2016 年模本聯邦醫療保險優勢計劃和 1876 年成本計劃  
醫療服務提供者名錄

**本模本已更新，做了一些小修改。**

[說明︰所有變數欄位用灰色文字和括弧表示。這些欄位必須填入計劃特定資訊。如適用，整體調節節號。]

[注意：網絡外私人服務付費 (PFFS) 計劃（即無直接簽約的醫療服務提供者網絡的 PFFS 計劃）無需制定醫療服務提供者名錄。]

[注意：CMS 將《醫療服務提供者名錄》視為標準範本，計劃預期將提交 HPMS 最終填充版。

[注意：如果根據聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃參保人的居住地或選擇的主診醫師 (PCP) 將參保人分配到 MA 計劃內的次級網絡，則他們無法鎖定到計劃的次級網絡。例如，受益人可能選擇變更為次級網絡外的 PCP，或可能要求轉介給計劃其他次級網絡中的簽約醫療服務提供者或專家。

計劃可能會為每個次級網絡制定單獨的名錄。在以下情況下，MA 計劃將包括次級網絡名錄︰

(a) MA 計劃簽約的網絡由兩個或更多個醫療服務提供者團體（即 MA 計劃的次級網絡）組成；以及

(b) 參保人在參加 MA 計劃後，將依據所分配至的醫療服務提供者團體（即次級網絡）接收醫療服務提供者名錄。

為確保參保人完全瞭解總體網絡醫療服務提供者選項，為會員提供含計劃醫療服務提供者次級網絡之名錄的計劃還必須告知其參保人︰他們可以線上找到整個計劃醫療服務提供者網絡的完整名錄，並在請求時可提供硬拷貝名錄。此外，計劃必須描述參保人可如何要求使用其計劃其他次級網絡內的醫療服務提供者。]

[分發備註︰必須在參保人參保時向其提供《醫療服務提供者名錄》。

請參閱聯邦醫療保險營銷準則 (MMG)，取得更詳細的說明。]

[注意：計劃／D 部分贊助者必須確保網站始終包含準確且最新的名錄。線上名錄必須符合 MMG 第 100 節的要求。]

[可選：計劃可能在其服務區域提供善終計劃。]

[說明︰如果成本分擔因醫療服務提供者和／或福利級別的不同而有所差異，計劃應使用特殊字元和／或腳註明確指示醫療服務提供者和／或設施的級別。計劃應讓參保人參考《承保範圍證明》(EOC)，以取得每個級別成本分擔的更多資訊。請注意，如果計劃不在市場上如此引用「級別」，則無需使用「級別」。]

[計劃名稱]   
[HMO／成本／PPO／PFFS] 計劃  
醫療服務提供者名錄

本名錄提供 [計劃名稱] 網絡醫療服務提供者的凊單。

本名錄用於 [提供計劃服務區域的描述]。

本名錄是截至 [出版日期] 前的最新名錄。在本名錄列印後，一些網絡醫療服務提供者可能有新增或移除。我們無法保證每個醫療服務提供者仍在接受新的會員。欲取得您所在區域 [計劃名稱] 網絡醫療服務提供者的最新資訊，您可以造訪 [網址] 或致電 [電話號碼] 聯絡我們的 [顧客／會員] 服務部（[服務日期與時間]）。[TTY／TDD] 人士應致電 [TTY 或 TDD 電話號碼]。

*[插入聯邦締約聲明]*

*[如適用，插入是否提供非英語翻譯的免責聲明*]

*[插入替代格式的可用性]*

[材料 ID 編號]

## 第 1 節 － 簡介

本名錄提供 [計劃名稱] 網絡醫療服務提供者的凊單。欲取得有關醫療照顧承保範圍的詳細資訊，請參閱您的《承保範圍證明》。

[使用簡介一節描述會員應如何使用本名錄。例如，如果您的計劃使用 PCP 則選擇 PCP，適用時解釋次級網絡、轉介圈或禁閉，描述哪類醫療服務提供者需要轉介。根據計劃安排使用、刪除或修改以下內容。]

[根據計劃安排，如適用則插入此段落︰您必須選擇本名錄列出的一位網絡醫療服務提供者做為您的**主診**{**醫**師／**醫**療服務提供者} (PCP)。「PCP」一詞將使用於整個名錄。一般而言，您必須從 PCP 取得您的健康照顧服務] [根據計劃種類的具體情況解釋 PCP。]

[完整的網絡 PFFS 計劃插入︰我們的網絡醫療服務提供者可提供原有聯邦醫療保險承保的所有服務 [指明網絡醫療服務提供者是否可提供非聯邦醫療保險承保的服務。]只要未與我們的計劃簽署合約的網絡外醫療服務提供者同意接受我們計劃的付款條款和條件，您仍可從其處接受承保的服務。參閱《承保範圍證明》第 3 章的第 1.2 小節和我們網站上的內容︰[插入 PFFS 付款條款和條件的連結] [指明 PFFS 計劃是否針對從網絡外醫療服務提供者處取得承保服務的會員制定更高的成本分擔要求。]

[部分網絡 PFFS 計劃插入︰我們的網絡醫療服務提供者可提供 [指明網絡醫療服務提供者可提供的服務類型。]您仍可從未與我們的計劃簽署合約的網絡外醫療服務提供者及無可用的網絡醫療服務提供者時從任何醫療服務提供者處接受承保的服務，但前提是這些醫療服務提供者同意接受我們計劃的付款條款和條件。參閱《承保範圍證明》第 3 章的第 1.2 小節和我們網站上的內容︰[插入 PFFS 付款條款和條件的連結。][指明 PFFS 計劃是否針對從網絡外醫療服務提供者處取得承保服務的會員制定更高的成本分擔要求。]

[第 1876 節成本計劃必須明確解釋，會員可使用本計劃和非本計劃醫療服務提供者；還需解釋使用本計劃和非本計劃醫療服務提供者之間的福利／成本分擔差異。]

本名錄所列「網絡醫療服務提供者」已同意為您提供 [插入合適的術語︰健康照顧／視力／牙科] 服務。您可以前往本名錄所列的任何網絡醫療服務提供者處 [;/.]。[如適用則插入︰然而，某些服務可能需要轉介。]如果您已前往一位網絡醫療服務提供者處，則無需繼續前往該相同的醫療服務提供者處。某些情況下，您可從網絡外醫療服務提供者處取得承保服務。[如適用則插入︰我們網絡內的其他醫師／醫療服務提供者可提供服務。][注意：修改本節的探討，以反映您的合同情況，如開放使用幫助小組、正式轉介圈或次級網絡等。如果您不需要轉介，則相應調整文字。][PFFS 計劃插入︰[計劃名稱] 不需要參保人或其醫療服務提供者從我們的計劃取得轉介或授權，做為承保本計劃所承保醫療必需服務的條件。若您不知道我們是否會為您所牽掛的任何醫療服務或護理付款，則在取得該類服務或護理之前，您有權詢問我們是否會對其提供承保。]

[酌情包括任何網絡外或服務點選項。]

[包括參保人須知︰在非簽約醫療服務提供者直接向參保人呈交帳單的情況下，參保人不應支付帳單，而是將帳單呈交給本計劃處理和確定參保人責任（若有）。]

[包括區域外承保範圍和緊急情況承保範圍的資訊，其中包括用於取得緊急服務的流程和程序。還包括可取得急症照顧的位置、簽約醫師和醫院提供緊急服務的其他位置和本計劃包括的病情穩定後的護理。]

[根據計劃種類／醫療服務提供者名錄，如適用則插入︰除了緊急情況或緊急護理情況<<或在服務區域外需要接受腎透析治療或其他服務>>時，您必須讓本計劃的醫療服務提供者為您提供服務。如果您從網絡外醫療服務提供者處接受一般的醫療服務，聯邦醫療保險和 <計劃名稱> 都不會承擔該費用。]

[PPO 和 POS 計劃必須包括此資訊，除了緊急情況或緊急護理情況以外，從網路外醫療服務提供者處取得護理可能花費更多。]

### [計劃名稱] 的服務區域在何處？

[「縣」] [僅限區域首選醫療服務提供者組織 (RPPO)︰「州」] 和我們服務區域的 [部分縣] 如下所列。[可選：您可以包括區域地圖（並列出服務區域），修改先前的句段，以讓讀者參考地圖。]

[插入計劃服務區域清單。若整個縣均經批准，則僅使用縣名。若某縣僅部分經過批准，則使用縣名加郵遞區號（如「縣名，僅限以下郵遞區號︰{xxxxx}…」）]

### 如何找到您所在區域的 [計劃名稱] 醫療服務提供者？

[計劃應相對於醫療服務提供者名錄中所用的組織格式，描述參保人可如何找到離家最近的網絡醫療服務提供者。]

如果您對 [計劃名稱] 有疑問 [或需要選擇 PCP 的援助]，請致電 [電話號碼] 聯絡我們的 [顧客／會員] 服務部（[服務日期與時間]）。[TTY／TDD] 人士應致電 [TTY 或 TDD 電話號碼]。或者請造訪 [網址]。

## 第 2 節 － 網絡醫療服務提供者清單

[注意：提供補充服務（即視力、牙科服務）的計劃必須選擇在包含 PCP 的名錄或單獨的醫療服務提供者名錄中包括這些簽約醫療服務提供者。]

[顯示每種醫療服務提供者（即 PCP、專家、醫院等）的總數。]

[推薦組織︰

**醫療服務提供者種類**（PCP、專家、醫院、專業護理設施、精神健康門診服務提供者和聯邦醫療保險優勢計劃提供門診處方藥的藥房（種類）。）注意：所有這些醫療服務提供者種類需要列入相同的醫療服務提供者名錄。

**州**（僅在名錄包含多個州時包括）

**縣**（按字母順序排列）

**市**（按字母順序排列）

**鄰近地區／郵遞區號**（可選︰對於較大的城市，可能按照郵遞區號或鄰近地區進一步細分醫療服務提供者）

**醫療服務提供者**（按字母順序排列）]

[注意：計劃必須指明可如何相對於醫療服務提供者名錄的組織識別和找出醫療服務提供者種類。例如，識別參加州醫療補助計劃之聯邦醫療保險醫療服務提供者的計劃所包括的文字類似於列出醫療服務提供者所用的以下文字︰帶星號標記的醫療服務提供者接受州醫療補助計劃。

（如醫療服務提供者種類、州、縣、市、郵遞區號、醫療服務提供者名字\*、地址、電話號碼）]

[僅限雙重資格特殊需要計劃 (D-SNP)︰識別名錄中接受州醫療補助計劃的聯邦醫療保險醫療服務提供者，以協助符合雙重資格的參保人取得醫療服務提供者和承保的服務。計劃可選擇在網絡醫療服務提供者清單一節的開始處包括總體聲明，或在每個醫療服務提供者旁邊提供州醫療補助計劃指標。總體聲明應說明︰「本醫療服務提供者名錄中的所有醫療服務提供者接受聯邦醫療保險和州醫療補助計劃。」選擇不使用總體聲明的計劃需要在每個醫療服務提供者旁邊提供州醫療補助計劃指標。若包含總體聲明，則視為無修改的模本。]

[完整和部分網絡 PFFS 計劃必須指明，對於每種醫療服務提供者，計劃是否針對從網絡外醫療服務提供者處取得承保服務的參保人制定更高的成本分擔要求。]

**[主診醫師]**

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[醫師姓名]

[醫師的街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]

### [專家]

[專科類型]

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[醫師姓名]

[醫師的街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]

### [醫院]

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[醫院名稱]

[醫院街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]

### [專業護理設施 (SNF)]

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[SNF 名稱]

[SNF 街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]

### [精神健康門診服務提供者]

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[醫療服務提供者名字]

[醫療服務提供者的街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]

### [所有計劃科選擇 (i) 在整合文件中列出醫療服務提供者和藥房資訊；或者 (ii) 提供兩個獨立的文件，一個用作醫療服務提供者名錄，另一個用作藥房名錄。

### 在藥房清單（不論是以整合還是單一文件出現）中，計劃必須標識或包括提供 B 部分藥物的藥房（若適用）。]

### 注意：提供 D 部分福利的計劃參考 D 部分要求的藥房名錄模本。]

### [藥房]

[藥房類型（適用時）︰零售、郵購、家居輸液、長期護理 (LTC)、印第安人健康服務／部落/城市印第安人健康 (I/T/U)]

[州]

[縣]

[市]

[郵遞區號]

[藥房名稱]

[藥房街道地址，市，州，郵遞區號]

[電話號碼]

[可選︰網站和電子郵件地址]

[可選：指明醫療服務提供者是否支援電子處方]