[***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 may 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 current regulations, including 42 CFR Part 423, Subpart V, 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/Sponsor Name>**

### Danh bạ Nhà Thuốc <Year>

*The following contact and revision date information is expected to appear on both the front and back covers of the document:* [*Insert one:* <Danh bạ nhà thuốc này đã được cập nhật vào <MM/YYYY>.> *or <*Chúng tôi không thay đổi gì danh bạ này kể từ MM/DD/YYYY.>] Để biết thông tin mới hơn hoặc nếu quý vị có các thắc mắc khác, hãy liên lạc với [*optional* <chúng tôi>,] < *mandatory* Plan or Sponsor Name> [*optional* <Ban Dịch vụ Hội viên>,] theo số <Toll-free Number> hoặc, đối với người dùng TTY, <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>, hoặc truy cập <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 for a plan that has changes in its pharmacy network* <những thay đổi đối với mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi có thể xảy ra trong năm quyền lợi. Danh bạ Hiệu thuốc được cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại [*Insert* <web address>]. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ <Khách hàng/Hội viên> theo số <phone number> (người dùng TTY/TDD cần gọi <TTY/TDD number>) để biết thông tin cập nhật.]

OR

[*Insert for a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network* <Mạng lưới của chúng tôi đã thay đổi nhiều hơn bình thường trong năm 2023. Danh bạ Hiệu thuốc được cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại [*Insert*<web address>]. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ <Customer/Member>theo số <phone number> (người dùng TTY/TDD cần gọi <TTY/TDD number>) để biết thông tin cập nhật. **Chúng tôi đặc biệt khuyên quý vị nên xem lại Danh bạ Nhà thuốc hiện tại của chúng tôi để xem hiệu thuốc của quý vị có còn trong mạng lưới của chúng tôi hay không.**]

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

Giới thiệu: Tập sách này cung cấp danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới [*Insert* <plan name>’s]. Để có bản mô tả đầy đủ về bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị, bao gồm cả cách mua thuốc theo toa, vui lòng xem lại Chứng Từ Bảo Hiểm và danh mục thuốc của [*Insert* <*mandatory* Plan Name>]’s.

[Optional: Khi danh mục nhà thuốc này đề cập đến “chúng tôi”, hoặc “của chúng tôi,” đó có nghĩa là <sponsor name>. Khi nó đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi,” đó có nghĩa là <mandatory plan name>.]

Chúng tôi gọi các nhà thuốc trong danh sách này là “nhà thuốc trong mạng lưới” của chúng tôi bởi vì chúng tôi đã thu xếp với họ để cung cấp thuốc theo toa cho các hội viên của Chương trình. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị được đài thọ theo [*Insert* <plan name>] chỉ khi chúng được mua tại một hiệu thuốc trong mạng lưới [hoặc thông qua dịch vụ hiệu thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi]. Khi quý vị đến một hiệu thuốc, quý vị không phải tiếp tục đến cùng một hiệu thuốc đó để mua thuốc theo toa mà có thể chuyển sang bất kỳ nhà thuốc nào khác trong mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi sẽ bán thuốc theo toa tại các nhà thuốc không thuộc mạng lưới trong một số trường hợp nhất định như được mô tả trong Chứng từ Bảo hiểm của quý vị.

Tất cả nhà thuốc trong mạng lưới có thể không được liệt kê hết trong danh bạ này. Nhà thuốc có thể đã được thêm vào hoặc loại bỏ khỏi danh sách sau khi danh bạ này được in. Điều này có nghĩa là các nhà thuốc được liệt kê ở đây có thể không còn trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc có thể có những nhà thuốc mới hơn trong mạng lưới của chúng tôi mà không được liệt kê. Danh sách này được cập nhật tính đến [*Insert* <applicable date>]. Để biết danh sách mới nhất, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi có trên trang bìa trước và bìa sau.

[*Insert if plan has network pharmacies that offer preferred cost sharing:* Quý vị có thể đến tất cả các nhà thuốc trong danh sách này, nhưng chi phí của quý vị đối với một số thuốc có thể ít hơn tại các nhà thuốc trong danh sách này mà có chia sẻ chi phí ưu tiên. Chúng tôi đã đánh dấu các nhà thuốc này bằng [*Insert* <phương pháp nhận dạng> chẳng hạn như dấu sao (\*) hoặc “P”, v.v.] để phân biệt với các nhà thuốc khác trong mạng lưới của chúng tôi mà có chia sẻ chi phí tiêu chuẩn.] [*Note: When applicable, describe restrictions imposed on members that use pharmacies that offer standard cost sharing.*]

[*Insert if plan has network pharmacies that offer mail order services:* Quý vị có thể nhận thuốc theo toa được chuyển đến nhà của quý vị thông qua chương trình giao hàng qua thư qua mạng lưới của chúng tôi [*Insert optional text:* đượcgọi là [*Insert <mail order delivery program* name>*.*]Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với chúng tôi hoặc xem phần đặt hàng qua đường bưu điện của danh bạ nhà thuốc này.]

[Insert *if this directory is a subset of a service area, sponsors must include the following:* Danh bạ này là dành cho [*Insert* <geographic area>] bao gồm vùng quý vị sống. Tuy nhiên, chúng tôi hoạt động trong một khu vực dịch vụ lớn hơn, và có nhiều nhà thuốc mà thuốc theo toa của quý vị có thể được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Để biết thông tin về các nhà thuốc khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi không được liệt kê trong danh bạ này, vui lòng gọi dịch vụ <customer/member> theo số <phone number> (người dùng TTY nên gọi <TTY number>).]

[*Insert if a pharmacy directory lists pharmacies in its network that are outside of the service area, the sponsor must include the following:* Chúng tôi cũng liệt kê các nhà thuốc nằm trong mạng lưới của chúng tôi nhưng nằm ngoài [*Insert* <geographic area>], khu vực quý vị sống. Quý vị cũng có thể mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc này. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần trong danh bạ này về Nhà thuốc Trong Mạng lưới ở ngoài [*Insert one or both:* <geographic area> *hoặc* <customer/member service information>].

Nếu quý vị có thắc mắc về bất kỳ nội dung nào ở trên, vui lòng xem các trang bìa đầu tiên và cuối cùng của danh bạ này để biết thông tin về cách liên lạc với [*Insert one* <chúng tôi> *<*Plan Name>].

[***Tổ chức được đề nghị:***

***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.]]

**Nhà thuốc bán lẻ, trong đó có nhà thuốc theo Chuỗi**

<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 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 insert* <web and e-mail addresses>]

[*Optional insert* <special services offered>]

[*Note: Examples of special services: 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*.]

[*Lưu ý: 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.”*]

**[Các] Hiệu Thuốc Đặt Hàng Qua Thư**

[*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*.]

Quý vị có thể nhận các thuốc theo toa được gửi đến nhà của quý vị thông qua chương trình giao hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới của chúng tôi [*optional*được gọi là “[*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:*] Nếu quý vị đã sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua thư với chương trình hiện tại của quý vị trước hoặc nếu quý vị chọn tham gia vào lúc này, hiệu thuốc của chúng tôi sẽ tự động bán và gửicác toa thuốc mới nhận trực tiếp từ bác sĩ của quý vị hoặc các nhà kê đơn khác. Quý vị có thể từ chối tham gia chương trình giao tự động thuốc theo toa mới bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với chúng tôi[*Optional insert <contact information>*].Nếu quý vị chưa từng nhận thuốc qua thư và/hoặc quyết định dừng tự động mua thuốc theo toa mới, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi chúng tôi nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp, để xem quý vị có muốn mua thuốc và chuyển hàng hay không tại thời điểm đó. Việc này sẽ cho quý vị cơ hội để chắc rằng nhà thuốc giao đúng thuốc (bao gồm cả liều dùng, số lượng, và dạng thuốc) và nếu cần thiết, cho phép quý vị hủy hoặc hoãn đặt hàng trước khi quý vị được lập hóa đơn và thuốc được giao.

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

Đối với việc mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua thư của quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi [*Insert* <recommended number of days>]ngày trước khi quý vị cho rằng loại thuốc mà quý vị đang dùng có thể hết để đảm bảo đơn hàng tiếp theo của quý vị được chuyển đến kịp thời.

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

Đối với việc mua thêm thuốc theo toa đặt hàng qua thư của mình, quý vị có tùy chọn đăng ký chương trình mua thêm tự động [*Optional insert <*automatic refill program name*>*]. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý việc mua thêm tiếp theo của quý vị tự động khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị gần hết thuốc. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi mỗi đơn hàng mua thêm để đảm bảo rằng quý vị đang cần thêm thuốc. Quý vị có thể hủy việc mua thêm theo lịch nếu quý vị đủ thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi. Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm tự động, vui lòng liên hệ với chúng tôi [*Insert* <recommended number of days>] trước khi quý vị cho rằng loại thuốc mà quý vị đang dùng hết để đảm bảo đơn hàng tiếp theo của quý vị được chuyển đến kịp thời. Để chọn không tham gia chương trình mua thêm tự động, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng [*Insert* <instructions here>].

[*Sponsors of all plans offering mail order programs should insert the following sentences. Sponsors have the option to insert either*<business> *or <*calendar> *or <*neither> *in front of* ***“days”***.] Thông thường, quý vị nên nhận các loại thuốc theo toacủa mình[*Sponsors have the option to insert either*trong vòng [*insert*“*<*number> ngày”] *OR*“từ[*insert <*number>] đến [*insert<*number> ngày”]từ thời điểm hiệu thuốc đặt hàng qua thư nhận được đơn hàng.Nếu quý vị không nhận được (các) thuốc theo toa của mình trong thời gian này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số [*insert* *<*Toll-free number and TTY number/TRS Relay number 711*> and optionally other contact information*].

## Nhà thuốc Truyền Thuốc tại Nhà

*<****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*.]

## Nhà thuốc Chăm sóc Dài hạn

Cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn có thể tiếp cận các thuốc theo toa được đài thọ theo <Plan Name> thông qua nhà thuốc chăm sóc dài hạn của cơ sở hoặc nhà thuốc chăm sóc dài hạn khác trong mạng lưới.

[***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*.]

## [Các Hiệu thuốc thuộc Chương trình Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U)]

Chỉ có thổ dân Mỹ và người bản địa Alaska mới có quyền tiếp cận các nhà thuốc của Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (I/T/U) thông qua mạng lưới nhà thuốc của<Plan Name>. Những người không phải là thổ dân Mỹ và người bản địa Alaska có thể tiếp cận các nhà thuốc này trong một số trường hợp hạn chế (ví dụ: trường hợp cấp cứu).

[*<****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.*]

**[Nhà thuốc Trong Mạng lưới bên ngoài <Geographic Area>]**

[Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ nơi quý vị có thể nhận thuốc được đài thọ với tư cách hội viên của chương trình của chúng tôi.]

<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.*]

[*Pursuant to 42 CFR §423.2267, applicable disclaimers must be included in this directory.*]

[*BACK COVER*]

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