para comprobar que esas necesidades sean satisfechas. Su IDT se pondrá en contacto con usted tan a menudo como sea necesario. Su IDT incluye:
* Usted y su representante(s), y
* Su Administrador de cuidados.

También puede decidir que cualquiera de las personas siguientes participen en todas o cualquiera de las reuniones de su IDT.

* Su Proveedor de cuidados primarios (PCP), incluyendo un médico, una enfermera de práctica avanzada, un asistente médico o un especialista que haya aceptado servir como su PCP o un representante del consultorio de la práctica de su PCP que tenga experiencia clínica (como una enfermera titulada, enfermera de práctica avanzada, un asistente médico) y que tengan conocimiento de sus necesidades;
* El profesional de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o el representante del consultorio de su profesional de BH (o de su práctica) que tenga experiencia y que tenga conocimiento de sus necesidades;
* El asistente de cuidados en el hogar, o un representante de la agencia de cuidados en el hogar con experiencia clínica, que está familiarizado con sus necesidades, si usted está recibiendo cuidados en el hogar;
* Un representante clínico de una institución de enfermería, si está recibiendo cuidados en una institución de enfermería;
* Otros individuos, incluyendo:
* Otros proveedores, ya sea que usted o su representante los pidan, o que sean recomendados por otros miembros del IDT, si son necesarios para planear su cuidado y están aprobados por usted o por su representante; o
* La enfermera registrada (RN) que ha completado su evaluación.

**B2. Proveedor de cuidados primario (PCP)** [*if appropriate, include:* **or Equipo interdisciplinario**]

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

Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un Proveedor de cuidados primario. [If appropriate include: Usted puede tener un especialista como su PCP.] [If applicable, describe circumstances under which a specialist may act as a PCP and how to ask for one (e.g., llame a Servicios al participante).]

Para elegir un PCP, vaya a la lista de proveedores de la página <page number> y elija un proveedor:

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

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

* Para obtener la información más actual sobre la red de proveedores de <plan name> en su área, vaya a <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation> La llamada es gratuita.
* Si quiere ayuda para elegir un PCP, por favor llame a servicios al participante al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. O, vaya a <web address>.
* Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted quiera o necesite, llame a su Administrador de cuidados y al Equipo interdisciplinario o a Servicios al participante y pregunte, **antes** de recibir los servicios o el cuidado.

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

Como participante de <plan name>, usted podría recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), como [insert examples with explanations of services available to Participants]. LTSS ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en una institución de enfermería o en un hospital. En el Capítulo 4 del *Manual del participante* hay una lista completa de los servicios de LTSS que cubrimos.

[Plans 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>

[HMO plan types must include the following language through the end of the section.] Usted deberá recibir todos sus servicios cubiertos de proveedores dentro de nuestra red. Si visita proveedores que no estén en la red de <plan name> (sin autorización previa de nosotros o sin nuestra aprobación), usted tendrá que pagar la factura.

Una autorización previa es una aprobación de <plan name> que tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios, medicamentos o ver un proveedor fuera de 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 urgente o de emergencia o diálisis y no puede ir a un proveedor del plan, como cuando usted está lejos de su casa. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede ir fuera del plan para otros servicios fuera de una emergencia, si <plan name> o su IDT le dan permiso antes.

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento. Si ha estado consultando a un proveedor de la red, usted no tiene que seguir viendo a ese proveedor. [Plans should modify or add language with plan specific rules about PCP changes.]
* <Plan name> trabaja con todos los proveedores de nuestra red, para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidades. Como sea aplicable, la lista de proveedores de la red en este directorio incluye la información sobre las adaptaciones que proporcionan los proveedores. Si tiene que consultar a un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con suEquipo interdisciplinario y su Administrador de cuidados para que le ayuden.

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

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

B6. Lista de proveedores de la red

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

* **Profesionales de cuidado de salud y proveedores de respaldo,** incluyendo médicos personales, especialistas, proveedores de salud del comportamiento, servicios de un día para adultos, guardería social, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor, alimentos entregados en el hogar y congregados; agencias de salud en el hogar, modificaciones medioambientales, servicios de mantenimiento del hogar, transporte fuera de emergencias, destrezas y capacitación para la vida independiente, asistencia para mudanzas, servicios de cuidado personal, servicios de respuesta a emergencias personales, enfermería privada, servicios de respiro, servicios de respaldo en el hogar y la comunidad y [insert any other types of health care professionals the plans are required to include], **y**
* **Instituciones,** incluyendohospitales, instituciones de enfermería especializada, instituciones de salud mental y [insert any other types of facilities the plans are required to include].

Los proveedores están nombrados en orden alfabético por apellido. [*Insert if applicable*: Usted también puede encontrar el nombre del proveedor y la página en donde se encuentra la información adicional del proveedor en el Índice al final del Directorio. Los proveedores también se nombran en orden alfabético por apellido en el Índice.] Además de la información de contacto, las listas de proveedores también incluyen las especialidades y habilidades, por ejemplo, lenguajes hablados o capacitación de conocimiento cultural.

Capacitación de conocimiento cultural es instrucción adicional para nuestros proveedores de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores, y creencias para adaptar sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y de idioma.

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

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

[*Plans have the option to move general pharmacy information from pages 18-19 to appear here before provider listings begin.*]

C. Proveedores de la red de <plan Name>

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

1. **Tipo de Proveedor** [Plans are required to include PCPs, Specialists, Hospitals, Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities, Mental Health Providers, and Long-Term Services and Supports Providers. Plans are permitted to list Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities together under the same provider type category.]
2. **Condado** [List alphabetically.]
3. **Ciudad** [List alphabetically.]
4. **Barrio/Código postal** [Optional: For larger cities, plans may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
5. **Proveedor** [List alphabetically.]

Usted puede recibir servicios de cualquiera de los proveedores de esta lista.

[**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, home-delivered meals). In consultation with the State, plans should use reasonable judgment to determine each network provider’s type and include its applicable requirements according to the examples on the following pages. Plans should include location-specific requirements (e.g., public transportation, languages, accommodations for those with physical disabilities) for each provider with more than one address in the Directory. *Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should* *consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.*]

**C1. El símbolo “ADA+”**

Si un proveedor tiene este símbolo, **ADA+**, junto a su nombre, eso significa que el proveedor cumple con las normas de accesibilidad del programa FIDA. Esto significa que el proveedor cumple con todos los 25 requisitos siguientes, excepto algunos que posiblemente no sean aplicables a ese tipo de proveedor.

Estos son los requisitos que tienen que cumplir los proveedores si tienen “ADA+” junto a sus nombres:

1. El consultorio tiene por lo menos un sendero de acceso para sillas de ruedas, desde una entrada hasta una sala de examen.
2. Las mesas de examen y todo el equipo es accesible para las personas con discapacidades.
3. Cuando se proporciona espacio de estacionamiento, hay espacios reservados para personas con discapacidades. También hay rampas peatonales en las aceras y en las zonas de recoger/dejar pacientes.
4. Cuando se proporciona espacio de estacionamiento, hay un número suficiente de espacios de estacionamiento accesibles (de 8 pies de ancho para el automóvil y un pasillo de acceso de 5 pies).
5. Para un proveedor con estacionamiento accesible para personas con discapacidades, hay un sendero estable, firme y no resbaladizo, desde los espacios de estacionamiento para discapacitados hasta la entrada de la institución. El sendero no requiere del uso de escaleras. A excepción de los cortes en las aceras, el sendero es de 36 pulgadas de ancho.
6. Hay una forma para que las personas que usen sillas de ruedas o que necesiten otras ayudas para su movilidad, puedan entrar tan libremente como los demás. Esa ruta de desplazamiento es segura y accesible para todos, incluyendo las personas con discapacidades.
7. La puerta de entrada principal exterior, usada por las personas con discapacidades de movimiento para acceder a los espacios públicos, cumple con las normas de seguridad. Esto incluye una abertura despejada, escalones bajos y perillas de puerta a una altura accesible.
8. Hay una rampa de acceso para sillas de ruedas. Las pendientes de la rampa son accesibles para sillas de ruedas, los pasamanos son sólidos y a una altura suficiente para el acceso de sillas de ruedas; el espacio entre pasamanos es suficientemente amplio para que pase una silla de ruedas y las rampas no son resbaladizas y son libres de toda obstrucción (grietas).
9. Donde haya escaleras en la entrada principal, también hay una rampa o plataforma elevadora o una entrada accesible alterna.
10. Todas las entradas accesibles tienen letreros que indiquen la ubicación de la entrada accesible más cercana.
11. La entrada accesible puede usarse de manera independiente y sin ayuda.
12. Las esterillas de puerta tienen una altura de media pulgada o menos y bordes redondeados y están sujetas al piso.
13. Las salas de espera y de examen son accesibles para las personas con discapacidades.
14. La disposición interior del edificio permite que las personas con discapacidades puedan obtener materiales y servicios sin ayuda.
15. Las puertas interiores cumplen con los criterios anotados arriba para la puerta exterior.
16. Las rutas de acceso a todos los espacios públicos de la institución tienen 31 pulgadas de ancho.
17. En las áreas públicas donde se prestan servicios, hay un área circular de 5 pies de diámetro o un espacio en forma de “T”, para que una persona en silla de ruedas pueda virar y volver en dirección opuesta.
18. Todos los botones y otros controles del pasillo no están a más de 42 pulgadas de altura.
19. Todos los ascensores de la institución tienen letreros con letras en relieve y en braille junto a la puerta y en los controles dentro de la cabina. Los ascensores también tienen botones de llamada en el pasillo a no más de 42 pulgadas   
    de altura.
20. Se proporcionan intérpretes de idioma de señas y otras ayudas auxiliares, cuando sea necesario.
21. El baño público es accesible para silla de ruedas.
22. La puerta exterior del baño y las de los privados interiores cumplen con los criterios anotados arriba para las puertas exteriores.
23. Hay por lo menos un privado accesible para sillas de ruedas en el baño público, con un área de por lo menos 5 pies por 5 pies, además del espacio para abrir la puerta. O, por lo menos hay un privado que tenga un acceso más amplio que un privado típico (36 por 69 pulgadas ó 48 por 69 pulgadas).
24. En el privado accesible del baño público, hay barras de soporte atrás y en la pared lateral más cercana al retrete.
25. Hay un privado en el baño público con instalaciones que cumplen con las normas de accesibilidad, como retrete, lavabo, grifos y jaboneras accesibles.

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

C2. [*Include Provider Type (e.g.,* Médicos de cuidados primarios, especialistas – Cardiólogos, 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*** *health care professionals and non-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 state 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., public transportation route and types, non-English languages (including ASL)).*]

[***Note:*** *Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual provider level throughout or by inserting a prominent statement indicating that Participants may call Participant Services to get the information. For example, “*Call Participant Services at <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>, if you need information about a provider’s other credentials and/or certifications, completion of cultural competency training, and/or areas of training and experience*.”*]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C3. [*Include Facility Type (e.g.,* Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo – Comidas entregadas a domicilio*)*]

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

**<State> | <County>**

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

<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 state 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.*]

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

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

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

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

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

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

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

[*Plans have the option to move the following general pharmacy information from pages 18-19 to start on page 10 before provider listing requirements begin.*]

D. Lista de farmacias de la red

Esta parte del Directorio ofrece una lista de farmacias de la red de <health plan>. 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, it must use this disclaimer:] También anotamos farmacias que son parte de nuestra red, pero están fuera del área de <geographic area>, donde usted vive. Usted también puede surtir sus recetas en estas farmacias. Por favor comuníquese con <plan name> al <toll-free number>, <days and hours of operation>, para pedir información adicional.

* Los participantes de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta.
* Usted deberá usar farmacias de la red, excepto en situaciones de emergencia o de urgencia. Si visita una farmacia fuera de la red para buscar medicamentos de receta fuera de una emergencia, usted tendrá que pagar de su bolsillo por el servicio. Lea el Manual del participante de <plan name> para obtener más información.
* Algunas farmacias de la red podrían no estar anotadas en este Directorio.
* Podríamos haber agregado o borrado algunas farmacias de la red después de la publicación de este Directorio.

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

Para obtener una descripción completa de su cobertura de medicamentos de receta, incluyendo cómo surtir sus recetas, por favor lea 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 red la de <plan name>

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

* [Plans should insert only if they include mail-order pharmacies in their network.] Farmacias de pedidos por correo envían medicamentos de receta cubiertos a miembros a través del correo o compañías de envíos.
* Farmacias de infusiones en el hogar preparan medicamentos de recetas que se administran en su casa a través de una vena, dentro de un músculo, o en otra manera no oral por un proveedor entrenado.
* Farmacias de cuidados a largo plazo (LTC) atienden a residentes de instituciones a largo plazo, como una institución de cuidados intermedios o una institución de enfermería especializada
* [Plans should insert only if they include I/T/U pharmacies in their network.] Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U)
* [Plans should insert any additional pharmacy types in their network. *Plans are encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in their network*]

No se requiere que usted siga visitando las mismas farmacias para surtir sus recetas. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

**D2. Suministro de recetas a largo plazo**

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

* **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos de receta de hasta <number> días, enviados directamente a su hogar. Así como no hay un copago para un mes, no hay un copago para 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. Así como no hay un copago para un mes, no hay un copago para un suministro de <number> días.

E. Farmacias de la red de <plan name>

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

1. **Tipo de Farmacia** [del plan, de pedidos por correo, de infusión en el hogar, I/T/U]
2. **Estado** [Include only if Directory includes multiple states.]
3. **Condado** [List alphabetically.]
4. **Ciudad** [List alphabetically.]
5. **Barrio/Código postal** [Optional: For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood.]
6. **Farmacia** [List alphabetically.]

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

[**Note:** Plans must indicate when a pharmacy is not available to all Participants. If symbols are used, a legend must be provided. Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.]

**E1. The “ADA+” Symbol**

Si una farmacia tiene este símbolo, **ADA+**, junto a su nombre, eso significa que la farmacia cumple con las normas de accesibilidad del programa FIDA. Esto significa que la farmacia cumple con **todos** los 25 requisitos de la página <page number>, excepto algunos que posiblemente no serían aplicables a una farmacia. Por ejemplo, una farmacia no tendría una sala de examen, así que el requisito sobre salas de examen no sería aplicable 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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.” See exceptions in second Note below.*]

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

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

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

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

E3. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo]

[*Include if applicable*: You can get prescription drugs shipped to your home through our network mail order delivery program [*plans may insert:* which is called <name of program>]. [*Plans are expected to advise Participants that pharmacies are to obtain consent before shipping or delivering any prescriptions the Participant does not personally initiate.*]

*Plans whose network mail order services provide automated delivery insert the following sentence*: You also have the choice to sign up for automated mail order delivery [*plans may insert*: through our <name of program>.] [*Plans have the option to insert either “business” or “calendar” or neither in front of “days” in the following sentence:*] Typically, you should expect to get your prescription drugs [*insert as applicable*: within <number> days ***or*** from <number> to <number> days] from the time that the mail order pharmacy gets the order. If you do not get your prescription drug(s) within this time [*insert as applicable:* or if you would like to cancel an automatic order], please contact us at <toll-free number>. [TTY/TDD: <phone number>]. To learn more about mail order pharmacies, see Chapter 5 of the *Participant Handbook*, [*plans may insert reference, as applicable*].]

**<State> | <County>**

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

<Pharmacy Name>

<Toll-free number>  
<TTY/TDD number>

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

[*Optional: Include* *days and hours of operation.*]

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

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

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

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

E4. Farmacias de medicamentos de infusión en el hogar

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

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

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Include days and hours of operation.]

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

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Entrega a domicilio, servicio en su coche, medicamentos preparados.]

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

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

E5. Farmacias de cuidados a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como una institución de enfermería especializada, pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos por <plan name> a través de la farmacia de la institución o de otra farmacia de la red. Para recibir más información sobre la cobertura de farmacia en casos especiales, vea el Capítulo 5 del *Manual del miembro* [*plans may insert reference, as applicable*].

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

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

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

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

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

<Phone Number>

[Optional: Include web and e-mail addresses]

[Include days and hours of operation.]

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

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Entrega a domicilio, servicio en su coche, medicamentos preparados.]

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

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

E6. Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U) [*Note: This section applies only if there are I/T/U pharmacies in the service area*.]

Sólo los indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de Indian Health Service / Tribu / Programa urbano de salud india (I/T/U) a través de la red de farmacias de <plan name>. Para aquellos que no sean indígenas americanos y nativos de Alaska, es posible que puedan ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (p.ej.: emergencias).

[**Note:** Plans should provide any additional information on I/T/U pharmacy services in their 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]

[Include days and hours of operation.]

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

[Optional: <Special Services:>] [**Note:** Examples of special services include Entrega a domicilio, servicio en su coche, medicamentos preparados.]

[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 plans to include*.]

You can get your drugs covered at any of our network pharmacies. This includes our network pharmacies outside of our service area.

**<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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”*]

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

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

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

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

**<State> | <County>**

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

<Pharmacy Name> [*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. Plans may indicate special services/hours of operation with symbols, although text is preferred. If symbols are used, a legend must be provided. For example, plans may use a clock to indicate that a pharmacy is open 24 hours per day. However, it is easier for readers if the Directory simply states, “Open 24 hours.”*]

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

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

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

F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias]

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

F1. Proveedores

[Plans must present entries in alphabetical order.]

F2. Farmacias

[Plans must present entries in alphabetical order.]