# Instructions to Health Plans

[Distribution Note: At the time of enrollment, plans have the option to either mail this Directory or to mail a document that provides enrollees with information about how to access the Directory on the plan’s website, as well as how to call the plan’s customer service call center to request assistance with locating providers and request that a hard copy Directory be mailed. Refer to the State’s-specific Marketing Guidance for detailed instructions.]

[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 section 60.4 of the Medicare Marketing Guidelines and section 60.4 of 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 Table of Contents at the beginning of the Directory.]

[If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term the plan uses.]

[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 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 members   
to go online.]

# <Plan Name> | Directorio de proveedores y farmacias para <year>

* <Plan’s legal or marketing name> es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de los dos programas a los miembros.
* La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
* Los Beneficios [y/o copagos,] pueden cambiar el 1º de enero de cada año.
* Usted puede obtener esta información gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free number>. La llamada es gratuita.
* You can get this information for free in other languages. Call <toll-free number>. The call is free.   
  Usted puede obtener esta información en otros idiomas de manera gratuita. Llame al <toll-free number>. La llamada es gratuita. [The preceding sentence must be in English and all non-English languages that meet the Medicare or State thresholds for translation, whichever is most beneficiary friendly. The non-English disclaimer must be placed below the English version and in the same font size as the English version.]
* Este Directorio contiene los profesionales del cuidado de salud (como médicos, enfermeras de práctica avanzada y sicólogos) o las instituciones (como hospitales o clínicas) y los proveedores de respaldo (como las Guarderías para personas de la tercera edad 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. 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 actualizada 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 impresión 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, visite <web address> o llame a Servicios a los miembros al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free number>. La llamada es gratuita.

Los médicos y otros profesionales de cuidado de salud de la red de <plan name> están mencionados en las páginas <page numbers>.

Las farmacias de nuestra red se encuentran en las páginas <page numbers>.

# Proveedores

## Cómo comenzar con <plan name>

[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 as applicable to the model of care.]

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 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, 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 contrato 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, en general, nos cobran directamente por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visite a un proveedor de la red, generalmente [insert as applicable: no pagará nada **or** solamente pagará su parte del costo] por los servicios cubiertos.
* **Un Proveedor de cuidado personal** (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.
* **Los especialistas** son médicos que proporcionan servicios de cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:
* **Los** **oncólogos** cuidan a pacientes con cáncer.
* **Los** **cardiólogos** cuidan a pacientes con enfermedad del corazón.
* **Los** **ortopedistas** cuidan a pacientes con ciertas enfermedades óseas (de los huesos), articulaciones o musculares.
* Usted también tiene acceso a un **coordinador de cuidados** y a **un equipo de cuidados** que usted elija. Su PCP trabajará en conjunto con su coordinador de cuidados y su equipo de cuidados.
* Su **coordinador de cuidados** le ayudará a administrar a todos sus proveedores y servicios. Esta persona trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse que usted reciba los cuidados que necesita.
* Su **equipo de cuidados incluye** [insert description of the care team as appropriate to the plan]. Todas las personas en su equipo de cuidados trabajan juntos para asegurarse que sus cuidados estén coordinados. Esto significa que se aseguran que las pruebas y exámenes de laboratorio sean hechos una sola vez y que los resultados sean compartidos con los proveedores apropiados. Esto también significa que su PCP sepa todos los medicamentos que usted toma para reducir cualquier efecto negativo. Su PCP siempre obtendrá su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

## Cómo elegir un Proveedor de cuidado personal (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 elegir un Proveedor de cuidado personal, o PCP. Si usted no elige un PCP, le asignaremos uno. [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 request one (e.g., Llame a Servicios al miembro.)]

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

* elija un proveedor que usted vea ahora, ***o***
* elija un proveedor que le haya recomendado alguien en quien usted confía, ***o***
* elija un proveedor que tenga un consultorio al que pueda llegar fácilmente.

[Plans may modify the bullet text listed above or add additional language as appropriate. Plans should further explain directions for choosing a PCP in the context of their plan type.]

* Si quiere ayuda para elegir un PCP, por favor llame a servicios al miembro al   
  <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free number>. 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, hable con su coordinador de cuidados o llame a Servicios al miembro para preguntar—*antes* de recibir los servicios o el cuidado.

## Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo

Usted podría obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que también se llaman “servicios de renuncia” de Medicaid, como [plans should provide examples with explanations of all services available to members] como miembro de <plan name>. Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a quedarse en su casa en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad u hospital. [Plans should include information regarding calling the care manager/service coordinator to access LTSS.]

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

Usted deberá recibir todos sus servicios cubiertos de proveedores dentro de nuestra red. Estos proveedores han aceptado trabajar con nosotros y proveerle servicios. Llamamos a estos proveedores “proveedores de la red.”

Las excepciones a esta regla son cuando usted necesite cuidados a largo plazo en un hogar para personas de la tercera edad, cuidado urgente o de emergencia, o diálisis y no puede ir a un proveedor del plan, como cuando usted está lejos de su casa. También, por un período de tiempo específico, después de que se inscriba en <plan name>, usted puede ver a médicos y otros proveedores de servicios fuera de la red, incluyendo hogares para personas de la tercera edad y proveedores de vida con asistencia, enfermeras para el cuidado de salud en el hogar, asistentes de enfermeras y LTSS o proveedores de “servicios de renuncia”. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.] Usted también puede ir fuera del plan si <plan name> le da permiso antes. Llame a Servicios al miembro para solicitar el uso de proveedores fuera de la red, para que podamos hacer los arreglos necesarios para usted.

* Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red en cualquier momento. 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.]
* <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 as appropriate: equipo de cuidados, coordinador de cuidados **or** asistente certificado del paciente **or** similar] para que le ayuden.

## 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.]

## Lista de proveedores de la red

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

* **Profesionales de cuidado de salud** (por ejemplo, médicos personales, especialistas, proveedores de salud mental, Proveedores certificados de servicios de planificación familiar (QFPP), dentistas y proveedores de servicios para la vista),
* **Instituciones** (por ejemplo, hospitales, instituciones de cuidado a largo plazo e instituciones de enfermería especializada para rehabilitación, instituciones de salud mental, Centros de salud con certificación federal y Centros de salud rural) y,
* **Proveedores de respaldo** (por ejemplo servicios de salud de un día para adultos, vida con asistencia, alimentos entregados en el hogar, agencias de salud en el hogar y proveedores de equipo médico para el hogar).

[**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.).]

**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, Long-Term Care Nursing Facilities, Skilled Nursing Facilities for Rehabilitation, Mental Health Providers, and Long-Term Services and Supports Providers (this includes at least those provider types that have minimum network requirements, but plans may add as many types as are under the contract – e.g., Adult Day Services, Assisted Living, Home Delivered Meals, Home Medical Equipment. Plans must include all contracted providers except hospital-based providers who are not one of the required provider types (e.g., anesthesiologists, radiologists, pathologists, emergency room physicians, etc.; and specialty providers who serve as PCPs for a small number of members as arranged on a case-by-case basis with the plan. In addition to the required provider types, directories must include (but are not limited to) cardiologists, certified nurse practitioners (CNPs), certified nurse midwives (CNMs), dentists, Federally Qualified Health Centers/Rural Health Centers (FQHCs/RHCs), gastroenterologists, general surgeons, nephrologists, neurologists, obstetricians and gynecologists, oncologists, orthopedists, otolaryngologists, physical medicine and rehabilitation, podiatrists, psychiatrists and psychologists, Qualified Family Planning Providers (QFPPs), vision care providers (optometrists, ophthalmologists, opticians), and urologists.]

[Plans must include all contracted providers except:

* Hospital-based providers who are not one of the required provider types (e.g., anesthesiologists, radiologists, pathologists, emergency room physicians, etc.).
* Specialty providers who serve as PCPs for a small number of members as arranged on a case by case basis with the plan.]

[Plans must list all Medicaid providers in each service area for the following provider types (including non-contracted providers in these groups):

* Centros de salud con certificación federal/Centros de salud rural (FQHC/RHC)

[If there are FQHCs/RHCs in the service area the following exact language must be included in the section of the directory that lists FQHCs/RHCs: Usted tiene derecho a acceder a los servicios de los proveedores de cualquier centro de salud con certificación federal (FQHC) o centro de salud rural (RHC). A continuación hay una lista de proveedores de RQHC y RHC de su condado. La nota de estos proveedores que tiene un asterisco (\*) son proveedores contratados por <plan name>. También le convendría ver proveedores de esas instituciones anotadas individualmente en otras partes de este directorio.]

[If there are NO FQHCs/RHCs in the service area the following **exact** language must be included in the section of the directory that would list FQHCs/RHCs: Usted tiene derecho a acceder a los servicios de los proveedores de cualquier centro de salud con certificación federal (FQHC) o centro de salud rural (RHC). En este momento no hay proveedores de RQHC y RHC en [insert name of service area].]

* Proveedores certificados de servicios de planificación familiar (QFPP)

[Plans must include the following **exact** language in the Family Planning section of the Directory: Usted tiene derecho a visitar sin preautorización los siguientes proveedores de servicios de planificación familiar. También, usted puede visitar sin preautorización ciertos proveedores de servicios de planificación familiar en otros condados. Si quiere más información sobre el acceso a estos servicios, por favor comuníquese con Servicios al miembro al <toll-free number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free number>. La llamada es gratuita.]]

1. Condado [List alphabetically.]
2. Ciudad [List alphabetically.]
3. Barrio/Código postal [Optional: For larger cities, plans may further subdivide providers by zip code or neighborhood.]
4. 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** facilities (e.g., Mental Health). Some provider types, particularly in the support provider category, may include **either** health care professionals (e.g., Home Health Agencies) **or** facilities (e.g., Adult Day Services). 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., 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.]

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

## [Provider Type (e.g., Médicos personales, especialistas: cardiólogos; Proveedores de respaldo: Agencias de salud en el hogar]

**<State> | <County>**

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

**<Provider Name>**

<Pharmacy Street Address>

<City, State>

<Zip Code>

<Phone Number>

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

[Include licensing information (e.g., license number, NPI).]

[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 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 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 physical disabilities, chronic illness, HIV/AIDS, serious mental illness, homelessness, deafness or hard-of-hearing, blindness or visual impairment, co-occurring disorders, or other areas of specialty. 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:]

## [Facility Type (e.g., Hospitales, Instituciones de enfermería, Proveedores de respaldo: Servicios de un día para adultos)]

[**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>**

<Street Address>

<City, State>

<Zip Code>

<Phone Number>

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

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

[As applicable, include licensing information (e.g., license number, NPI).]

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

[As applicable, 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.]

# Farmacias

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 mencionamos 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 miembros de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta.
* Los miembros de <plan name> deben usar farmacias de la red para obtener medicamentos de receta. Si va a una farmacia fuera de la red para buscar medicamentos de receta fuera de una emergencia o situación de cuidado de urgencia, incluyendo cuando esté fuera del área de servicio, llame al teléfono gratuito de Servicios al miembro de <plan name> o a la línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas del día, para recibir asistencia para surtir su medicamento de receta.
* Si va a 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 impresión 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 number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free number>. 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 miembro y la Lista de medicamentos cubiertos de <plan name>. [Insert information about where members can find the List of Covered Drugs.]

## Cómo identificar a las farmacias de nuestra red

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
* Farmacias de infusiones en el hogar
* Farmacias de cuidados a largo plazo (LTC)
* [Plans should insert any additional pharmacy types 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.

## 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 receta cubiertos. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

## Farmacias de la red de <plan name>

**Organización recomendada:** [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, LTC]
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 members. If symbols are used, a legend must be provided.]

## 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.] [**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 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 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 and phone numbers 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/TDD 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/TDD number.]

## [Include if applicable:] Farmacias de pedido por correo

Usted puede recibir medicamentos de receta enviados a su hogar a través de nuestro programa de pedidos por correo de nuestra red, [plans may insert: llamado <name of program>]. [Plans whose network mail order services provide automated delivery, insert the following sentence: 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, por favor comuníquese con nosotros al <toll-free number>. [TTY/TDD: <phone number>.]

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy Name>**

<Toll-free number>

<TTY/TDD 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, Ventanilla de servicio en el coche, Recetas preparadas.]

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

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

## 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.]

**<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] [**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, Ventanilla de servicio en el coche, Recetas preparadas.]

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

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

## Farmacias de cuidados a largo plazo

Los residentes de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, 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.

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

**<State> | <County>**

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

**<Pharmacy/Long-Term Facility 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, Ventanilla de servicio en el coche, Recetas preparadas.]

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

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

## 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] [**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, Ventanilla de servicio en el coche, Recetas preparadas.]

[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.]

**<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] [**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, Ventanilla de servicio en el coche, Recetas preparadas.]

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

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