**Instructions to Health Plans**

* [*Distribution Note: Enrollment – Plans must provide a Provider and Pharmacy Directory or information about how to access or receive a Directory to each member upon enrollment. Plans must ensure that an online Directory contains all the information required in a print Directory. Refer to the State’s specific Marketing Guidance for detailed instructions.*]
* [*Plans are 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*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557)*.*]
* [*Plans are required to make Directory available on their websites in a searchable and machine readable file and format. 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 are required to make the Directory publicly accessible without the necessity of providing a password, a username, or personally identifiable information.*]
* [*Plans may provide subdirectories (e.g., by specialty, by county) to enrollees if the subdirectory clearly states that the complete Directory of all of its providers and pharmacies is available and will be provided to enrollees upon request. Subdirectories must be consistent with all other requirements of Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance. Plans may publish separate primary care and specialty directories if both directories are made available to enrollees at the time of enrollment.*]
* [Plans may add a cover page to the Directory. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [*If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation*.]
* [*Plans should note that the EOC is referred to as the “Member Handbook.” If plans do not use the term “Member Handbook,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Plans that assign members to medical groups must include language as indicated in plan instructions throughout the Directory. If plans use a different term, they should replace “medical group” with the term they use.*]
* [*Plans should indicate that the Directory includes providers of both Medicare and Texas Medicaid services.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members 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 Member Handbook, insert:* **Esta sección se continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

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

**Introducción**

Este *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información sobre los tipos de proveedores y farmacias en <plan name> y 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. Términos clave y sus defeniciones se encuentran en orden alfabético en el último capítlo del *Manual del miembro*.

[*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 Contenido**

A. Renuncias de garantías 6

B. Proveedores 7

B1. Términos clave 7

B2. Cuidado primario [*insert term the plan uses (e.g*., Proveedor or Médico*)*] primario (PCP) [*if appropriate, include:* o Equipo integral de cuidados personales] 9

B3. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) 10

B4. Cómo identificar a los proveedores de la red de <plan name> 10

B5. Cómo encontrar proveedores de <plan name> en su área 11

B6. Lista de proveedores de la red 11

C. Proveedores de red <Plan Name> 13

C1. [Include *Provider Type (e.g.,* Médicos personales, Especialistas – Cardiología, Proveedores de respaldo – Agencias de salud en el hogar*)*] 14

C2. [*Include Facility Type (e.g.*, Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo – Alimentos entregados en el hogar*)*] 16

D. Lista de farmacias de red 18

D1. Cómo identificar a las farmacias de red de <plan name> 18

D2. Suministro de recetas a largo plazo 19

E. Farmacias de la red de <plan name> 20

E1. Farmacias minoristas y de cadena 21

E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo] 22

E3. Farmacias de infusiones en el hogar 23

E4. Farmacias de cuidados a largo plazo 24

E5. 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.*] 25

E6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [*Note: This category is optional for plans to include*.] 26

F. [*Optional:* Índice de proveedores y farmacias] 28

F1. Proveedores 28

F2. Farmacias 28

# A. Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* 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.*]
* Este documento está disponible gratis en otros idiomas y formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [Plans also must simply describe:
* how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,
* how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, and
* *how a member* *can change a standing request* for preferred language and/or format.]
* Este Directorio contiene los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y sicolólogos) o las instituciones (como hospitales o clínicas) y los proveedores de respaldo (como las Guarderías de día para adultos y proveedores de salud en el hogar) que usted puede visitar como miembro 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. 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].

La lista está al corriente hasta el <**date of publication**>, pero usted debe saber que:

* Podríamos haber agregado o retirado algunos proveedores de la red de <plan name> después de la publicación de este Directorio.
* Posiblemente algunos proveedores de <plan name> de nuestra red ya no acepten miembros nuevos. Si usted tiene algún problema para encontrar un proveedor que acepte miembros nuevos, llame a Servicios a los miembros al <toll-free number> y le ayudaremos.
* Para obtener la información más actual sobre la red de proveedores de <plan name> en su área, use la información de contacto o el website de Servicios a los miembros al fnal de esta página.

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

* Para **reportar cualquier error** que usted encuentre en este **directorio, envíenos un correo electónico <e-mail address>** o **llame a Servicios al miemro utilizando la información al final de esta página.**

# B. Proveedores

## B1. Términos clave

[Plans should feel free to modify this section as necessary. For example, plans that use integrated Primary Care Teams should explain the composition of the teams and how they work. Plans should also include information about the integrated individual care plans developed for each member.]

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

* **Los proveedores** son profesionales del cuidado de salud y proveedores de apoyo, como médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas, servicios dentales, proveedores de servicios de visión, y otras personas que proporcionan cuidado y servicios. **Los servicios** incluyen cuidado médico, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), suministros, medicamentos de receta, equipos y otros servicios.
  + El término proveedores también incluye instituciones, como hospitales, clínicas y otros sitios que proporcionan servicios médicos, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.
  + A los proveedores que son parte de la red de nuestro plan les llamamos proveedores de la red.
* **Los proveedores de la red** son los proveedores que tienen contratos para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de nuestra red, de manera general, nos cobran directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visite a un proveedor de la red, generalmente pagará [insert as applicable: no nada **or** solamente su parte del costo] por los servicios cubiertos.
* Un [insert the term the plan uses (e.g., **proveedor** **or** **médico**)] **primario (PCP)** es [plans should include examples as they see fit] quien le da el cuidado de salud de rutina. Su PCP llevará sus expedientes médicos y con el tiempo le conocerá a usted y sus necesidades de salud. [Plans should include this sentence if applicable to plan arrangement: Su PCP también le dará una **preautorización** si usted tiene que consultar un especialista u otro proveedor.]
* **Los especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos cuantos ejemplos:
  + Los oncólogos cuidan de pacientes con cáncer.
  + Los cardiólogos cuidan de pacientes con enfermedades del corazón.
  + Los ortopedistas cuidan de pacientes con ciertas enfermedades óseas, de articulaciones o musculares.
* [*Plans that assign members to medical groups must* clearly and briefly define the term “medical group.” Plans must also include a reference to additional information in Section B2 that explains a medical group’s potential impact on enrollees.]
* [Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.] Posiblemente necesite un **referido** para ver a un especialista o a alguien que no sea su PCP. Un **referido** significa que su PCP debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a algiuén que no sea su PCP. Si usted no obtiene la referencia, <plan name> podría no cubrir el servicio.
  + No se necesitan referido de [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] para:
    - Cuidados de emergencia;
    - Cuidado necesario urgentemente;
    - Servicios de diálisis renal que usted recibe en una institución de diálisis certificada por Medicare, cuando usted está fuera del área de servicio del plan o
    - Servicios de un especialista en salud femenina.
    - [Plans may insert additional exceptions as appropriate.]
  + Además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indios, usted puede ver estos proveedores sin preautorización. Debemos pagar al proveedor de salud indio por esos servicios, aunque estén fuera de la red de nuestro plan.
  + Encontrará más información sobre preautorizaciones en el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.
* Usted también tiene acceso a un **Equipo de cuidados** y a un **Coordinador de cuidados** que usted ayuda a elegir.
  + Un **Coordinador de cuidados**, que trabaja estrechamente con usted, dirigirá su Equipo de cuidados y desarrollará un plan de cuidados de salud para ayudarle a administrar sus respaldos y servicios de salud del comportamiento y sus necesidades sociales y funcionales.
  + Su **Equipo de cuidados** [plans should describe the care team as appropriate to the plan]. El Coordinador de cuidados dirige a todos los integrantes del Equipo de cuidados, quienes trabajan juntos para asegurarse que sus cuidados sean coordinados. Esto significa que se aseguran que sus proveedores estén al corriente de los cuidados que usted reciba, los medicamentos que usted toma y las pruebas y exámenes de laboratorio que le hacen y que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. Su Equipo de cuidados también evaluará sus necesidades para determinar si necesita ayuda en otras áreas, además de sus necesidades de salud, como sus necesidades físicas o sociales. Su Equipo de cuidados estará en contacto con usted tan seguido como sea necesario, dependiendo del plan de cuidados que usted ayude a desarrollar.
  + El Coordinador de cuidados y el equipo de cuidados desarrollarán, con su ayuda, un **Plan de cuidados**. El Plan de cuidados contendrá todas sus necesidades, fijará metas para atender esas necesidades y determinará las maneras de comprobar que esas necesidades sean satisfechas o si hay necesidad de cambiarlas. También incluirá un plan de servicios si usted recibe servicios basados en el hogar y la comunidad.

## B2. Cuidado primario [*insert term the plan uses (e.g*., Proveedor or Médico*)*] primario (PCP) [*if appropriate, include:* o Equipo integral de cuidados personales]

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

Primero, usted [tendrá que **or** deberá] elegir un [insert the term the plan uses (e.g., proveedor **or** médico)] personal. [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 miembro.]

[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 preautorizaciones para especialistas y servicios que también están asociados con su grupo médico.

* Si hay algún especialista u hospital que usted quiera usar, es importante ver si están asociados con el grupo médico de su PCP.Usted puede ver en este Directorio o preguntar a Servicios al miembro de <plan name> si el PCP que usted quiere da preautorizaciones para ese especialista o usa ese hospital.
* Si usted no se queda dentro del grupo médico de su PCP, es posible que <plan name> no cubra el servicio.]

Para elegir un PCP, vaya a la lista de [insert term the plan uses, e.g.: proveedores **or** médicos] de la página <page number> y elija un [insert term the plan uses, e.g.: proveedor **or** médico]:

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

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

* Si quiere ayuda para elegir a un PCP, por favor llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. O, vaya a <web address>.
* Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted quiera o necesite, llame a servicios a Miembros y pregunte, **antes** de recibir los servicios o el cuidado.

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

Como miembro de <plan name>, usted podría obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), como [insert examples with explanations of services available to members]. LTSS ayuda a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un centro especializado de enfermería u hospital.

[Plans should include information regarding accessing LTSS and talking with a Care Coordinator.]

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

[Plans should delete this paragraph if they don’t require referrals for any services.] Posiblemente necesite una preautorización para consultar a una persona que no sea un [insert term the plan uses, e.g.: proveedor **or** médico] personal. Hay más información sobre preautorizaciones en la sección B1 de este Directorio, en la página <page number>.

[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. [insert if applicable: asociados con el grupo médico de su PCP]. Si visita 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 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 a un proveedor fuera de red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio o medicamento si no reciba 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 y su familia están lejos de casa. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede ir fuera del plan [insert if applicable: o del grupo médico de su PCP] para otros servicios fuera de emergencias, si <plan name> le da permiso antes.

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento durante el año. Si ha estado consultando un proveedor de la red, usted no tiene que seguir viendo a ese proveedor. [Plans should modify or add language with plan specific rules about PCP changes. Plans should include the following language if appropriate: Para algunos proveedores, posiblemente necesite una preautorización de su PCP.]
* [Insert if applicable: Recuerde, los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Si usted cambia su PCP, posiblemente también cambie de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de avisar a Servicios al miembro si está viendo un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP. Servicios al miembro le ayudará a garantizar que usted pueda continuar 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. Como sea aplicable, la lista de proveedores de la red de este directorio incluye la información sobre las adaptaciones que proporcionan los proveedores.
* Si tiene que consultar a un proveedor y no está seguro de que ofrezca las adaptaciones que usted necesita, <plan name> puede ayudarle. Hable con su [insert: equipo de cuidados **or** coordinador de cuidados **or** asistente certificado del paciente **or** other appropriate reference] para que le ayuden.

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

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

## B6. Lista de proveedores de la red

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

* **Profesionales del cuidado de salud** incluyendo médicos personales, especialistas, proveedores de salud mental, y proveedores de servicios dentales y de visión;
* **Instituciones** incluyendo, por ejemplo, hospitales, instituciones de enfermería, instituciones de salud mental, y de vida con asistencia, y
* **Proveedores de respaldo** incluyendo, por ejemplo, servicios de día para adultos, servicios dirigidos por el consumidor, alimentos entregados en el hogar y agencias de salud en el hogar.

Proveedores se encuentran en orden alfabética 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 encuentran en orden alfabética por su apellido en el Índice.] Además de la información de contacto, las apuntaciones de los proveedores también incluyen las listas de especialidades y habilidades, por ejemplo, tales como lenguajes hablados o realización de capacitación de competencia cultural.

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

[**Note:** Plans that provide additional or supplemental benefits beyond those captured in the provider types 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 17-18 to appear here before provider listings begin.]

# C. Proveedores de red <Plan Name>

**Recommended organization:** [Plans are required to include all of the following fields but have discretion regarding the organizational layout used. However, plans that assign members to medical groups must organize the provider listing by medical group.]

1. Tipo de proveedor [Plans are required to include all of the specific provider types included in the categories for health care professionals, facilities, and support providers above.]
2. Condado [List alphabetically.]
3. Ciudad [List alphabetically.]
4. Barrio, Código postal [Optional: For larger cities, plans may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
5. Proveedor [List alphabetically.]

[Insert if applicable: Los proveedores de este Directorio están organizados alfabéticamente por grupo médico.] Usted puede recibir servicios de cualquiera de los proveedores de esta lista [insert if applicable: asociados con el grupo médico de su PCP]. [Plans should include the following language if referrals are required under the plan: Para algunos proveedores, posiblemente necesite una preautorización de su PCP.]

[**Note:** The following pages contain Directory requirements and sample formatting for provider types. Some provider types may include **both** health care professionals **and** facilities (e.g., Mental Health). Some provider types, particularly in the support provider category, may include **either** health care professionals (e.g., Consumer-Directed Services, Home Health Agencies) or facilities (e.g., Adult Day Services, Home-Delivered Meals). 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 requirement**s (e.g., days and hours of operation, public transportation, languages, accommodations for those with physical disabilities) for each provider with more than one address in the Directory. *Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should* *consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space.*]

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

## C1. [Include *Provider Type (e.g.,* Médicos personales, Especialistas – Cardiología, Proveedores de respaldo – Agencias de salud en el hogar*)*]

**<State> | <County>**

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

**<Provider Name>**

**<Affiliación con algún grupo médico si aplica>**

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

<Phone Number>

[***Note:*** *Where all**health care professionals and non-facility based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have completed cultural competence training, they have access to language line interpreters), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual provider level throughout.* When providers in a group practice are co-located and listed together in the Directory, the plan may list requirements, when appropriate, at an aggregate group practice level rather than at an individual provider level (e.g., days and hours of operation, public transportation route and types, non-English languages (including ASL).]

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

[Optional: include web and e-mail addresses]

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

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

[Include days and hours of operation.]

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

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

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

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

[As applicable, list areas the provider has training in and experience treating, including providers with expertise in treating the demonstration population. For behavioral health providers, this includes training in and experience treating trauma, child welfare, and substance abuse.]

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

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

## C2. [Include Facility Type (e.g., Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo – Alimentos entregados en el hogar)]

[**Note:** Plans may include all nursing facilities in one type and indicate what kind of nursing facility it is (e.g., skilled, long-term care, or rehabilitation) 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>**

**<Affiliación con algún grupo médico si aplica>**

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

<Phone Number>

[**Note**: Where all facilities and facility-based support providers in the plan’s network meet one or more requirements (e.g., they have completed cultural competence training, they have access to language line interpreters), the plan may insert a prominent statement to that effect at the beginning of the provider listings rather than indicating the requirement(s) at the individual provider level throughout.]

[**Note**: Plans may satisfy “as applicable” requirements either at the individual facility level throughout or by inserting a prominent statement indicating that enrollees may call Member Services to get the information. For example, plans may enter a statement such as: Llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, si necesita más información sobre una facilidad, sus otros credenciales y/o certificaciones, y/o días y horas de operación.]

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

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

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

[Include days and hours of operation.]

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

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

[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 17-18 to start on page 12 before provider listing requirements begin.*]

# D. Lista de farmacias de 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 miembro del plan.

[If a plan lists pharmacies in its network but outside the service area, it must use this disclaimer:] También anotamos farmacias que son parte de nuestra red, pero están fuera del área de <geographic area> donde usted vive. Usted también podrá surtir sus recetas en estas farmacias. Por favor comuníquese con <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>, para pedir información adicional.

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

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

**Para reportar cualquier error que usted encuentre en este directorio, envíenos un correo electónico <e-mail address> o llame a Servicios al miemro utilizando la información al final de esta página.**

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

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

Junto con farmacias minoristas, las 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 recetas cubiertos a miembros a través del correo o compañías de envío.
* Farmacias de infusiones en el hogar preparan medicamentos de receta que se administran en su casa a través de una vena, dentro de un músculo, o en otra manera no oral por un proveedor entrenado.
* Farmacias de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) atienden a residentes de respaldos a largo plazo, como hogares para personas de la tercera edad.
* [Plans should insert only if they include I/T/U pharmacies in their network.] Farmacias de Indian Health Service / Tribal / Programa urbano de salud india (I/T/U)
* [Plans should insert any additional pharmacy types in their network. *Plans are encouraged to provide a definition of any additional specialty pharmacies in their network.*]

No se requiere que usted siga visitando las mismas farmacias para surtir sus recetas.

## 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. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
* **Programas de farmacias minoristas de <number> días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta <number> días de medicamentos de medicamentos de receta cubiertos. **Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.**

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

**Recommended organization:** [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 that make **all** network pharmacies available to **all** members must insert: You can go to any of the pharmacies in our network. Plans that do **not** make all network pharmacies available to all members must indicate for each pharmacy type or individual pharmacy that the pharmacy type or pharmacy is **not** available to all members. If symbols are used, a legend must be provided. *Plans are encouraged to position a symbol legend at the beginning of the Provider and Pharmacy Directory and include an abbreviated version of the symbol legend in the footer of each page of the directory listings. Plans should consider using three-column tables in provider listings to optimize visibility and space*]

## E1. Farmacias minoristas y de cadena

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas”. See exceptions in 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 number that an enrollee can call to get the locations, phone numbers, and days and hours of operation of the chain pharmacies nearest their home. If the chain pharmacy does not have a toll-free number, plans should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for enrollees to call, then plans must list each chain pharmacy and phone number in the Directory. If the chain pharmacy does not have a TTY number, plans are instructed to list the TRS Relay number 711. Plans should not list their own Member Services number as a pharmacy phone number or TTY number.]

## E2. [*Include if applicable:* Farmacia(s) de pedidos por correo]

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

Plans whose network mail order services provide automated delivery, insert the following sentence: Usted también tiene la opción de inscribirse para entregas automáticas de pedidos por correo [plans may insert: a través de nuestro <name of program>.] Plans have the option to insert either laborables or calendario or neither in front of días in the following sentence: Generalmente, usted debe esperar recibir sus medicamentos de receta [insert as applicable: dentro de <number> días or de <number> a <number> días] desde el momento en que la farmacia de pedidos por correo recibe su pedido. Si no recibe sus medicamentos en ese plazo, [insert as applicable: si quiere cancelar un pedido automático,] o si tiene que pedir una devolución por medicamentos que recibió y no quería o no necesitaba, por favor comuníquese con nosotros al <toll-free number>. [TTY: <phone number>.] Para obtener más información sobre farmacias con pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del Manual para miembros, [*plans may insert reference, as applicable*].]

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

<Toll-free number>  
<TTY number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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.]

## E3. Farmacias de infusiones en el hogar

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

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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 cuidados a largo plazo

Los residentes de un centro especializado de enfermería, pueden acceder a sus medicamentos de receta cubiertos por <plan name> a través de la farmacia de la institución o de otra farmacia de la red. Para obtener más información sobre farmacias con pedido por correo, consulte el Capítulo 5 del *Manual para miembros*, [*plans may insert reference, as applicable*].

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

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

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

**<Pharmacy/Long-Term Facility Name>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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.]

## E5. 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 los nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de Indian Health Service / Tribu / Programa urbano de salud india (I/T/U) a través de la red de farmacias de <plan name>. Para aquellos que no sean indígenas americanos y nativos de Alaska, es posible que puedan ir a estas farmacias bajo circunstancias limitadas (por ejemplo: emergencias).

[**Note:** Plans should provide any additional information on I/T/U pharmacy services in their network and how enrollees can get more information.]

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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.]

## E6. Farmacias de la red fuera de <geographic area> [Note: This category is optional for plans to include.]

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

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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>**

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

<Phone Number>

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

[Include days and hours of operation.]

[Optional: 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, “Abierto 24 horas.”]

[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 by provider’s last name.*]

## F2. Farmacias

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