2024 合約年度 Medicare Advantage 與第 1876 條成本計劃醫療服務提供者目錄範本和說明

*發佈日期：2023 年 5 月 24 日*

**簡介**

該指引適用於 Medicare Advantage (MA) 機構的所有基於網絡的 MA 計劃，也適用於根據《社會保障法》（以下簡稱法案）第 1876 條提供成本計劃的機構。[[1]](#footnote-2)我們在本文件中通常將這些機構稱為「計劃」。

**內容要求。**計劃必須透過醫療服務提供者目錄，列出提供者的數量、組合和分佈（地址），以便參保者可以合理地預期從這些提供者處獲得的 Medicare 承保項目和服務。[[2]](#footnote-3)從 2024 年合約年度開始，計劃還必須在其醫療服務提供者目錄中列出每個提供者的文化和語言能力，包括提供者或提供者診室的熟練醫療口譯員所提供的語言（包括美國手語）。[[3]](#footnote-4)計劃必須以清晰、準確和標準化的形式向每個參保者列出提供者目錄資訊。[[4]](#footnote-5)計劃還必須擁有並遵循書面政策和程序，對參與網絡的提供者進行初始和定期評估與認證。[[5]](#footnote-6)在制定其醫療服務提供者目錄（通訊材料範本）時，計劃必須遵守對通訊材料的一般要求，符合所要求的材料和內容的標準，只要其能準確地傳達所需的資訊並遵循 CMS 指定的內容順序，可以偏離醫療服務提供者目錄的範本。[[6]](#footnote-7)計劃必須在其醫療服務提供者目錄中包含標準材料標識 (SMID)。[[7]](#footnote-8)

**資料提供要求。**計劃必須在計劃年度開始前的 10 月 15 日之前向*當前*參保者提供其醫療服務提供者目錄，如有參保者索取目錄，則應在收到請求後的三個工作日內提供。計劃必須在收到 CMS 參保確認後十個日曆日內或在生效日期前一個月的最後一天（以較晚者為準）向*新*參保者提供其醫療服務提供者目錄。[[8]](#footnote-9)

計劃必須遵守允許以電子方式提供其醫療服務提供者目錄的要求，並且必須在其網站上發佈可列印和可搜尋的醫療服務提供者目錄版本（可列印的版本應在計劃年度開始前的 10 月 15 日之前發佈）。[[9]](#footnote-10)線上醫療服務提供者目錄必須可使用提供者目錄範本中必備的每一個元素進行搜尋，包括醫療服務提供者的名稱、位置、專長、電話號碼以及文化和語言能力。在適用的情況下（即對於 MA-PD 計劃），計劃必須發佈可搜尋的藥房目錄與醫療服務提供者目錄。[[10]](#footnote-11)

**更新要求。**計劃必須在發現變化時立即更新其醫療服務提供者目錄，並且更新必須在收到需要更新的資訊後 30 天內完成。另外，計劃必須在 30 天內完成對紙版醫療服務提供者目錄的完整更新，透過增編單獨更新的紙版目錄被視作最新目錄。[[11]](#footnote-12)

**API 要求。**計劃還必須為其醫療服務提供者目錄實施和維護一個可公開存取的、基於標準的應用程式介面 (API)，該介面必須符合適用的技術要求和文件要求，可在計劃網站上存取，並在收到資訊或更新後不遲於 30 個日曆日進行更新。[[12]](#footnote-13)計劃的 API 必須包含此醫療服務提供者目錄範本描述的提供者目錄必備的所有資訊。[[13]](#footnote-14)如需更多資訊，請參見 <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/guidance/interoperability/index#P_Directory>。

**無障礙設施和翻譯要求。**[[14]](#footnote-15)如有必要，計劃必須以無障礙格式向殘障人士提供其醫療服務提供者目錄，以確保機會均等。計劃還必須將其醫療服務提供者目錄翻譯成服務區域內至少 5% 的個人用為主要語言的非英語語言；全面綜合雙重資格 (FIDE) 特殊需求計劃 (SNP)、高度綜合雙重資格 (HIDE) SNP 和適用的綜合計劃還必須如按人付費的 Medicaid 管理式護理合約中所述，將其醫療服務提供者目錄翻譯成 Medicaid 翻譯標準規定的語言。計劃還必須以無障礙格式或非英語語言長期提供其醫療服務提供者目錄。[[15]](#footnote-16)

**說明**

下述說明、指引和醫療服務提供者目錄範本適用於所有基於網絡的 MA 計劃[[16]](#footnote-17)以及第 1876 條成本計劃編製的**紙質版和線上版**醫療服務提供者目錄。**範本在本文件中從第 1 頁開始提供。**範本中已用灰色強調的文字和方括號標識出所有可變欄位，應在這些欄位填寫關於當前網絡內提供者的具體計劃資訊。任何包含“必須”一詞的說明（此處和範本模板中）均指所需資訊。在編制醫療服務提供者目錄時，計劃應參閱這些指示以及上述必要的法規。

**醫療服務提供者清單。**

***為確保醫療服務提供者所需的資訊以清晰、準確和標準的方式提供，計劃必須：***

* 僅列出當前已簽約和經過認證的醫療服務提供者。
* 清楚說明參保人使用醫療服務提供者**所有**計劃的特定規則。例如，某個健康維護組織 (HMO) 計劃可能擁有開放式醫療服務提供者團隊，也可能只提供封閉式醫療服務提供者團隊。封閉式醫療服務提供者團隊可能需要參保人從主治醫生 (PCP) 處獲得轉診才能使用專科醫生。在目錄中清楚地說明此資訊。
* 註明參保人必須獲得轉診的醫療服務提供者和/或服務，或說明可從哪裡找到此類資訊。
* 列出每個提供者的文化和語言能力，包括提供者或提供者診室的熟練醫療口譯員所提供的語言（包括美國手語）。
* 僅列出醫療服務提供者可定期看診並定期提供承保服務的診室或看診地點。
* 如果參保人可與非醫師執業者（例如執業護士、醫師助理）約診獲取承保的初級護理服務，則僅將此類執業者列為「主治醫生 (PCP)」（參見第 7 頁）。清楚地註明該醫療服務提供者為非醫師執業者。
* 清楚地註明醫療服務提供者是否接受新患者，**或**提供一份通知，指示受益人聯絡醫療服務提供者以確定其是否接受新患者。計劃可以任何方式註明接受/不接受新患者的醫療服務提供者（即註明「是否接受新患者？是/否」或使用「\*」加腳註），只要受益人能確定可合理地從哪些提供者處獲取服務。
* 清楚地註明醫療服務提供者在特定的網絡中所提供的專長服務（即專科和/或附屬專科），即便其擁有執業多個專科的資質。例如，不擔任主治醫生的內科醫生/腫瘤醫生不應在目錄中顯示為主治醫生。僅將該醫療服務提供者列入其作為網絡內提供者將向參保人提供的服務類別下。
* 盡合理的努力確保及時更新醫療服務提供者的*執業診所名稱*，並且能夠在參保人致電預約時反映出該診所的曾用名稱。
* 透過在醫療服務提供者名錄旁附上備註，標識出在使用時可能設有限制的提供者，說明相關限制。範例包含（**但不限於**）以下各項：
  + 該醫療服務提供者僅可服務一部分的參保人（例如，例如只有美國原住民參保人才可使用與美國原住民部落相關的醫療服務提供者，只有學生參保人才可使用大學的學生醫療服務）；
  + 該醫療服務提供者僅提供上門就診服務，不在實體診室為患者看診（註：計劃還應從醫療服務提供者清單中排除特定街道地址，但仍應按照以下範本文件在適當的提供者類型、州、縣、市和社區/郵遞區號下方列出提供者）；
  + 專門透過遠程醫療提供服務的醫療服務提供者（或醫療服務執業者）（透過下游簽約遠程醫療公司或類似下游實體提供服務的提供者應列於此類服務下）；
  + 身體殘障人士無法使用的醫療服務提供者和/或地點（例如，缺乏坡道、電梯和無障礙醫療設備）；
  + 該醫療服務提供者僅在特定期限（例如，未來的日期）成為網絡內提供者，或在指定日期退出網絡，並清楚說明時間限制（例如「從 XX, X, 20XX 開始」或「直到「XX, X, 20XX」）。

***計劃可能不會：***

* 在醫療服務提供者獲得計劃認證之前列出提供者。
* 列出參保人無法致電所列電話號碼並請求在所列地址與其約診的醫療服務提供者（例如急症護理、待命人員、替補/後備醫療服務提供者）。
* 列出醫療服務提供者只能偶爾執業的地點（例如，代替生病或休假的其他提供者時）。

**預約等待時間標準。**[[17]](#footnote-18)MA 計劃必須保持符合或超過 CMS 標準的就醫及時性（即預約等待時間）的書面標準。MA 計劃針對初級醫療和行為健康服務的預約等待時間的書面標準必須符合或超過下列最低標準：

* 急症治療服務或緊急醫療護理；
* 並非緊急醫療或急症治療服務，但參保者需要就醫服務，時間為 7 個工作日內；和
* 常規和預防性護理為 30 個工作日內。

計劃必須在其醫療服務提供者目錄中標註其初級保健和行為健康服務的預約等待時間標準。計劃可將此資訊作為適用於初級保健和行為健康提供者類型的一般規則包含在簡介部分（參見第 3 頁）。

**子網絡。**提供子網絡的計劃可以為每個子網絡制定單獨的醫療服務提供者目錄，或者在醫療服務提供者目錄中註明哪些提供者屬於子網絡。子網絡目錄必須清楚說明參保人不限於使用子網絡目錄中列出的醫療服務提供者，並提供有關如何存取本計劃的完整醫療服務提供者網絡的說明（包括更大的線上目錄的連結）。子網絡目錄還必須說明參保人如何申請使用子網絡之外的醫療服務提供者。有關子網絡的更多資訊，請參見 Medicare Advantage 和第 1876 條成本計劃網絡充分性指引，網址為：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>。

**具有限定或特定網絡的計劃/特定醫療服務提供者計劃。**組織可以將一個目錄用於多個計劃，只要該目錄中的資訊對於使用該目錄的所有計劃都是準確的。使用不同或有限定網絡的計劃（例如有子網絡用於組織提供的其他計劃）必須制定並發佈單獨的目錄，以明確標識可用的醫療服務提供者。此類計劃的範例是特定醫療服務提供者計劃 (PSP)，它必須為 PSP 網絡制定和發佈單獨的目錄。不得使用合約級的醫療服務提供者目錄來向潛在受益人或參保人說明 PSP 網絡。例如，計劃不能只在範圍更廣的網絡目錄上簡單標註符號或資訊，以說明哪些提供者屬於限制更多的 PSP 網絡。

**不同的分攤費用安排/等級。**如果使用某些提供者（例如透過 MA Uniformity Flexibility）的參保人需支付的分攤費用更少、減免或對醫療福利分攤費用進行了分級，計劃必須用特殊字元和/或註腳標識出這些提供者。計劃必須添加相關說明，提示參保人參閱承保範圍說明書 (EOC) 以瞭解更多資訊。如果計劃使用其他術語來描述這些分攤費用安排，則不一定要使用「分級」這個詞。請參閱《Medicare 管理式護理手冊》第 4 章第 50.1 節，瞭解有關醫療福利分級費用分攤的更多指南。

**典型的改動。**以下是計劃對範本進行的典型改動：

* 進行必要的小改動（例如語法或標點符號改動、更正參考資料）。
* 更改格式/樣式（例如字體、頁邊距），以符合規章要求和其他指南。
* 添加其他資料元素。
* 添加計劃標誌。
* 當文件提到 [Plan Name] 時，插入 MAO 名稱或「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」。此外，即使範本中已經使用了「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」中的一種，這些詞語仍然可以互換使用。
* 將其他計劃資料（如承保範圍說明書）的參考資訊更改為計劃常用的條款。
* 填充範本時，刪除給各計劃看的說明。

**最佳做法。**CMS 強烈建議各計劃設計相應的支援程序以維護醫療服務提供者目錄的準確性。例如，計劃可為參保人提供熱線電話，以供他們聯絡計劃獲取預約方面的幫助或報告目錄的錯誤。如果參保人請求幫助以尋找接受新患者的醫療服務提供者，CMS 還建議計劃採用以下最佳做法：為他們提供連接到提供者診室專線的「熱轉接」服務。

CMS 還鼓勵各計劃在醫療服務提供者目錄上納入以下資訊（視情況適用）：

* 醫療服務提供者的網站和電子郵件地址
* 醫療服務提供者支持電子處方的能力
* 醫療服務提供者的醫療團體和/或機構隸屬關係
* 醫療服務提供者的遠程醫療服務能力
* 醫療服務提供者在治療類鴉片藥物使用障礙 (OUD) 患者方面的專業知識（例如 OUD 藥物處方醫師、戒癮專家、類鴉片藥物治療計劃 (OTP)）

**[Plan Name]   
[HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA]   
計劃醫療服務提供者目錄**

本目錄最後更新於 [Month DD, YYYY]。

本目錄提供 [Plan Name] 在 [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory covers.] 的最新網絡內提供者清單。

[For hardcopy directories, insert:如需獲取 [Plan Name] 的線上醫療服務提供者目錄，您可以瀏覽 [Web address].]。如對本目錄中所述的資訊有任何疑問，請致電我們的[Customer/Member]服務部，電話：[toll-free number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[TTY/TDD]人士請致電 [TTY or TDD number]。

[For online directories, as a best practice, insert:如要索取一份紙版 [Plan Name] 醫療服務提供者目錄，請致電我們的[Customer/Member]服務部，電話：[toll-free number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[Plan Name] 在您提出請求後三 (3) 個工作日內，將給您郵寄一份紙版醫療服務提供者目錄。[Plan Name] 可能會詢問您對紙版副本的請求是一次性請求，還是希望永久接受紙版醫療服務提供者目錄。

如果您提出請求，您對紙質版醫療服務提供者目錄的請求將保留至您退出 [Plan Name]，或請求停止接收紙質版目錄。]

您可以免費獲取其他格式的資訊，例如大字體、盲文或音訊。請撥打我們的免費電話：[toll-free number]*。*

[For plans that meet the 5% non-English language threshold, the plan should include:本文件免費提供 [insert languages that meet the 5% threshold]] 版本。

[For FIDE SNPs, HIDE SNPs, and applicable integrated plans that meet the language threshold required by the Medicaid translation standard as specified through their capitated Medicaid managed care contract, the plan should include:本文件免費提供 [insert languages that meet the applicable threshold]] 版本。

[As a best practice and as applicable, plans should include:您請求提供無障礙格式或語言的醫療服務提供者目錄，除非您另有要求，否則此請求將長期有效。]

[SMID]

**目錄**

[第 1 節 – 簡介 3](#_Toc140240835)

[[Plan Name] 的服務區域包含哪些？ 5](#_Toc140240836)

[如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？ 5](#_Toc140240837)

[第 2 部分 – 網絡內醫療服務提供者清單 6](#_Toc140240838)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc140240839)

[[Specialists] 7](#_Toc140240840)

[[Hospitals] 9](#_Toc140240841)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc140240842)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc140240843)

[[Pharmacies] 12](#_Toc140240844)

## 第 1 節 – 簡介

本目錄提供 [Plan Name] 的網絡內提供者清單。

[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:您將需要從本目錄列出的網絡內提供者中選擇一位作為您的主治醫生 (PCP)。一般而言，您必須從您的 PCP 處獲得醫療服務。] [Explain PCP in the context of your plan type.]

Full-network PFFS plans insert:我們有網絡內提供者提供 original Medicare 承保的所有服務[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站： [insert link to PFFS terms and conditions of payment] 瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [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:我們有網絡內提供者提供[indicate the category(ies) of services for which network providers are available]服務。您仍然可從未與我們計劃簽約的網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務，前提是這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件。您可瀏覽我們的網站： [insert link to PFFS terms and conditions of payment] 瞭解更多關於 PFFS 計劃付款的詳情。] [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.]

列於本目錄的網絡內提供者均同意為您提供 insert appropriate term(s):醫療/眼科/牙科] 服務。您可前往本目錄所列的任何網絡內提供者處求診 [: /.] [Insert if applicable: 但是，某些服務可能需要轉診。] [Insert applicable details on referrals.] [Insert, if applicable:我們網絡有其他醫療服務提供者。] [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] 不要求參保者或其醫療服務提供者先獲得轉診或計劃的授權，才能取得計劃承保的具有醫療必要性的服務。如果您對我們是否會支付您正在考慮接受的醫療服務或護理有任何疑問，您有權在接受該服務或護理之前詢問我們是否會給予承保。]

[PPO plans insert:除非在緊急情況下，否則網絡外醫療服務提供者沒有義務為 [Plan Name] 的參保者提供治療。就我們是否會承保網絡外服務的決定而言，我們鼓勵您或您的提供者在您接受服務前，要求我們作出預先服務機構裁決。請致電我們的 [客戶/會員]服務部，電話：[toll-free number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障]人士請致電 [TTY or TDD number]。您還可參閱承保範圍說明書 (EOC) 瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用資訊。]

[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:您必須使用網絡內提供者，除非出現緊急醫療或急症治療護理情況[或是在服務區域外接受腎臟透析或其他服務]。若您透過網絡外醫療服務提供者取得常規護理，Medicare 和 [Plan Name] 均不負責該費用。]

[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.]

### [Plan Name] 的服務區域包含哪些？

[「郡」or][for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only:「州」or] [for plans with a partial county service area only: 我們服務區域內的部分郡/郵遞區號][]列示如下。[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…”)].

### 如何尋找您所在地區的 [Plan Name] 醫療服務提供者？

[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.]

如果您有關於 [Plan Name] 的疑問，[或在選擇主治醫生時需要獲得協助]，請致電我們的[客戶/會員]服務部，電話：[phone number]，服務時間為：[days and hours of operation]。[聽障/語障]人士請致電 [TTY or TDD number]。您還可瀏覽 [Web address]。

## 第 2 部分 – 網絡內醫療服務提供者清單

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

[Recommended organization:

**醫療服務提供者類型**（主治醫生、專科醫生（類型）、醫院、專業護理機構、門診精神健康醫療服務提供者和計劃提供門診處方藥的藥房（類型）。）

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

**郡**(Listed alphabetically)

**城市**(Listed alphabetically)

**社區/郵遞區號**(Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**醫療服務提供者名稱**(Listed alphabetically)

**醫療服務提供者詳細資訊**]

[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:*是否接受新患者？是/否]

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

[*Optional:* medical group and/or institutional affiliation]

[*Optional:* telehealth capabilities]

[*Optional:* expertise in treating patients with OUD]

### [Specialists]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Specialist Name]

[*If applicable:*是否接受新患者？是/否]

[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:* medical group and/or institutional affiliation]

[*Optional:* telehealth capabilities]

[*Optional:* expertise in treating patients with 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:* medical group and/or institutional affiliation]

[*Optional:* telehealth capabilities]

[*Optional:* expertise in treating patients with 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:* medical group and/or institutional affiliation]

[*Optional:* telehealth capabilities]

[*Optional:* expertise in treating patients with OUD]

### [Outpatient Mental Health Providers]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

[*If applicable:*是否接受新患者？是/否]

[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:* medical group and/or institutional affiliation]

[*Optional:* telehealth capabilities]

[*Optional:* expertise in treating patients with 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.

註：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:零售、郵購、居家輸液、長期護理 (LTC)、印第安醫療保健服務/部落/城區印第安醫療保健 (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. 除非另有說明，否則所有法規引文均來自美國聯邦法規 (CFR) 第 42 章。根據 42 CFR §§ 417.427 和 417.428，披露 (§ 422.111) 以及行銷和傳播（第 422 部分，第 V 子部分，§§ 422.2260 至 422.2276）適用於根據該法案第 1876 條下的合同提供的成本計劃。 [↑](#footnote-ref-2)
2. 參見 § 422.111(b)(3)(i)；計劃還必須提供有關福利承保範圍的條件和限制的資訊，例如事先授權 (§ 422.111(b)(7)) 和如何使用網絡外提供者 (§ 422.111(b)(3))。 [↑](#footnote-ref-3)
3. § 422.111(b)(3)(i)；Medicare 計劃；Medicare Advantage 計劃、Medicare 處方藥福利計劃、Medicare 成本計劃和老人全包護理計劃最終規則的 2024 合約年度政策與技術變更（[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) [2023 年 4 月 12 日]）。 [↑](#footnote-ref-4)
4. §§ 422.111(a)(2) 和 422.2267(e)(11) [↑](#footnote-ref-5)
5. §§ 422.202 和 422.204。計劃應查閱 §§ 422.200 至 422.224，以瞭解針對由計劃支付費用以提供承保福利的提供者的額外要求。 [↑](#footnote-ref-6)
6. §§ 422.2262 和 422.2267(a) 及 (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 和 422.119(c) 及 (d) [↑](#footnote-ref-13)
13. §§ 422.111(b)(3)(i) 和 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. MA 機構和 D 部分贊助者必須遵守 1973 年《康復法》第 504 條和《平價醫療法案》第 1557 條，以及衛生與公眾服務部 45 CFR 第 84 和 92 部分的實施條例。作為聯邦財政援助的接受者，MA 組織和 D 部分贊助者在必要時必須向感官、手工或口語技能受損的個人提供適當的輔助工具和服務，包括口譯員和替代格式的資訊，以使這些人士有平等的機會從相關服務中受益。輔助工具和服務可包括盲文、大字體、資料/音訊檔案、中繼轉接服務和聽障通信。這些說明並未完整描述這些法律規定的計劃義務，計劃還應審查 45 CFR 第 84 和 92 部分中的規定。另請參見定義「替代格式」的 § 422.2260。 [↑](#footnote-ref-15)
15. § 422.2267(a)(3)-(4) [↑](#footnote-ref-16)
16. 「基於網絡的計劃」一詞目前在 § 422.114(a)(3)(ii) 中定義。在 2022 年 12 月的擬議規則制定通知中，CMS 建議將「基於網絡的計劃」一詞的定義添加至 §422.2，「Medicare 計劃」；Medicare Advantage 計劃、Medicare 處方藥福利計劃、Medicare 成本計劃、《平價醫療法案》及老人綜合護理計劃的 Medicare A 部分、B 部分、C 部分及 D 部分多付費用條款；「衛生資訊技術標準及實施規範」的 2024 合約年度政策與技術變更（[87 FR 79452](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2022-12-27/pdf/2022-26956.pdf) [2022 年 12 月 27 日]）。然而，截至本指引發佈之日，該提案尚未最終確定。 [↑](#footnote-ref-17)
17. § 422.112(a)(6) [↑](#footnote-ref-18)