Modelo de Directorio de Proveedores de Medicare Advantage y del

Plan de Costo de la Sección 1876 para 2016

**Este modelo se ha actualizado con cambios leves.**

[Instrucciones: Todos los campos variables están indicados con texto gris y corchetes. Estos campos deben llenarse con información específica para el plan. Ajuste los números de sección por todo el documento, si aplica.]

[Nota: Los planes Privados de Tarifa por Servicios (PFFS, por sus siglas en inglés) de fuera de la red (es decir, planes PFFS sin red directa de contratación de proveedores) no necesitan crear un directorio de proveedores.]

[Nota: CMS considera que el Directorio de Proveedores es una plantilla estándar y se requiere que los planes presenten la versión definitiva rellenada en HPMS.]

[Nota: Mientras que las personas inscritas en un plan de Medicare Advantage (MA) pueden asignarse a una sub-red dentro del plan MA según su lugar de residencia o selección de un Médico de Cuidado Primario/Médico de cabecera (PCP), no pueden fijarse permanentemente en la sub-red de un plan. Por ejemplo, el beneficiario puede elegir cambiarse a un PCP fuera de su sub-red, o pueden solicitar referidos a proveedores o especialistas contratados en otras sub-redes del plan.

Los planes pueden desarrollar directorios distintos para cada sub-red. Un plan MA tiene un directorio de sub-red cuando:

(a) La red contratada de un plan MA se compone de dos o más grupos de proveedores (es decir, sub-redes dentro del plan MA); y

(b) Las personas inscritas reciben un directorio de proveedores según el grupo de proveedores (es decir, sub-red) al que se les asigne cuando se inscriban en el plan MA.

Para garantizar que las personas inscritas estén completamente enteradas de todas sus opciones de proveedores de red, los planes que les proporcionan directorios que contienen una sub-red de proveedores del plan también deben informar a sus miembros que pueden encontrar un directorio completo de toda su red de proveedores del plan en línea, y que se entregarán copias impresas previa solicitud. Además el plan debe describir la manera en que los miembros pueden solicitar acceso a los proveedores del plan que están en las otras sub-redes de su plan.]

[Nota de Distribución: Los Directorios de Proveedores deben estar disponibles para los miembros en el momento de la inscripción. Consulte las Directrices de Comercialización de Medicare (MMG) para ver instrucciones más detalladas.]

[Nota: Los Patrocinadores de los planes o de la Parte D deben asegurarse de que sus sitios web contengan directorios precisos y actualizados en todo momento. Los directorios en línea deben cumplir con todos los requisitos de la sección 100 del MMG.]

[Opcional: Los planes pueden incluir programas de cuidados paliativos dentro de sus áreas de servicio.]

[Instrucciones: Si los costos compartidos varían con base en niveles de proveedores y/o beneficios, los planes deben indicar claramente el nivel de un proveedor y/o centro usando caracteres especiales y/o notas al pie. Los planes deben remitir a los miembros a su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre los costos compartidos de cada nivel. Observe que no se exige que los planes usen la palabra “nivel” si no es la forma en la que se hace referencia a eso en el mercado.]

[Name of Plan]  
[HMO / Cost / PPO / PFFS]

Directorio de Proveedores de Plan

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

Este directorio es para [provide a description of the plan’s service area.

Este directorio está al día el [date of publication]. Puede que se hayan añadido o quitado algunos proveedores de nuestra red después de imprimir este directorio. No garantizamos que todos los proveedores estén todavía aceptando miembros nuevos. Para obtener la información más al día acerca de los proveedores de la red de [Plan Name] de su área, puede visitar [Web address] o llamar a nuestro Departamento de Servicio al [Customer/Member] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

*[Insertar declaración de contratos Federal]*

*[Insertar descargo de responsabilidad para Disponibilidad de traducción No Inglesa, si aplica*]

*[Insertar disponibilidad de formatos alternos]*

[Material ID number]

## Sección 1 – Introducción

Este directorio proporciona una lista de proveedores de la red de [Plan Name]. Para obtener información detallada acerca de su cobertura de atención médica, consulte su Evidencia de Cobertura.

[Utilice esta sección de introducción para describir la manera en que los miembros deben utilizar este directorio. Por ejemplo, para seleccionar un PCP si su plan utiliza a los PCP, explicar sub-redes, círculos de referido o fijaciones permanentes si aplica, y para describir qué tipos de proveedores requieren un referido. Utilice, borre o modifique lo siguiente según el arreglo del plan.]

[Inserte este párrafo si aplica, según el arreglo del plan: Tendrá que utilizar uno de nuestros proveedores de la red que aparezcan en este directorio como {Médico/Proveedor} de Cuidado Primario (PCP). El término “PCP” se utilizará por todo este directorio. Generalmente, debe obtener servicios de atención médica de su PCP.] [Explique PCP en el contexto de su tipo de plan.]

[Los planes PFFS de red completa deben insertar: Tenemos proveedores de red para todos los servicios cubiertos por el plan Medicare Original [indique si los proveedores de red están disponibles para algún servicio que no esté cubierto por Medicare.] Aún puede recibir servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red que no tienen un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores accedan a aceptar los términos de nuestro plan y las condiciones de pago. Vea la sección 1.2 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura y en nuestro sitio web en: [inserte enlace a los términos y condiciones de pago PFFS] [Indique si el plan PFFS ha establecido requisitos más altos de costos compartidos para los miembros que obtengan servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.]

[Los planes PFFS de red parcial deben insertar: Tenemos proveedores de la red para [indique la categoría o categorías de servicios para los que hay proveedores de red disponibles.] Aún puede recibir servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red que no tienen un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores accedan a aceptar los términos de nuestro plan y las condiciones de pago. Vea la sección 1.2 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura y en nuestro sitio web en: [inserte enlace a los términos y condiciones de pago PFFS] [Indique si el plan PFFS ha establecido requisitos más altos de costos compartidos para los miembros que obtengan servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.]

[Los planes de costo de Sección 1876 deben explicar claramente que los miembros pueden utilizar proveedores del plan y proveedores que no son del plan, y también explicar las diferencias de los beneficios/costos compartidos entre el uso de proveedores del plan y de proveedores que no son del plan.]

Los “proveedores de la red” enumerados en este directorio han accedido a proveerle sus servicios de [inserte los términos apropiados: atención médica/visión/dental]. Puede ir a cualquiera de nuestros proveedores de red enumerados en este directorio [;/.] [Inserte, si aplica: sin embargo, algunos de los servicios pueden requerir un referido.] Si ha visitado regularmente a un proveedor de la red, no se le exige que siga visitando a ese mismo proveedor. En algunos casos, puede recibir servicios cubiertos de proveedores que no son de la red. [Insertar, si aplica: Hay otros médicos/proveedores disponibles en nuestra red.] [Nota: Modifique la discusión en esta sección para reflejar sus propias circunstancias contractuales, tales como paneles de acceso abierto, círculos de referido formal, o sub-redes, etc. Si no requiere referidos, ajuste el texto apropiadamente.] [Los planes PFFS deben insertar: [Plan Name] no requiere que los afiliados o sus proveedores obtengan un referido o autorización de nuestro plan como condición para cubrir servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene preguntas acerca de si vamos a pagar algún tipo de servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubrimos antes de recibir el servicio o la atención médica.]

[Incluya las opciones de red o punto de servicio que pueda haber según sea apropiado.]

[Incluya instrucciones para las personas inscritas explicando que, en los casos en que los proveedores que no tienen contrato presenten una factura directamente a la persona inscrita, el beneficiario no debe pagar la factura, sino presentarla al plan para que se procese y se determine la responsabilidad de la persona inscrita, si la hubiera.]

[Incluya información respecto a cobertura de fuera de área y cobertura de emergencia, incluyendo el proceso y los procedimientos para obtener servicios de emergencia. Incluya también el lugar donde puede obtenerse cuidado de urgencia, así como otras ubicaciones donde los médicos y hospitales de contrato proveen servicios de urgencia y cuidado de post-estabilización incluidos en el plan.]

[Inserte si aplica, según el tipo de directorio de plan/proveedores: Debe utilizar proveedores del plan excepto en situaciones de emergencia o cuidado urgente <<o para diálisis renal u otros servicios de fuera del área.>> Si obtiene cuidado de rutina de proveedores de fuera de la red ni Medicare ni <plan name> se responsabilizarán de los costos.]

[Los planes PPO y POS deben incluir información de que, con la excepción de emergencias o cuidado de urgencia, puede costar más obtener cuidado de proveedores de fuera de la red.]

### 

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

El [“county” or “counties”][for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “State” or“States”)][and parts of counties] de nuestra área de servicio [“is” or “are”] se indican a continuación. [Opcional: Puede incluir un mapa del área (además de indicar el área de servicio), y modificar la frase anterior de manera que dirija a los lectores al mapa.]

[Inserte la lista del área de servicio. Si se ha aprobado para todo el condado, utilice solamente el nombre del condado. En el caso de los condados parcialmente aprobados, utilice el nombre del condado y el código postal, (por ejemplo, “Nombre del condado, los distritos postales siguientes solamente: {xxxxx}…”)]

### ¿Cómo se pueden encontrar proveedores de [Plan Name] en su área?

[Los planes deben describir la manera en que una persona inscrita puede encontrar un proveedor de red que sea el más cercano a su casa en relación al formato de organización que hay en el directorio de proveedores.]

Si tiene preguntas acerca de [Plan Name][or require assistance in selecting a PCP], llame a nuestro Departamento de Servicio al [Customer\Member] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY\TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. O visite [Web address].

## Sección 2 – Lista de Proveedores de Red

[Nota: Los planes que ofrecen servicios suplementarios (es decir, visión, dentales) deben elegir incluir estos proveedores contratados en un directorio combinado con PCPs, etc. o en un directorio de proveedores aparate.]

[Indique el número total de cada tipo de proveedor (es decir, PCP, especialista, hospital, etc.).]

[Organización recomendada:

**Tipo de Proveedor** (PCPs, Especialistas, Hospitales, Clínicas de Enfermería Especializada, Proveedores de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios, y Farmacias (tipos) donde los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios son ofrecidos por el plan de Medicare Advantage.) Nota: Se requiere que todos estos tipos de proveedores se enumeren en el mismo directorio de proveedores.

**Estado** (Incluir solamente si el directorio incluye múltiples estados)

**Condado** (Por orden alfabético)

**Ciudad** (Por orden alfabético)

**Vecindario/Distrito Postal** (Opcional: Para las ciudades mayores, los proveedores pueden subdividirse aún más por distrito postal o vecindario)

**Proveedor** (Por orden alfabético)]

[Nota: Los planes deben indicar la manera en que los tipos de proveedores pueden identificarse y encontrarse en relación a la organización del directorio de proveedores. Por ejemplo, los planes que identifiquen proveedores de Medicare que participen en Medicaid pueden incluir texto parecido al siguiente cuando enumeren los proveedores: los proveedores identificados con un asterisco aceptan también Medicaid.

(por ejemplo, tipo de proveedor, estado, condado, ciudad, distrito postal, nombre del proveedor\*, dirección, número de teléfono)]

[**Para Planes de Doble Elegibilidad-Necesidades Espaciales (D-SNP, por sus siglas en inglés)**: Identifique proveedores de Medicare que acepten Medicaid en el directorio para ayudar a las personas inscritas de elegibilidad dual para obtener acceso a proveedores y servicios cubiertos. Los planes tienen la opción de incluir una declaración global al principio de la sección de listado de proveedores de red o proveer un indicador de Medicaid junto a cada proveedor. La declaración global debe decir: “Todos los proveedores de este directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como Medicaid.” Los planes que elijan no utilizar una declaración global necesitan colocar un indicador de Medicaid al lado de cada proveedor. La inclusión de la declaración global se considera modelo sin modificación.]

[Los planes PFFS de red completa y parcial deben indicar, para cada tipo de proveedor, si el plan ha establecido requisitos de costos compartidos más altos para los afiliados que obtienen servicios cubiertos de proveedores de fuera de la red.]

**[Médicos de cabecera]** [*Primary Care Physicians*]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Physician Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Especialistas] [*Specialists*]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Physician Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Hospitales] [*Hospitals*]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Hospital Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Centros de Enfermería Especializada] *[Skilled Nursing Facilities (SNF)]*

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[SNF Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Proveedores de Servicios de Salud Mental Ambulatorios]*[Outpatient Mental Health Providers]*

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]

### [Todos los planes tienen la opción de (i) listar información acerca de proveedores y farmacias en un solo documento combinado; o (ii) proveer dos documentos aparte, uno de ellos, un directorio de proveedores, y el otro, un directorio de farmacias.

### En la lista de farmacias (tanto si aparecen en un documento combinado como si aparecen en un solo documento), los planes deben identificar o incluir las farmacias que proporcionan medicamentos de Parte B, si aplica.]

Nota: Los planes que ofrecen un beneficio de la Parte D consultan el modelo del directorio de farmacias para los requisitos de la parte D.

### [Farmacias] *[Pharmacies]*

[Tipo de farmacia, según aplique: Minorista, Pedido por Correo, Infusión en el Hogar, Cuidado de Largo Plazo (LTC), Servicio de Salud Indígena/Tribal/Salud Indígena Urbana]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Pharmacy Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicating whether provider supports electronic prescribing]