

*[Note: Optional language and guidance appears in bracketed and italicized text. All variable, required fields are denoted by carets and must be populated with Plan-specific information].*

*[All references to Member Services and Pharmacy Directory can be changed to the appropriate name your plan uses.]*

*[When indicated as “mandatory” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS marketing name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves. Sponsors may correct plural and singular references as appropriate (such as pharmacy versus pharmacies). Sponsors should consult the Medicare Marketing Guidelines, as well as the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on marketing, benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6).]*

**[COVER PAGE:**

*The following items must appear on the cover page:]*

**<mandatory Plan Name>**

**Directorio de farmacias de <Year>**

*The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document: [Insert one: <Este Directorio de farmacias se actualizó el <MM/YYYY> .> or <No hemos realizado cambios en este Directorio de farmacias desde MM/DD/YYYY.>] Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con [optional <nosotros>], [optional <Servicios para los miembros de> ]<mandatory Plan or Sponsor Name,> al <Toll-free Number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>. O visite <insert web address>.*

*The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document:*

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network [Insert one: Se pueden producir cambios en nuestra red de farmacias durante el año de beneficios. En [nuestro sitio web \[insert URL\]](#) se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. Para obtener información actualizada sobre los proveedores, también puede llamar a Servicios para los miembros.*

**OR**

*[For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network:] Nuestra red ha cambiado más que de costumbre para 2018. En [nuestro sitio web \[insert URL\]](#) se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. Para obtener información actualizada sobre los proveedores, también puede llamar a Servicios para los miembros. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.***

*[The rest of the language need not appear on the cover page.]*

## Introducción

Este folleto ofrece una lista de las farmacias de la red de <Plan Name>. Si desea una descripción completa de su cobertura para medicamentos con receta y cómo obtenerlos, consulte la Evidencia de cobertura y el Formulario de <mandatory Plan Name>.

*[Optional: Cuando este Directorio de farmacias menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a <sponsor name>. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a <mandatory plan name>.]*

Las farmacias que figuran en esta lista son las “farmacias de la red”, ya que hemos acordado con ellas el suministro de medicamentos con receta para los miembros del plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos por <Plan Name> solo si los obtiene en una farmacia de la red [o a través de nuestro servicio de farmacias de pedido por correo]. Una vez que acuda a una farmacia, no es necesario que continúe acudiendo a la misma farmacia para obtener su medicamento con receta, sino que puede cambiar a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Puede obtener sus medicamentos con receta en farmacias fuera de la red solo en ciertas circunstancias contempladas en su Evidencia de cobertura.

Es posible que no todas las farmacias de la red se encuentren en este directorio. Tal vez se hayan agregado o eliminado algunas farmacias de la lista después de la impresión de este directorio. Esto quiere decir que es posible que las farmacias enumeradas aquí ya no sean parte de nuestra red, o que puede haber farmacias más nuevas en nuestra red que no figuren en la lista. Esta lista está vigente a partir del <insert date name>. Para obtener la lista más actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

*[Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing: “Puede ir a todas las farmacias de esta lista, pero sus costos para algunos medicamentos pueden ser menores en las farmacias de esta lista que ofrecen un costo compartido preferido. Estas farmacias están indicadas con [insert identification method, such as asterisk (\*) or “P”, etc.] para distinguirlas de otras farmacias de nuestra red que ofrecen un costo compartido estándar. [Note: If applicable, describe restrictions imposed on members that use pharmacies that offer standard cost-sharing.]”]*

*[Include if plan has network pharmacies that offer mail order services: Puede pedir que le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través del programa de entrega de pedido por correo de nuestra red [optional “que se denomina “[insert <name>.”] Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte la sección de pedido por correo de este Directorio de farmacias.]*

*[If this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following: “Este Directorio es para <geographic area>, que incluye el área en la que usted vive. Sin embargo, cubrimos un área de servicio más grande y hay más farmacias en las que sus medicamentos con receta pueden estar cubiertos por nuestro plan. Para obtener información sobre más farmacias de nuestra red del plan que no se mencionan en este Directorio, comuníquese con [insert contact information.]”]*

*[If a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following: “También enumeramos las farmacias disponibles en nuestra red, pero que se encuentran fuera de <geographic area>, el área geográfica donde vive. También puede obtener sus medicamentos con receta en estas farmacias. Para obtener más información, consulte la sección en este Directorio de farmacias en <Farmacias de la red fuera de <geographic area> o comuníquese con [insert contact information.]”]*

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior, consulte la primera y última página de portada de este Directorio para obtener información sobre cómo comunicarse con <nosotros or Plan Name>.

***[Recommended organization:]***

***Type of Pharmacy*** (Retail, Mail Order, Home Infusion, LTC, I/T/U)

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

***County*** (Listed alphabetically)

***City*** (Listed alphabetically)

***Neighborhood/Zip Code*** (Listed Numerically) Optional; For larger cities, pharmacies may be further subdivided by zip code or neighborhood)

***Pharmacy*** (Listed 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.]***

***[Note: Plans must indicate when a pharmacy is a pharmacy that offers preferred cost-sharing. If symbols are used, a legend must be provided.]***

***[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]***

**[Retail Pharmacies, including Chain Pharmacies]**

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*Note: Sponsors are expected to create one alphabetical list integrating both retail and chain pharmacies but the information supplied may vary for retail versus chain pharmacies.*

*Sponsors 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, sponsors may provide, as shown directly below, a toll-free customer service number and a TTY number that an enrollee can call to get the locations and phone numbers of the chain pharmacies nearest his or her home. If the chain pharmacy does not have a toll-free number, sponsors should include a central number for the pharmacy chain. If the chain pharmacy does not have a central number for enrollees to call, then sponsors must list each plan's chain pharmacy and phone number in the directory. If the chain pharmacy does not have a TTY/ number, sponsors are instructed to list*

## Modelo de Directorio de farmacias de la Parte D de 2018

*the TRS Relay number 711. A sponsor should not list its Member Services number as a pharmacy phone number or TTY/ number.*

- *Sponsors that choose to provide phone numbers for all the chains are expected to be consistent and also provide TTY phone numbers for independent retail pharmacies. This would include accessibility numbers; however, we do not require that sponsors research whether every retail pharmacy has a TTY or not, so long as the pharmacy directory clearly indicates for every retail pharmacy, including chains, a pathway for hearing impaired, which could be 711.*

**[Optional: <Web and e-mail addresses>]**

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

**[Note: Indicate whether the pharmacy provides an extended day supply of medications]**

**[Optional: <Days/Hours of Operation>]** **[Note: You may also indicate if a pharmacy is open 7 days per week and/or 24 hours per day.]****[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]**

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

### Farmacia[s] de pedido por correo

**[optional: insert <Name of Mail Order Program>]**

<Pharmacy Name>

<Phone Number>

**[Optional: Web and e-mail address >]**

**[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]**

*Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the below language.]*

Puede pedir que le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través del programa de entrega de pedido por correo de nuestra red *[optional “que se denomina “[insert <name of program>”]*.

*[Sponsors of plans whose network mail order services received a CMS exception to deliver new prescriptions without obtaining prior beneficiary consent insert the following:]* Si con anterioridad ha usado los servicios de pedido por correo con su plan actual, o si desea usarlos ahora, nuestra farmacia surtirá automáticamente las recetas nuevas que reciba directamente de sus médicos u otras personas autorizadas a dar recetas y enviará los medicamentos con receta. Puede desinscribirse de los envíos automáticos de nuevas recetas en cualquier momento, comunicándose con nosotros *[optional insert contact information]*. Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, nos contactaremos con usted cada vez que recibamos una nueva receta de un proveedor para verificar si desea que le surtan y envíen el medicamento en ese momento. Esto le dará la oportunidad de

## Modelo de Directorio de farmacias de la Parte D de 2018

asegurarse de que se le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe.

*[Sponsors that do not offer a program that automatically process mail order refills, insert the following.]*

Para resurtidos de sus medicamentos con receta de pedido por correo, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

*[Sponsors that offer a program that automatically processes mail order refills, insert the following.]*

Para resurtir sus medicamentos con receta de pedido por correo, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático *[optional: insert auto refill program name]*. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. Nos comunicaremos con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarnos de que efectivamente necesite más medicamentos. Puede cancelar los resurtidos si tiene una cantidad suficiente de su medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si opta por no usar el programa de resurtido automático, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo. Para cancelar la participación en el programa de resurtido automático, comuníquese con nosotros *[insert instructions here]*.

*[Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the following sentences. Sponsors have the option to insert either <hábiles> or <calendario> or neither in front of days “días”.]* Por lo general, debe recibir sus medicamentos con receta *[sponsors have the option to insert either “entre [insert “<number> días”] OR “de [insert <number>] a [insert <number> días”]* después de que la farmacia de pedido por correo reciba el pedido. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de ese plazo, comuníquese con nosotros al *[insert <Toll-free number and TTY number/TRS Relay number 711> and optionally other contact information]*.

### Farmacias de infusiones a domicilio

*<Note: Plans should provide any additional information on home infusion pharmacy services in their network and how enrollees can get more information. >*

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*[Optional: <Web and e-mail address>]*

*[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

### Farmacias de atención a largo plazo

Los residentes de un centro de atención a largo plazo pueden obtener sus medicamentos con receta cubiertos por <Plan Name> a través de la farmacia de atención a largo plazo del centro u otra farmacia de la red para atención a largo plazo.

## Modelo de Directorio de farmacias de la Parte D de 2018

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

<Pharmacy/Long-Term Facility Name>

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

<Phone Number>

*[Optional: <Web and e-mail address>]*

*[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

### **[Farmacias (I/T/U) para el Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense]**

Solo los nativos americanos y nativos de Alaska tienen acceso a Farmacias del Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (I/T/U)/del Servicio de salud para la población india estadounidense a través de la red de farmacias de <Plan Name>. Quienes no sean nativos americanos y nativos de Alaska pueden tener acceso a estas farmacias en 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>*

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*[Optional: <Web and e-mail address>]*

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

*[Optional: <Days/Hours of Operation>] [Note: You may also indicate if a pharmacy is open 24 hours a day and/or 7 days per week.]*

*[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]*

### **[Farmacias de la red fuera de <área geográfica>]**

[Disponemos de farmacias de la red fuera del área de servicio en las que como miembro de nuestro plan puede obtener medicamentos cubiertos.]

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

*[Optional: <Web and e-mail addresses >]*

*[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]]*

***[Optional: Create categories for additional types of network pharmacies not encompassed in the categories above]***

<Pharmacy Name>

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

<Phone Number>

***[Optional: <Web and e-mail addresses >]***

***[Optional: Plans may indicate network pharmacies that support electronic prescribing.]]***

*[Appropriate language, including disclaimers, is expected to appear in this document on topics including: pharmacy disclaimers including mail order (MMG §50.15); Federal contracting (MMG §50.1); material ID Number (MMG §40.1); non-English translations (MMG §50.4); pharmacy directory (MMG §60.4).]*

*[BACK COVER]*

*[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]*