Modelo del Directorio de proveedores de Medicare Advantage

y plan Cost 1876 para el **año calendario 2018**

Las siguientes indicaciones y la plantilla del Modelo del Directorio de proveedores están diseñadas para el uso de todas las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) (excepto el plan privado de pago por servicio (PFFS) que no pertenece a la red o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) que no pertenece a la red) y los planes Cost 1876. Estas instrucciones complementan la guía emitida previamente en el Capítulo 4 del [Manual de atención administrada de Medicare](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326.html?DLPage=2&DLSort=0&DLSortDir=ascending). Estas instrucciones se aplican a todos los directorios de proveedores impresos y en línea producidos por las MAO y los planes Cost.

Los directorios de proveedores deben explicar claramente todas las normas específicas de los planes sobre el acceso de los inscritos a los proveedores. Por ejemplo, un plan HMO puede tener un panel abierto de proveedores o solo puede ofrecer un panel cerrado. Un panel cerrado puede requerir que los inscritos obtengan una remisión de un médico de atención primaria (PCP) para acceder a los especialistas. Esta información debe estar explicada claramente en el directorio. Además, el directorio debe identificar a los proveedores o servicios para los que un inscrito debe obtener una remisión, o debe explicar a los inscritos dónde encontrar esta información.

Si un plan ofrece subredes, puede elaborar un directorio de proveedores separado para cada subred. A los inscritos en una subred, se les puede proporcionar un directorio que refleje su subred. Sin embargo, el directorio también debe mencionar claramente que los inscritos no están limitados a los proveedores mencionados en el directorio de la subred y dónde pueden obtener un directorio que incluya toda la red de proveedores del plan. Este directorio más grande puede estar disponible en línea o se puede proporcionar una copia impresa a pedido del inscrito. Además, el plan debe describir cómo los inscritospueden solicitar acceso a los proveedores fuera de la subred. Para obtener más información sobre las subredes, consulte las Pautas sobre los criterios de adecuación de la red de Medicare Advantage en: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index.html>.

Un plan específico de proveedores (PSP) debe desarrollar un directorio que mencione claramente que los inscritos están limitados a los proveedores de la red del PSP.

Los planes que clasifican el costo compartido para proveedores o centros deben utilizar caracteres especiales o notas al pie que indiquen el nivel para el proveedor o el centro.   
Los planes deben incluir texto que dirija a los inscritos a su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información sobre el costo compartido de cada nivel. Los planes no deben usar la palabra “nivel” si usan una terminología diferente para describir estos acuerdos de costo compartido.

Es posible que los planes no mencionen un proveedor en su directorio cuando el proveedor trabaja solo en un hospital y no está disponible para las visitas al consultorio (es decir, si el inscrito no puede llamar al número de teléfono mencionado y programar una cita con ese proveedor en la dirección mencionada).

Puede que los planes no incluyan en su directorio a los proveedores que presten servicios como proveedores sustitutos o de guardia y que no estén disponibles regularmente para brindar servicios cubiertos en un consultorio u oficina. Es posible que los planes solo mencionen proveedores que ejercen regularmente en una ubicación específica.

Los planes deben mencionar claramente en el directorio la categoría en la que presta servicios el proveedor para esa red particular, incluso si el proveedor está acreditado en más de una especialidad. Por ejemplo, un médico de medicina interna/oncólogo que no ejerce como PCP no se debe mostrar como un PCP en el directorio. El plan solo puede mencionar el proveedor en la categoría de los servicios que proporcionará a los inscritos.

Los planes solo pueden incluir una lista de los profesionales no médicos (por ejemplo, enfermero practicante, asistente médico) en su directorio si un inscrito puede programar una cita con ese profesional. El plan debe identificar claramente en el directorio que el proveedor es un profesional no médico y no puede mencionar este tipo de proveedor como médico de atención primaria.

En los casos de grupos médicos, los planes pueden incluir solo los lugares en que el proveedor atiende regularmente a los pacientes y no cada ubicación del grupo médico.

Los planes deben hacer un intento razonable para garantizar que los nombres de las prácticas de los proveedores estén actualizados y reflejen el nombre de la práctica usada cuando un inscrito llama para programar una cita.

Los planes con proveedores que pueden tener restricciones en el acceso deben incluir una nota junto a la mención del proveedor que indique dichas restricciones. Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

* Los proveedores que solo están disponibles para un subgrupo de inscritos (por ejemplo, solo los nativos americanos pueden acceder a un proveedor relacionado con una tribu nativa americana, solos los inscritos que son estudiantes pueden acceder al servicio de salud estudiantil de la universidad).
* Los proveedores que practican la medicina de conserjería y están disponibles solo para pacientes que pagan una tarifa anual o un anticipo.
* Los proveedores que solo pueden ofrecer visitas a domicilio y no atienden pacientes en un consultorio físico.

Las MAO y los planes Cost también pueden elaborar directorios de proveedores en línea o impresos que no siguen el modelo. Los directorios que no siguen el modelo, por ejemplo, pueden incluir información específica adicional, contenido opcional o seguir un formato diferente a este modelo. Sin embargo, los directorios que no siguen el modelo deben incluir toda la información de la plantilla, incluso el texto de introducción y los descargos de responsabilidad, como se especifica aquí.

La plantilla del modelo se proporciona en la página 1. Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los campos variables se indican en texto gris y entre corchetes. Esos campos se deben completar con información específica del plan. Los números de sección se deben ajustar adecuadamente.

**Mejores prácticas:**

El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recomienda a los planes a establecer procedimientos para respaldar el mantenimiento de los directorios de proveedores precisos. Es posible que los planes deseen proporcionarles a los inscritos un número de línea directa para que se comuniquen con el plan a fin de obtener ayuda para programar citas o informar errores en los directorios. El CMS también sugiere como una mejor práctica que los planes incorporen una “transferencia de llamada” para los inscritos que llamen para solicitar ayuda para encontrar un proveedor que esté aceptando pacientes nuevos.

Además, como una buena práctica, el CMS recomienda a los planes que incorporen los siguientes elementos en sus directorios, según sea factible:

* Contenido automatizado
* Grupo médico del proveedor
* Afiliación institucional del proveedor
* Idiomas que habla el proveedor diferentes al inglés
* Dirección del sitio web del proveedor
* Accesibilidad para las personas con discapacidades físicas

**[Name of Plan]  
[HMO / PPO / RPPO / Cost / PFFS / MSA] Directorio de proveedores del plan**

Este Directorio está vigente a partir del [Month DD, YYYY].

Este Directorio ofrece una lista de los proveedores de la red actuales de [Plan Name].

Este Directorio es para [provide a description of the plan’s service area or geographic sub-set of service area that the directory is for.]

Para acceder al Directorio de proveedores en línea de [Plan Name], puede visitar [Web address]. Si tiene cualquier pregunta sobre la información incluida en este Directorio (impreso o en línea), llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number].

*[Insert availability of alternate formats, in accordance with section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (45 CFR Part 84)]*

**Índice**

[Sección 1: Introducción 3](#_Toc484015242)

[¿Cuál es el área de servicio de [Plan Name]? 5](#_Toc484015243)

[¿Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] en su área? 5](#_Toc484015244)

[Sección 2: Lista de proveedores de la red 6](#_Toc484015245)

[[Primary Care Providers (PCPs)] 7](#_Toc484015246)

[[Specialists] 8](#_Toc484015247)

[[Hospitals] 9](#_Toc484015248)

[[Skilled Nursing Facilities (SNFs)] 10](#_Toc484015249)

[[Outpatient Mental Health Providers] 11](#_Toc484015250)

[[Farmacias] 12](#_Toc484015251)

## Sección 1: Introducción

Este Directorio ofrece una lista de los proveedores de la red de [Plan Name]. Para obtener información detallada sobre su cobertura de atención médica, consulte su Evidencia de cobertura.

[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 PSPs if applicable, and describe which types of providers require a referral). Please refer to the instructions on page i for more information. Use, delete, or modify the following based on your plan type.]

[Insert this paragraph if applicable: Tendrá que elegir a uno de nuestros proveedores de la red que figuran en la lista de este directorio como su médico de atención primaria (**PCP**). Por lo general, debe obtener los servicios de atención médica de su PCP.] [Explain PCP in the context of your plan type.]

[Full-network PFFS plans insert: Contamos con proveedores de la red para todos los servicios cubiertos en Original Medicare [indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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: Contamos con proveedores de la red para [indicate what category(ies) of services for which network providers are available]. Es posible que aún reciba servicios cubiertos de proveedores fuera de la red que no tengan un contrato firmado con nuestro plan, siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan. Puede visitar nuestro sitio web en: [insert link to PFFS terms and conditions of payment] para obtener más información sobre los pagos del plan PFFS.] [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.]

[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.]

Los proveedores de la red que figuran en este Directorio han acordado brindar servicios [insert appropriate term(s): de atención médica/oftalmológicos/odontológicos.] Puede ir a cualquiera de los proveedores de la red que aparezca en el listado de este Directorio[;/.] [Insert if applicable: sin embargo, para algunos servicios es posible que necesite de una remisión.] [Insert applicable details on referrals, per instructions on page i.] [Insert, if applicable: Nuestra red cuenta con otros proveedores disponibles.] [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, PSPs, etc. If you do not require referrals, adjust the language appropriately. Please refer to the instructions on page i for more information.]

[PFFS plans insert: [Plan Name] no requiere que los inscritos ni sus proveedores obtengan una remisión o autorización de nuestro plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piense obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.]

[PPO plans insert: Los proveedores fuera de la red no tienen obligación alguna de tratar a inscritos de [Plan Name], salvo en emergencias. Para determinar si cubriremos o no un servicio fuera de la red, antes de que reciba el servicio, lo invitamos a usted o su proveedor a pedirnos una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede consultar su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.]

[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 information regarding out-of-area coverage and emergency coverage, including the process and procedures for obtaining emergency services. Also, include the location where emergency care can be obtained, as well as other locations where network physicians and hospitals provide emergency services and post-stabilization care included in the plan.]

[HMO plans insert: Debe utilizar los proveedores de la red, salvo en situaciones de emergencia o atención de urgencia, [o para servicios de diálisis renal o de otro tipo fuera del área.] Si usted recibe atención de rutina de parte de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni [Plan Name] se harán responsables de los costos.]

[PPO and POS plans must include information that, with the exception of emergencies or urgent care, it may cost more to get care from out-of-network providers.]

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

El [Los] [“condado” or “condados”] [for Regional Preferred Provider Organizations (RPPOs) only: “estado” or “estados”] [for plans with a partial county service area only: las zonas de los condados/los códigos postales] en nuestra área de servicio se [“menciona” or “mencionan”] a continuación. [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, solo los siguientes códigos postales: XXXXX…”)].

### ¿Cómo encontrar a los proveedores de [Plan Name] en su área?

[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.]

Si tiene preguntas sobre [Plan Name] [o necesita ayuda para elegir un PCP], llame a nuestro Departamento de servicios [al cliente/para los miembros] al [phone number], [days and hours of operation]. Los usuarios de [TTY/TDD] deben llamar al [TTY or TDD number]. También puede visitar [Web address].

## Sección 2: Lista de proveedores de la red

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

[Recommended organization:

**Type of Provider** (PCPs, Specialists, Hospitals, Skilled Nursing Facilities, Outpatient Mental Health Providers, and Pharmacies (types) where outpatient prescription drugs are offered by the plan.)

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

**County** (Listed alphabetically)

**City** (Listed alphabetically)

**Neighborhood/Zip Code** (Optional: For larger cities, providers may be further subdivided by zip code or neighborhood)

**Provider** (Listed alphabetically)

**Provider Details**]

[Note: Plans that offer supplemental services (e.g., vision, dental) must choose to either include these network providers in a directory combined with PCPs, etc. or in a separate provider directory.]

[For Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNPs) only: Identify Medicare providers that accept Medicaid to assist dual eligible enrollees in obtaining access to providers and covered services. 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 global statement should state: “Todos los proveedores de este Directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como 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 must 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]

[Accepting New Patients? Yes/No]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for PCP(s) that support electronic prescribing]

### [Specialists]

[Specialty Type]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Specialist Name]

[Accepting New Patients? Yes/No]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for specialist(s) that support electronic prescribing]

### [Hospitals]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Hospital Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for hospital(s) that support electronic prescribing]

### [Skilled Nursing Facilities (SNFs)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[SNF Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for SNF(s) that support electronic prescribing]

### [Outpatient Mental Health Providers]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Provider Name]

[Accepting New Patients? Yes/No]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for provider(s) that support electronic prescribing]

[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.

Note: Plans offering a Part D benefit, please refer to the Part D Model Pharmacy Directory for Part D requirements.]

### [Pharmacies]

[Type of pharmacy as applicable: Minorista, de pedido por correo, infusión a domicilio, atención a largo plazo (LTC), Servicio de salud para la población india estadounidense/Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (I/T/U)]

[State]

[County]

[City]

[Zip Code]

[Pharmacy Name]

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

[Phone number]

[Optional: website and e-mail addresses]

[Optional: Indicator for pharmacy(ies) that support electronic prescribing]