Modelo del Directorio de proveedores e instrucciones para planes Medicare Advantage y Cost de la Sección 1876 para el año de contrato 2024

*Emitido: 24 de mayo de 2023*

**Introducción**

Estas pautas se aplican a las organizaciones de Medicare Advantage (MA) para todos los planes de MA basados en la red y a las organizaciones que ofrecen planes Cost según la Sección 1876 de la Ley del Seguro Social (la Ley).[[1]](#footnote-2) En general, estas entidades se denominan “planes” a lo largo de este documento.

**Requisitos de contenido.** A través del directorio de proveedores, los planes deben brindar el número, la combinación y la distribución (direcciones) de los proveedores de los que es razonable esperar que los inscritos obtengan servicios y artículos cubiertos por Medicare.[[2]](#footnote-3) A partir del año del contrato 2024, los planes también deben incluir en su directorio de proveedores las capacidades culturales y lingüísticas de cada proveedor, incluidos los idiomas (también el lenguaje de señas americano) ofrecidos por el proveedor o un intérprete médico especializado en el consultorio del proveedor.[[3]](#footnote-4) Los planes deben proporcionar información del directorio de proveedores a cada inscrito en un formulario claro, preciso y estandarizado.[[4]](#footnote-5) Los planes también deben tener y seguir políticas y procedimientos por escrito para la evaluación y la acreditación de los proveedores que participan en la red, tanto al inicio como a intervalos regulares.[[5]](#footnote-6) Al armar su directorio de proveedores (un modelo de material de comunicaciones), los planes deben cumplir con los requisitos generales para las comunicaciones, cumplir con los estándares para los materiales y contenidos necesarios, y pueden desviarse del modelo del directorio de proveedores, siempre y cuando se comunique con precisión la información requerida y se siga el orden de contenido especificado por los CMS.[[6]](#footnote-7) Los planes deben incluir una Identificación de materiales estándar (Standardized Material Identification, SMID) en su directorio de proveedores.[[7]](#footnote-8)

**Requisitos de entrega.** Los planes deben entregar su directorio de proveedores a los inscritos *actuales* hasta el 15 de octubre antes del comienzo del año del plan y, cuando lo soliciten, en un plazo de tres días hábiles después de la solicitud. Los planes deben entregar su directorio de proveedores a *los nuevos* inscritos dentro de los 10 días calendario a partir del recibo de la confirmación de inscripción del CMS o antes del último día del mes antes de la fecha de entrada en vigencia, lo que ocurra más tarde.[[8]](#footnote-9)

Los planes deben cumplir con los requisitos para la entrega electrónica permitida de su directorio de proveedores y deben publicar versiones imprimibles y con capacidad de búsqueda de su directorio de proveedores en su sitio web (la versión imprimible debe estar disponible antes del   
15 de octubre antes del comienzo del año del plan).[[9]](#footnote-10) El directorio de proveedores en línea debe permitir hacer búsquedas de cada elemento requerido en el modelo de directorio de proveedores, incluido el nombre, la ubicación, la especialidad, el número de teléfono y las capacidades culturales y lingüísticas del proveedor. Cuando corresponda (es decir, para los planes MA-PD), los planes deben publicar un directorio de farmacias con capacidad de búsqueda combinado con un directorio de proveedores.[[10]](#footnote-11)

**Requisitos de actualización.** Los planes deben actualizar su directorio de proveedores cada   
vez que tengan conocimiento de los cambios, y las actualizaciones deben completarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la información que requiere actualización. Además, los planes deben completar las actualizaciones de los directorios de proveedores impresos dentro   
de los 30 días, pero los directorios impresos que incluyen actualizaciones separadas mediante anexos se consideran actualizados.[[11]](#footnote-12)

**Requisitos de la API.** Los planes también deben implementar y mantener una Interfaz de programación de aplicaciones (Application Programming Interface, API) de acceso público y estándar para su directorio de proveedores, que debe cumplir con los requisitos técnicos y de documentación correspondientes, ser accesible en el sitio web del plan y actualizarse a más tardar dentro de los 30 días calendario después de recibir información o actualizaciones.[[12]](#footnote-13) La API del plan debe incluir toda la información que este modelo de Directorio de proveedores describe como obligatoria para el directorio de proveedores.[[13]](#footnote-14) Para obtener más información, consulte <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/interoperability/index#P_Directory>.

**Requisitos de accesibilidad y traducción.**[[14]](#footnote-15) Los planes deben proporcionar su directorio de proveedores en un formato accesible, cuando sea necesario, a las personas con discapacidades para garantizar la igualdad de oportunidades. Los planes también deben traducir su directorio de proveedores a cualquier idioma que no sea el inglés que sea el idioma principal de, al menos, el   
5 por ciento de las personas en un área de servicio; los planes de necesidades especiales (SNP) de doble elegibilidad totalmente integrados (FIDE), los SNP de doble elegibilidad altamente integrados (HIDE) y los planes integrados correspondientes también deben traducir su directorio de proveedores al idioma o idiomas requeridos por el estándar de traducción de Medicaid, según se especifica en su contrato de atención administrada de Medicaid. Los planes también deben proporcionar su directorio de proveedores en un formato accesible o en un idioma que no sea el inglés de manera permanente.[[15]](#footnote-16)

**Instructions:**

Las siguientes indicaciones, pautas y la plantilla del modelo del Directorio de proveedores aplican a todos los directorios de proveedores **impresos y en línea** elaborados por todos los planes de MA basados en la red y los planes Cost[[16]](#footnote-17) de la Sección 1876. **La plantilla del modelo se proporciona en la página 1 de este documento.** Todos los campos variables que   
se completarán con información específica del plan sobre los proveedores actuales de la red se indican en texto gris resaltado y entre corchetes. Cualquier instrucción que contenga la palabra "debe" (aquí y en la plantilla del modelo) indica información requerida. Los planes deben consultar estas instrucciones y las normas mencionadas anteriormente, según sea necesario,   
para completar el Directorio de proveedores.

**Listados de proveedores.**

***Para asegurarse de que la información requerida sobre los proveedores se brinde en un formulario claro, preciso y normalizado, los planes deben hacer lo siguiente:***

* Enumerar solo a los proveedores contratados y acreditados actualmente.
* Explicar claramente **todas** las normas específicas de los planes sobre el acceso de los inscritos a los proveedores. Por ejemplo, un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) puede tener un panel abierto de proveedores o puede ofrecer solo un panel cerrado. Un panel cerrado puede requerir que los inscritos obtengan una remisión de un proveedor de atención primaria (PCP) para acceder a los especialistas. Explicar claramente esta información en el directorio.
* Identificar a los proveedores o servicios para los que un inscrito debe obtener una remisión, o explicar dónde encontrar esta información.
* Indicar las capacidades culturales y lingüísticas de cada proveedor, incluidos los idiomas (también el lenguaje de señas americano) ofrecidos por el proveedor o un intérprete médico especializado en el consultorio del proveedor.
* Indicar solo los consultorios o ubicaciones en los que el proveedor ejerce regularmente y donde esté regularmente disponible para prestar servicios cubiertos.
* Mencionar a los profesionales no médicos (por ejemplo, enfermeros practicantes, asistentes médicos) como “proveedores de atención primaria (PCP)” (consulte la página 7) solamente si un inscrito puede programar una cita con ese profesional para obtener servicios de atención primaria cubiertos. Identificar con claridad que el proveedor es un profesional no médico.
* Identificar con claridad si un proveedor acepta pacientes nuevos o no, **o** puede enviarle un aviso en el que se indica a los beneficiarios que se comuniquen con un proveedor para determinar si acepta pacientes nuevos. Los planes pueden identificar a los proveedores que aceptan/no aceptan pacientes nuevos de cualquier manera (por ejemplo, “¿Acepta pacientes nuevos? Sí/No” o un “\*” con una nota al pie) siempre y cuando los beneficiarios puedan identificar a los proveedores de los que podrían esperar razonablemente recibir servicios.
* Identificar claramente la capacidad en la que presta servicios el proveedor para esa red particular (es decir, especialidad o subespecialidad), incluso si el proveedor está acreditado en más de una especialidad. Por ejemplo, un médico de medicina interna/oncólogo que no ejerce como PCP no se debe mostrar como un PCP en el directorio. Mencionar el proveedor solo dentro de la categoría de los servicios que proporcionará a los inscritos como proveedor de la red.
* Hacer intentos razonables para garantizar que los *nombres de las* *prácticas* de los proveedores estén actualizados y reflejen el nombre de la práctica usado cuando un inscrito llama para programar una cita.
* Indicar qué proveedores pueden tener restricciones en el acceso al incluir una nota junto a la mención del proveedor que indique dichas restricciones. Los ejemplos incluyen, **entre otros**, los siguientes:
  + Los proveedores que solo están disponibles para un subgrupo de inscritos (por ejemplo, solo los nativos americanos pueden acceder a un proveedor relacionado con una tribu nativa americana, solos los inscritos que son estudiantes pueden acceder al servicio de salud estudiantil de la universidad).
  + Los proveedores que solo pueden ofrecer consultas a domicilio y no atienden pacientes en un consultorio físico. (Note: Plans should also exclude a specific street address from the provider’s listing but still list the provider underneath the appropriate provider type, state, county, city, and neighborhood/zip code per the model document below);
  + Los proveedores (o consultorios de proveedores) que ofrecen servicios exclusivamente a través de telesalud (aquellos accesibles a través de una compañía de telesalud secundaria contratada o una entidad secundaria similar deben figurar como tales).
  + Proveedores o ubicaciones que no son accesibles para personas con discapacidades físicas (p. ej., falta de disponibilidad de rampas, ascensores y equipo médico accesible).
  + Los proveedores que estarán disponibles dentro de la red solo para un cierto período (p. ej., a partir de una fecha futura) o que abandonarán la red a partir de una fecha específica, y proporcionarán una indicación clara de la limitación del tiempo (p. ej., "a partir del XX de X de 20XX" o "hasta el XX de X de 20XX").

***Es posible que los planes no realicen lo siguiente:***

* Indicar un proveedor antes de que el plan lo acredite.
* Agregar a un proveedor si el inscrito no puede llamar al número de teléfono detallado y pedir una cita en la dirección indicada (p. ej., cuando el proveedor solo brinda atención de urgencia, de guardia, de reemplazo o sustituto).
* Enumerar los lugares donde un proveedor pueda atender solo ocasionalmente (p. ej., reemplazando a otros proveedores que están enfermos o de vacaciones).

**Estándares de tiempo de espera para citas.**[[17]](#footnote-18) Los planes de MA deben mantener estándares por escrito sobre la calidad de oportuno del acceso a la atención (es decir, los tiempos de espera para citas) que cumplen o superan los estándares de los CMS. Las normas escritas del plan de MA para los tiempos de espera para citas para los servicios de atención primaria y salud conductual deben cumplir o superar los estándares mínimos de la siguiente manera:

* Servicios o emergencia de urgencia: de inmediato.
* Servicios de atención médica que no son de emergencia ni de urgencia, pero que el inscrito necesita: en un plazo de 7 días hábiles.
* Atención de rutina y preventiva: en un plazo de 30 días hábiles.

Los planes deben indicar los estándares de tiempo de espera para citas para los servicios de atención primaria y salud conductual en su directorio de proveedores. Los planes pueden incluir esta información como norma general aplicable a los tipos de proveedores de atención primaria y de salud conductual en la sección Introducción (Consulte la página 3).

**Subredes.** Los planes que ofrecen subredes pueden elaborar un directorio de proveedores separado para cada subred o tener en cuenta qué proveedores forman parte de una subred en el directorio de proveedores. El directorio de la subred debe mencionar claramente que los inscritos no están limitados a los proveedores mencionados en el directorio de la subred y debe brindar instrucciones sobre cómo acceder a toda la red de proveedores del plan (inclusive un enlace al directorio en línea más grande). El directorio de la subred también debe describir cómo los inscritos pueden solicitar acceso a los proveedores fuera de la subred. Para obtener más información sobre las subredes, consulte las Pautas de adecuación de la red del plan Medicare Advantage y Cost de la Sección 1876, disponibles en: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>.

**Planes con redes limitadas o específicas o planes específicos de proveedores.** Las organizaciones pueden utilizar un directorio para múltiples planes, siempre que la información en el directorio sea correcta para todos los planes para los que se utilice el directorio. Para los planes que utilizan una red diferente o limitada, como un subconjunto de la red utilizada para otros planes ofrecidos por la organización, se debe elaborar y publicar un directorio separado que identifique claramente a los proveedores disponibles.Ejemplos de planes de este tipo son los planes específicos de proveedores (provider-specific plans, PSP), los cuales deben elaborar y publicar directorios separados para la red del PSP. No se puede utilizar un directorio de proveedores a nivel de contrato para comunicarles a los beneficiarios o inscritos potenciales la red del PSP. Por ejemplo, un plan no puede limitarse a agregar símbolos o información al directorio de la red más amplia para marcar qué proveedores están en la red del PSP más limitada.

**Diferentes acuerdos o niveles de costo compartido.** Los planes que reducen, eliminan o clasifican el costo compartido de los beneficios médicos para los inscritos que usan a ciertos proveedores (p. ej., mediante el uso de las flexibilidades de uniformidad de MA), deben identificar a estos proveedores con caracteres especiales o notas al pie. Los planes deben incluir un texto que remita a los inscritos a la Evidencia de cobertura (EOC) para recibir más información. Los planes no deben usar la palabra “nivel” si usan una terminología diferente para describir estos acuerdos de costo compartido. Consulte la Sección 50.1 del Capítulo 4 del Manual de atención administrada de Medicare para obtener orientación adicional sobre el costo compartido de los beneficios médicos en niveles.

**Modificaciones típicas.** Las siguientes son modificaciones típicas que los planes pueden aplicar al modelo:

* Hacer modificaciones menores, según corresponda (p. ej., cambios gramaticales o de puntuación, corrección de referencias).
* Cambiar el formato/el estilo (p. ej., fuente, márgenes) para cumplir con los requisitos reguladores y otras pautas.
* Agregar elementos de datos adicionales.
* Agregar logotipos del plan.
* Introducir el nombre de MAO o “nosotros”, “nuestro”, “nos”, “el plan”, “nuestro plan”   
  o “su plan” donde el documento indica “[Plan Name]”. Además, "nosotros", "nuestro", "nos", "el plan", "nuestro plan" o "su plan" pueden usarse de manera indistinta, incluso cuando uno de esos términos ya se utiliza en el modelo.
* Cambiar las referencias a otros materiales del plan (p. ej., Evidencia de cobertura) a los términos generalmente utilizados por el plan.
* Eliminar instrucciones de los planes al completar el modelo.

**Buenas prácticas.** Los CMS recomiendan encarecidamente a los planes establecer procedimientos que respalden la precisión continua de su directorio de proveedores. Por ejemplo, los planes pueden proporcionarles a los inscritos un número de línea directa para que se comuniquen con el plan a fin de obtener ayuda para programar citas o informar errores en los directorios. Los CMS también sugieren como una buena práctica que los planes incorporen una “transferencia de llamada” a la línea del consultorio del proveedor cuando los inscritos solicitan ayuda para encontrar un proveedor que acepte pacientes nuevos.

Los CMS también recomiendan a los planes que incorporen la siguiente información sobre los proveedores en el directorio de proveedores, según sea factible:

* Sitio web del proveedor y dirección de correo electrónico
* Capacidad del proveedor para trabajar con recetas electrónicas
* Grupo médico del proveedor o afiliación institucional
* Posibilidades de atención de telesalud del proveedor
* La experiencia del proveedor en el tratamiento de pacientes con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) (por ejemplo, personas autorizadas a dar recetas de medicamentos para el OUD, especialistas en adicciones, Programas de tratamiento para opioides [Opioid Treatment Programs, OTP])

**[Plan Name]   
Plan [HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA]**   
**Directorio de proveedores**

Este directorio está vigente a partir del [Month DD, YYYY].

Este Directorio ofrece una lista de los proveedores de la red actuales de [Plan Name] para [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory covers.]

[For hardcopy directories, insert: Para acceder al directorio de proveedores en línea de [Plan Name], puede ingresar a [Web address].] Si tiene preguntas sobre la información incluida en este directorio, llame a nuestro Departamento de servicios [Customer/Member] al [toll-free number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

[For online directories, as a best practice, insert: Para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de [Plan Name], llame a nuestro Departamento de servicios [Customer/Member] al [toll-free number], [days and hours of operation]. [Plan Name] le enviará por correo una copia impresa del directorio de proveedores en un plazo de tres (3) días hábiles después de su solicitud. [Plan Name] puede preguntar si su solicitud de la copia impresa es una solicitud única o si está solicitando recibir el directorio de proveedores impreso de manera permanente.

Si la solicita, su solicitud de la copia impresa del directorio de proveedores permanece hasta que deje [Plan Name] o solicite que se cancelen las copias impresas.]

Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a nuestro número gratuito al [toll-free number]*.*

[Para los planes que cumplen con el umbral del 5% para los idiomas que no sean el inglés, el plan debe incluir: Este documento está disponible de forma gratuita en [insert languages that meet the 5% threshold].]

[Para los SNP de FIDE, los SNP de HIDE y los planes integrados correspondientes que cumplen con el umbral de idioma requerido por el estándar de traducción de Medicaid, según se especifica a través de su contrato de atención administrada de Medicaid con capitación, el plan debe incluir lo siguiente: Este documento está disponible de forma gratuita en [insert languages that meet the applicable threshold].]

[Como una buena práctica y según corresponda, los planes deben incluir lo siguiente: Su solicitud del directorio de proveedores en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que solicite lo contrario.]

[SMID]

**Índice**

[Sección 1: Introducción 3](#_Toc140336136)

[¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]? 5](#_Toc140336137)

[Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden en su área 5](#_Toc140336138)

[Sección 2: Lista de proveedores de la red 6](#_Toc140336139)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc140336140)

[[Specialists] 8](#_Toc140336141)

[[Hospitals] 9](#_Toc140336142)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc140336143)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc140336144)

[[Pharmacies] 12](#_Toc140336145)

## Sección 1: Introducción

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

[Use this introduction section to describe how enrollees should use this directory (e.g., how to select a PCP if your plan uses PCPs, explain sub-networks or certain providers used in MA uniformity flexibilities, if applicable, and describe which types of providers require a referral). Please refer to the instructions beginning on page iii for more information. Use, delete, or modify the following based on your plan type.]

[Insert this paragraph if applicable: Tendrá que elegir a uno de nuestros proveedores de la red que figuran en la lista de este directorio como su proveedor de atención primaria (**PCP**). Por lo general, debe obtener los servicios de atención médica de su PCP.] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: Tenemos proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Original Medicare [indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [Indicate whether this PFFS plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.]

[Partial-network PFFS plans insert: Contamos con proveedores de la red para [indicate the category(ies) of services for which network providers are available]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [Indicate whether this PFFS plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.] [Note that in order to charge higher cost sharing when a PFFS enrollee obtains services from an out-of-network provider, the PFFS plan must meet current CMS network adequacy criteria for that specialty type.]

[Section 1876 Cost Plans must clearly explain that enrollees may use in-network and out-of-network providers and explain the benefit/cost sharing differentials between the use of in-network and out-of-network providers.]

Los proveedores de la red que figuran en este directorio han aceptado brindarle sus servicios [insert appropriate term(s): de atención médica/de visión/odontológicos]. Puede acudir a cualquiera de los proveedores de la red que figuren en el listado de este directorio [;/.] [Insert if applicable: Sin embargo, es posible que necesite una remisión para algunos servicios.] [Insert applicable details on referrals.] [Insert, if applicable: Nuestra red cuenta con otros proveedores disponibles]. [Note: Modify the discussion in this section to reflect the access to services rules that apply to your plan type (e.g., HMO, PPO, etc.), such as closed panels, sub-networks, etc. If you do not require referrals, adjust the language appropriately.]

[PFFS plans insert: [Plan Name] no les exige a los inscritos ni a sus proveedores que obtengan una remisión o autorización de nuestro plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piense obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.]

[PPO plans insert: Los proveedores fuera de la red no tienen obligación alguna de atender a inscritos de [Plan Name], salvo en emergencias. Para determinar si cubriremos o no un servicio fuera de la red, antes de que reciba el servicio, lo invitamos a usted o su proveedor a pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro Departamento de servicios [Customer/Member] al [toll-free number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede consultar su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.]

[Include any out-of-network or point-of-service (POS) options as appropriate.]

[Include instructions to enrollees that, in cases where out-of-network providers submit a bill directly to the enrollee, the enrollee should **not** pay the bill but should submit it to the plan for processing and determination of enrollee liability, if any.]

[Include instructions informing enrollees that they may obtain emergency services from the closest available provider, and they may obtain urgently needed services from any qualified provider when out of the plan’s service area or when network providers are unavailable.]

[HMO plans insert: Debe utilizar los proveedores de la red, salvo en situaciones de emergencia o atención de urgencia [o para servicios de diálisis renal o de otro tipo fuera del área]. Si usted recibe atención de rutina de parte de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni [Plan Name] se harán responsables de los costos].

[PPO and POS plans should include information that, with the exception of emergencies, it may cost more to get care from out-of-network providers.]

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

[“El condado” or “Los condados”] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “El estado” or “Los estados”] [for plans with a partial county service area only: Las zonas de los condados/los códigos postales] en nuestra área de servicio se [“menciona” or “mencionan”] a continuación. [Optional: You may include a map of the area in addition to listing the service area, and modify the prior sentence to refer readers to the map.]

[Insert plan service area listing. If approved for the entire county, use county name only. For approved partial counties, use county name and zip code (e.g., “county name, the following zip codes only: XXXXX…”)].

### Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] que atienden 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 provider directory.] [Note: RPPO plans must fully describe how enrollees residing in any non-network areas of their plan can access covered services at in-network cost sharing.]

Si tiene preguntas sobre [Plan Name] [o necesita ayuda para elegir un PCP], llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede visitar [Web address].

## Sección 2: Lista de proveedores de la red

[Show all current contracted network providers for each type of provider (e.g., PCP, specialist, hospital, etc.).]

[Recommended organization:

**Tipo de proveedor** (PCP, especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada, proveedores de servicios de salud mental para pacientes externos y farmacias en las que el plan ofrezca medicamentos con receta para pacientes externos).

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

**Condado** (Listed alphabetically)

**Ciudad** (Listed alphabetically)

**Vecindario/código postal** (Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**Nombre del proveedor** (Listed alphabetically)

**Detalles del proveedor**]

[Note: Plans that offer supplemental benefits (e.g., vision, dental) must furnish a provider directory for those benefits but may choose to either include these network providers in a directory combined with PCPs, etc. or in a separate provider directory.]

[Note for Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNPs) only: To assist dual eligible enrollees in obtaining access to providers and covered services, D-SNPs must identify Medicare providers that accept Medicaid. Plans have the option to include a global statement at the beginning of the network provider listing section or to provide a Medicaid indicator next to each provider. The model global statement is: “All providers in this provider directory accept both Medicare and Medicaid.” Inclusion of the global statement signifies a model directory without modification. Those plans that choose not to use a global statement need to place a Medicaid indicator next to each provider (e.g., an asterisk and an accompanying footnote for all Medicare providers that participate in Medicaid also.) Inclusion of a Medicaid indicator next to each provider signifies a non-model directory with modification.]

[Full and partial network PFFS plans should indicate, for each type of provider, whether the plan has established higher cost sharing requirements for enrollees who obtain covered services from out-of-network providers.]

### [Primary Care Providers (PCPs)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[PCP Name]

[*If applicable:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

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

[Phone number]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicador de PCP que trabajan con recetas electrónicas]

[*Optional:* grupo médico o afiliación institucional]

[*Optional:* capacidades de telesalud]

[*Optional:* experiencia en el tratamiento de pacientes con OUD]

### [Specialists]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Specialist Name]

[*If applicable:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

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

[Phone number]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicator for specialist(s) that support electronic prescribing]

[*Optional:* grupo médico o afiliación institucional]

[*Optional:* capacidades de telesalud]

[*Optional:* experiencia en el tratamiento de pacientes con OUD]

### [Hospitals]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Hospital Name]

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

[Phone number]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicator for hospital(s) that support electronic prescribing]

[*Optional:* grupo médico o afiliación institucional]

[*Optional:* capacidades de telesalud]

[*Optional:* experiencia en el tratamiento de pacientes con OUD]

### [Skilled Nursing Facilities (SNFs)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[SNF Name]

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

[Phone number]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicator for SNF(s) that support electronic prescribing]

[*Optional:* grupo médico o afiliación institucional]

[*Optional:* capacidades de telesalud]

[*Optional:* experiencia en el tratamiento de pacientes con OUD]

### [Outpatient Mental Health Providers]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

[*If applicable:* ¿Acepta nuevos pacientes? Sí/No]

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

[Phone number]

[*Required:* cultural and linguistic capabilities (e.g., languages spoken, languages offered, interpreter/translation services offered, sensitivity to cultural health beliefs/practices)]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicator for provider(s) that support electronic prescribing]

[*Optional:* grupo médico o afiliación institucional]

[*Optional:* capacidades de telesalud]

[*Optional:* experiencia en el tratamiento de pacientes con OUD]

### [Pharmacies]

[All plans have the choice to either (1) list information on both providers and pharmacies in one combined document; or (2) provide two separate documents: a provider directory and a pharmacy directory.

In the list of pharmacies (whether appearing in a combined or single document), plans must identify or include those pharmacies that provide Part B drugs, if applicable.

Nota: Plans offering a Part D benefit, please refer to the Part D Model Pharmacy Directory (available at <https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Part-D-Model-Materials>) for Part D requirements for pharmacy directories.]

[Type of pharmacy as applicable: Minorista, de pedido por correo, infusión a domicilio, atención a largo plazo (LTC), Servicio de salud para la población india estadounidense/Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (I/T/U)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Pharmacy Name]

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

[Phone number]

[*Optional:* website and e-mail address]

[*Optional:* indicator for pharmacy(ies) that support electronic prescribing]

1. A menos que se indique lo contrario, todas las reglamentaciones citadas corresponden al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Según las Secciones 417.427 y 417.428 del Capítulo 42 del CFR, la divulgación (§ 422.111), la publicidad y las comunicaciones (Parte 422, subparte V, §§ 422.2260 hasta 422.2276) se aplican a los planes Cost ofrecidos conforme a los contratos según la Sección 1876 de la Ley. [↑](#footnote-ref-2)
2. Consulte la § 422.111(b)(3)(i). Los planes también deben brindar información sobre las condiciones y limitaciones de la cobertura de beneficios, como la autorización previa (§ 422.111(b)(7)) y el acceso a proveedores fuera de la red (§ 422.111(b)(3)). [↑](#footnote-ref-3)
3. § 422.111(b)(3)(i); Programa de Medicare. Cambios técnicos y de las pólizas del año del contrato 2024 con el Programa Medicare Advantage, el Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare, el Programa   
   de planes Medicare Cost y la Norma final del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada   
   ([88 FR 22120](https://www.federalregister.gov/documents/2023/04/12/2023-07115/medicare-program-contract-year-2024-policy-and-technical-changes-to-the-medicare-advantage-program) [12 de abril de 2023]). [↑](#footnote-ref-4)
4. §§ 422.111(a)(2) y 422.2267(e)(11) [↑](#footnote-ref-5)
5. §§ 422.202 y 422.204. Los planes deben revisar desde la Sección 422.200 hasta la Sección 422.224 para ver los requisitos adicionales en cuanto al tipo de proveedor al cual el plan puede pagarle para proporcionar beneficios cubiertos. [↑](#footnote-ref-6)
6. §§ 422.2262 y 422.2267(a) y (c) [↑](#footnote-ref-7)
7. § 422.2262(d) [↑](#footnote-ref-8)
8. § 422.2267(e)(11)(i)-(iii) [↑](#footnote-ref-9)
9. §§ 422.2267(d); 422.111(h)(2)(i)-(ii); 422.2265(b)(3)-(4); 422.2265(c)(1)(iv)-(v) [↑](#footnote-ref-10)
10. § 422.2265(b)(4)-(5) [↑](#footnote-ref-11)
11. § 422.2267(e)(11)(iv) [↑](#footnote-ref-12)
12. §§ 422.120 y 422.119(c) y (d) [↑](#footnote-ref-13)
13. §§ 422.111(b)(3)(i) y 422.2267(e)(11); [85 FR 25536](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2020-05-01/pdf/2020-05050.pdf) [↑](#footnote-ref-14)
14. Las organizaciones de MA y los patrocinadores de la Parte D deben cumplir con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo, y las reglamentaciones implementadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de las Partes 84 y 92 del Capítulo 45 del CFR. Como beneficiarios de asistencia financiera federal, las organizaciones de MA y los patrocinadores de la Parte D deben proporcionar ayudas y servicios auxiliares apropiados, incluidos intérpretes e información en formatos alternativos, a las personas con discapacidades sensoriales, manuales o del habla, cuando sea necesario para brindarles la misma oportunidad de beneficiarse del servicio en cuestión. Las ayudas y los servicios auxiliares pueden incluir braille, tamaño de letra grande, archivos de datos/audio, servicios de relé y comunicaciones TTY. Estas instrucciones no son una descripción completa de las obligaciones de los planes según estas leyes, y los planes también deben revisar las reglamentaciones en las Partes 84 y 92 del Capítulo 45 del CFR. Consulte también la § 422.2260 en la que se define “formato alternativo”. [↑](#footnote-ref-15)
15. § 422.2267(a)(3)-(4) [↑](#footnote-ref-16)
16. El término “plan basado en la red” se define actualmente en la § 422.114(a)(3)(ii). Los CMS propusieron agregar la definición del término “plan basado en la red” a la § 422.2 en el aviso de diciembre de 2022 de la reglamentación propuesta, “Programa Medicare; Año de contrato 2024, Cambios técnicos y de política en el Programa Medicare Advantage, el Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare, el Programa de planes Medicare Cost, las Partes A, B, C y D de Medicare, las Estipulaciones para sobrepagos de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada; Estándares de tecnología de la información de salud y especificación de implementación” ([87 FR 79452](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2022-12-27/pdf/2022-26956.pdf) [Dic. 27, 2022]). Sin embargo, esta propuesta no ha sido concretada a la fecha de estas pautas. [↑](#footnote-ref-17)
17. § 422.112(a)(6) [↑](#footnote-ref-18)