

Cosas que debe saber sobre su plan médico

2024

Geisinger

Introducción

Información valiosa para los miembros

Como miembro del Geisinger Health Plan (GHP)*, usted merece una cobertura de atención médica de calidad y tiene derecho a saber cómo trabajamos.

La mayor parte de la información contenida en este manual cubre una variedad de políticas y procedimientos para los miembros del Geisinger Health Plan HMO y PPO. Si tiene preguntas sobre la información incluida en esta o cualquier otra publicación de GHP, llame al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Comuníquese con nosotros

Llame al equipo de atención al cliente

Lunes - viernes, de 7 a. m. - 7 p. m.

Sábados, de 8 a. m. - 2 p. m.

HMO, PPO con miembros remitidos:

800-447-4000 o 570-271-8760

PPO sin miembros remitidos:

800-504-0443 o 570-271-8770

Miembros del Mercado de seguros:

866-379-4489

Visítenos en la web: geisingerhealthplan.com

Índice

3	Información sobre GHP
	Administración médica
	Mejora de la calidad
	Evaluación de tecnología
4	Información del proveedor de atención primaria
5	Cómo obtener servicios
	¿Es una emergencia?
6	Coordinación de la atención
7	Servicios especiales de comunicación
	Salud y administración de casos
8	Ley sobre la Salud de la Mujer
	Derechos de los miembros
9	Responsabilidades de los miembros
	Cobertura de medicamentos con receta
10	Programa de medicamentos de proveedores especializados
	Formulario
	Aviso de privacidad de GHP
	Procedimiento de quejas y quejas formales para miembros de HMO
17	Procedimientos de apelación para miembros de PPO

Geisinger Health Plan puede referirse colectivamente a los patrocinadores de cobertura de atención médica Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company, a menos que se indique lo contrario. Geisinger Health Plan es parte de Geisinger, una organización integrada de cobertura y prestación de atención médica. Es posible que este plan de atención administrada no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea con detenimiento su Certificado de suscripción y sus cláusulas adicionales para determinar qué servicios de atención médica tienen cobertura. Para obtener más información, llame al equipo de atención al cliente.

**Para los miembros de Geisinger Health Plan que no están inscritos mediante un empleador, tenga en cuenta que el término "miembro" se usa en este documento para describirlo a usted y a sus dependientes cubiertos. Sus documentos de beneficios usan el término "personas cubiertas".*

Información sobre el Geisinger Health Plan

Administración médica

GHP informa a los proveedores de que las decisiones de administración médica se basan en la idoneidad de la atención y que el uso excesivo o insuficiente de la atención y los servicios puede tener efectos negativos en la calidad.

La toma de decisiones se basa únicamente en la idoneidad de la atención, el servicio y la existencia de cobertura. GHP no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas que hacen revisiones del uso por emitir aprobaciones o denegaciones de cobertura o servicios. GHP no ofrece incentivos para quienes toman decisiones en materia de administración médica que fomenten decisiones que podrían resultar en un uso deficiente.

Mejora de la calidad

Nuestro programa de mejora de la calidad (QI) incluye información sobre directrices clínicas, programas de administración de la salud, ciertos exámenes médicos de detección de cáncer y otras iniciativas destinadas a mejorar el servicio para nuestros miembros. Como miembro, tiene derecho a darnos su opinión sobre este programa. El personal de calidad y acreditación trabaja directamente con llamadas telefónicas y correos electrónicos personales y automatizados para reforzar la importancia de las medidas preventivas y las evaluaciones sugeridas.

Si quiere información o tiene alguna sugerencia sobre nuestro programa de QI, llame al departamento de calidad y acreditación (Quality and Accreditation) al 866-847-1216.

Evaluación de tecnología

GHP hace todo lo posible para mantenerse actualizado sobre las opciones de tratamiento y medidas médicas preventivas más recientes y efectivas para darle la mejor atención posible.

Este proceso, conocido como “valoración o evaluación de tecnología”, incluye revisar datos médicos; mantener el estatus regulatorio; evaluar resultados de ensayos clínicos controlados, revisados por pares y publicados; y evaluar evidencia científica para determinar el estado y la efectividad de equipos, procedimientos y tratamientos.

El comité de evaluación de tecnología de GHP está formado por médicos y miembros que participan voluntariamente. Después de una evaluación exhaustiva, el comité de evaluación de tecnología hace recomendaciones a GHP. Luego, GHP determina si la tecnología o procedimiento debe ser un beneficio cubierto.

Información del proveedor de atención primaria*

Su proveedor de atención primaria (PCP) puede ser una persona importante en su vida. Por lo general, es la primera persona a la que acudirá cuando necesite atención médica y la persona que coordinará toda su atención médica, desde las remisiones a especialistas hasta los medicamentos. Su PCP debe ser su socio para su buena salud y trabajar con usted para cubrir sus necesidades de atención médica. Desarrolle una relación con su PCP para sentirse cómodo hablando sobre cualquier tipo de problema médico que tenga.

Cómo elegir a su PCP

Si su plan requiere que seleccione un PCP, elija uno para usted y cada familiar cubierto en una ciudad cercana a usted. Para encontrar un PCP específico, consulte el índice en la parte de atrás del directorio de proveedores o en línea, en geisingerhealthplan.com. Para obtener más información sobre un PCP, incluyendo sus antecedentes educativos, afiliaciones en hospitales participantes, disponibilidad de horarios de atención los fines de semana o por la noche e idiomas hablados, inicie sesión en geisingerhealthplan.com y haga clic en "Find a Doctor, Drug or Location" (Buscar un médico, medicamento o lugar), y luego en "Search our network" (Buscar en nuestra red), en el cuadro azul. Para solicitar un directorio de proveedores, llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

En su formulario de solicitud, indique el nombre del PCP elegido, el número de proveedor y la ciudad donde está el consultorio. (Incluya la dirección completa si el proveedor tiene varios consultorios en la ciudad que elija).

Cómo cambiar su PCP

Hay tres formas de cambiar de PCP: Visite geisingerhealthplan.com, comuníquese con el equipo de servicio al cliente al número que está en su tarjeta de identificación de miembro o complete un Formulario de cambio de solicitud de suscriptor de su empleador. Le recomendamos que limite estos cambios a un máximo de dos veces al año para desarrollar una relación continua con su PCP. Si se jubilan o deciden suspender su participación en GHP, se lo informaremos y lo ayudaremos a organizar su atención con otro PCP. Si está consultando a un especialista por una condición persistente, es posible que se convierta en su PCP.

Cómo comunicarse con su PCP

Puede encontrar información sobre su PCP en geisingerhealthplan.com. Recuerde, si recibe servicios de un sitio de atención primaria distinto al que le hemos asignado, no habrá cobertura para ellos. Su PCP o un representante de su centro de atención primaria deben estar disponibles 24/7. Si necesita atención que no sea de emergencia fuera del horario de atención, llame a su sitio de atención primaria para obtener más instrucciones.

**Los miembros del Geisinger Health Plan sin remisión no están obligados a elegir un PCP.*

Revisión de credenciales

Como miembro de GHP, usted merece atención de calidad, y nuestros estándares ayudan a garantizar que los proveedores participantes estén capacitados y tengan conocimientos.

Los médicos que quieran formar parte de nuestra red primero deben someterse a una revisión para verificar la afiliación al hospital, la certificación de la junta, la capacitación, la licencia y la cobertura del seguro de responsabilidad profesional.

Renovamos la acreditación de los proveedores al menos cada tres años. Estas revisiones consideran muchos factores, incluyendo encuestas de satisfacción de los miembros, datos de desempeño y visitas en el sitio.

Encuentre información sobre los proveedores participantes en la sección de búsqueda de proveedores de nuestro sitio web. Los perfiles incluyen idiomas hablados, información sobre capacitación y certificación de la junta. Para obtener más información sobre los proveedores o el proceso de acreditación, llame al equipo de atención al cliente.

Cómo obtener servicios

Servicios de salud del comportamiento

Para usar sus beneficios de salud del comportamiento, que incluyen servicios de salud mental y por abuso de sustancias, llame al 888-839-7972. Nuestro personal lo ayudará a encontrar un proveedor participante que sea adecuado para usted. Tenemos información detallada sobre los proveedores participantes y podemos ayudarlo a encontrar uno que cubra sus necesidades específicas. Para sus servicios de rutina de salud del comportamiento, puede ir directamente a un proveedor participante. Sin embargo, para servicios como tratamiento como paciente hospitalizado, hospitalización parcial o terapia ambulatoria intensiva, su proveedor de salud mental debe comunicarse primero con Geisinger Health Plan para obtener una autorización previa. No se requiere una remisión de su PCP, aunque lo animamos a que involucre a su PCP en su tratamiento.

¿Es una emergencia?

En una emergencia, llame al 911 o a un centro de información de emergencia en su área, o vaya inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Afortunadamente, las emergencias son raras. Mucho más habituales son situaciones que no son emergencias, pero que requieren atención médica inmediata. Como miembro de GHP, tiene una variedad de servicios disponibles en cualquier momento, de día o de noche, para ayudarlo.

Si su PCP o especialista determina que necesita hospitalización, certificarán previamente su admisión desde el departamento de administración de uso de GHP.

Cómo comunicarse con su PCP

La dirección médica está disponible 24/7. Simplemente llame a su PCP y haga lo siguiente:

- Identifíquese como miembro de GHP.
- Dé información relevante: qué tan urgente cree que es el problema, información específica sobre su salud o condición y cualquier tratamiento que ya se haya intentado.

El consultorio de su PCP puede recomendar cualquiera de los siguientes:

- Atención a domicilio continua
- Visita en el consultorio del médico
- Ir a la sala de emergencias

Awise a su PCP o GHP sobre la emergencia lo antes posible, preferiblemente en un plazo de 48 horas, para que puedan darle atención posterior a la emergencia y coordinar los seguimientos.

En la sala de emergencias, usted debe pagar los copagos correspondientes de la sala de emergencias. Estos copagos no se aplican si a usted lo admiten directamente en el hospital o lo admiten en un plazo de 72 horas por la misma condición.

Atención de urgencia

Cuando no es una emergencia, pero necesita atención médica de inmediato, visite la atención de urgencia.

Durante situaciones urgentes:

- Su PCP debe ser su primer contacto cuando esté enfermo o necesite tratamiento médico. Cuando usted llame:
 - Identifíquese como miembro de GHP.
 - Dé información relevante, como qué tan urgente cree que es el problema, información específica sobre su salud o condición y su número de teléfono.
 - Es posible que lo comuniquen con un médico de inmediato o que el médico tenga que devolverle la llamada.
- **Su médico puede recomendar cualquiera de los siguientes:**
 - Cosas que puede hacer en casa para evitar tener que ir a una sala de emergencias o al consultorio del médico.
 - Que vaya al consultorio para recibir atención.
 - Que vaya a urgencias.
- Un médico o centro de atención primaria debe prestar o autorizar con antelación todos los servicios de seguimiento después de esa visita.
- Si su PCP no está disponible, hay instrucciones médicas disponibles 24/7 mediante Tel-A-Nurse.
- La atención conveniente y los centros de atención de urgencia pueden ser asequibles y convenientes cuando necesita atención médica inmediata. No se necesitan citas. Consulte nuestra lista de proveedores en geisingerhealthplan.com para encontrar centros participantes cerca de usted.
- Nota: La atención de urgencia y los centros de atención conveniente requieren copagos del PCP.

Tel-A-Nurse

Tel-A-Nurse está disponible 24/7 para ofrecer apoyo y orientación sobre atención médica. Simplemente llame gratis al 877-543-5061 y haga su selección a través del el menú de voz.

Tel-A-Nurse también tiene un servicio de chat en vivo para obtener información médica en [geisingerhealthplan.com](https://www.geisingerhealthplan.com).

Cómo presentar reclamos

Los proveedores participantes primero facturan a GHP por su atención médica por lo que, con algunas excepciones, usted no recibirá una factura por los servicios cubiertos. Recibirá facturas por la mayoría de los servicios de atención de urgencia y emergencia fuera del área. Los especialistas también podrían facturarle.

Si tiene un deducible o coseguro por ciertos servicios, su proveedor puede pedirle que pague una cantidad calculada en el momento del servicio, o puede esperar y facturarle después de que procesemos el reclamo por los servicios.

Los proveedores con frecuencia le facturarán a usted y a GHP al mismo tiempo. Si recibe una segunda factura, envíenla o llame al equipo de atención al cliente. Dé su número de identificación de miembro y un número de teléfono de contacto con la factura. Para una factura de atención de emergencia, también deberá explicar la situación que llevó a los servicios.

Si pagó algo más que un copago, deducible, coseguro o tarifas por servicios no cubiertos, solicite un formulario de reclamo al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro. Envíe el formulario de reclamo junto con los recibos y las instrucciones para que se le pague a usted, no al médico. GHP debe recibir los reclamos en un plazo de 180 días después de la fecha del tratamiento.

Coordinación de la atención

Cambios en su estado de inscripción

Abajo se listan algunos de los acontecimientos de vida que pueden afectar su cobertura.

- Incorporaciones a la familia por nacimiento, adopción o matrimonio
- Cambios en el trabajo
- Hijos que se van a la universidad
- Independencia financiera cuando su hijo se case, acepte un trabajo de tiempo completo o se gradúe de una universidad o escuela vocacional
- Cambios de PCP

- Reubicación

Para obtener más información sobre cómo estos cambios afectarán su cobertura y qué debe hacer, llame al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Continuidad de la atención

Los nuevos miembros que quieran continuar un tratamiento continuo con un proveedor no participante deben comunicarse con el equipo de servicio al cliente antes de recibir el tratamiento. Consultaremos con el proveedor para determinar si aceptará nuestros términos y condiciones de pago. Si el proveedor acepta, GHP pagará los servicios cubiertos durante los primeros 60 días de inscripción. (Si está en el segundo o tercer trimestre de embarazo, los servicios estarán cubiertos hasta la atención del parto y posparto).

En ciertos casos, también se le puede considerar para la cobertura del tratamiento en curso durante un período de transición cuando se suspende el acuerdo de participación del proveedor. Si esto ocurre, GHP se lo notificará y describirá el proceso que debe seguir para ejercer su opción de continuidad de atención.

Coordinación de beneficios

Es posible que periódicamente reciba una carta de consulta sobre el seguro que tiene además de GHP. Complete la información requerida, incluso si no tiene cobertura de otro plan, y devuélvala para que podamos actualizar su expediente del seguro. También puede completar este formulario en línea, en [geisingerhealthplan.com](https://www.geisingerhealthplan.com), o llamando al número de servicio al cliente de la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene cobertura de otro tipo de seguro, le pediremos que nos informe de esa cobertura (p. ej., nombre del plan, su número de identificación). Cooperaremos con la otra aseguradora para garantizar que reciba todos los beneficios a los que tiene derecho.

Trabajamos con otras aseguradoras para evitar pagos dobles por reclamos, lo que ayuda a mantener bajo el costo del seguro médico para usted y sus dependientes, mientras nos aseguramos de que reciba el beneficio máximo permitido.

Para un reclamo de compensación laboral, debe ir a un médico que participe en el seguro de compensación para los trabajadores de su empleador y en GHP. Si compensación para los trabajadores rechaza sus reclamos, GHP los considerará para la cobertura.

Incluso si está cubierto por otro plan de seguro, debe seguir las directrices de cobertura de GHP para que podamos cubrir los servicios.

Recuerde sus copagos

Antes de visitar a su PCP o especialista, verifique si debe pagar un copago. Las cantidades de sus copagos figuran en su tarjeta de identificación de miembro y en su página de programación, o puede llamar al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Cuando un médico, enfermero de práctica avanzada, asistente médico o enfermero especialista presta servicios de visita en el consultorio, usted paga un copago en el momento de la visita. Si recibe una inyección o una prueba de diagnóstico en el consultorio de su médico, paga un copago solo si su proveedor le factura por el servicio de visita en el consultorio. Si varios departamentos prestan servicios médicos, usted paga un copago por cada visita en el consultorio, incluso si esas visitas son el mismo día.

Nota: Si lo ponen en una cama de observación después de una visita a la sala de emergencias, no es lo mismo que una admisión como paciente hospitalizado. Si lo mantienen en observación y luego lo dan de alta sin ser admitido, se aplica el copago de la sala de emergencias.

Recordatorio de exclusión de beneficios

Le recordamos que puede haber exclusiones en algunas de sus coberturas, lo que puede afectar lo que paga por los servicios. Servicios como cirugía estética y el uso de proveedores no participantes son exclusiones, excepto lo que se indica en su Certificado de suscripción o cláusulas adicionales de beneficios. Si tiene alguna duda, llame al equipo de atención al cliente al número de teléfono que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Visitas a proveedores no participantes

Si elige consultar a un proveedor no participante, es posible que se le facture cualquier cargo que exceda nuestra cantidad permitida para el servicio fuera de la red, además de su deducible y coseguro. Consultar a un proveedor no participante podría hacer que sus gastos de bolsillo sean significativos e impredecibles. Antes de elegir a un proveedor no participante, llame al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro para obtener información específica sobre costos compartidos.

La atención de urgencia y de emergencia está cubierta sin importar dónde esté

Si viaja fuera del área de servicio de GHP, ciertos servicios aún estarán cubiertos. El plan médico pagará la atención de emergencia médica, la atención de urgencia, la diálisis renal y cualquier atención que GHP apruebe por anticipado.

¿Preguntas sobre la cobertura del tratamiento? Consulte su Certificado de suscripción o comuníquese con el equipo de atención al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Servicios especiales de comunicación

GHP puede adaptarse a usted si tiene necesidades especiales de comunicación.

- Los miembros con discapacidad auditiva pueden comunicarse con GHP mediante la línea telefónica TDD/TTY en PA Relay 711, lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- GHP puede dar a los miembros con discapacidad visual y de lectura casetes de audio con material importante para los miembros, previa solicitud.
- Para las llamadas telefónicas de miembros de GHP que no hablan inglés, usamos una línea telefónica de terceros conocida como LanguageLine para comunicarnos.
- Se pueden producir materiales impresos en idiomas distintos del inglés a pedido.

Salud y administración de casos

Los programas de salud y administración de casos de GHP lo ayudan a mantenerse sano y a asistirlo con condiciones crónicas. Nuestros administradores de casos/administradores de salud, que incluyen enfermeras especialmente capacitadas, trabajadores sociales y trabajadores de salud comunitarios, trabajan con usted en sesiones individuales, por teléfono o por Internet, para establecer objetivos personales y completar un plan de acción para mejorar su salud.

Los programas ofrecidos incluyen asma, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedad de las arterias coronarias (CAD), y cambios en el estilo de vida, incluyendo el control del peso y dejar de consumir tabaco. Un administrador de casos también puede ayudarlo con la transición de regreso a casa después de una visita en el hospital, incluyendo la coordinación de medicamentos, citas de seguimiento y servicios de atención médica domiciliaria.

Si quiere obtener más información, llame al 800-883-6355, lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Directrices de salud preventiva

Puede encontrar nuestro libro de Directrices de salud preventiva en línea, en geisingerhealthplan.com (sección para miembros). Para obtener una copia impresa, llame a nuestro equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Ley sobre la Salud de la Mujer

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, o Ley sobre la Salud de la Mujer, exige que GHP cubra los servicios reconstructivos y posteriores a la mastectomía para los miembros con cáncer de mama. GHP siempre ha considerado los servicios descritos en la Ley sobre la Salud de la Mujer como beneficios esenciales cubiertos y cumple plenamente esta ley.

Si una miembro elige una cirugía reconstructiva después de una mastectomía, GHP cubrirá:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se hizo una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.
- Su proveedor participante trabajará con el director médico de GHP para determinar cómo se prestarán los servicios cubiertos.

Los servicios cubiertos están sujetos a copagos según se especifica en su Lista de beneficios.

Derechos de los miembros

Como miembro de GHP, usted tiene derecho a:

1. Rectificación oportuna y efectiva de quejas, apelaciones y quejas formales.
2. Literatura y material de mantenimiento de la salud sobre GHP y sus servicios, profesionales y proveedores para su uso, escritos de manera que den información relevante, de forma veraz y precisa, para que una persona de inteligencia promedio la entienda fácilmente.
3. Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
4. Obtener de su PCP, a menos que no sea médicamente aconsejable, información actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que razonablemente se pueda esperar que entienda.
5. Recibir el nombre, estatus profesional y función de todo personal que le preste servicios médicos.
6. Dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.
7. Una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para su condición, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
8. Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
9. Ser informado si un centro de atención médica o cualquiera de los proveedores que participan en su atención propone participar o hacer experimentos o investigaciones con seres humanos que afecten su atención o tratamiento (aunque un tercero legalmente responsable en cualquier momento y en representación suya puede, negarse a participar o continuar en cualquier programa de experimentación o investigación para el que usted ya hubiera dado su consentimiento informado).
10. Rechazar cualquier medicamento, tratamiento u otro procedimiento ofrecido por GHP o sus proveedores en la medida permitida por la ley y ser informado por un médico de las consecuencias médicas del rechazo del suscriptor de cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento.
11. Que todos los registros relacionados con su atención médica se traten como confidenciales, a menos que la revelación se necesite para interpretar la aplicación de su contrato a su atención, o a menos que la ley disponga lo contrario.
12. Toda la información contenida en sus registros médicos, a menos que el médico tratante restrinja específicamente el acceso por razones médicas.
13. Obtener servicios de emergencia sin demoras innecesarias cuando se requieran servicios.
14. Hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.
15. Ser informado de estos derechos y responsabilidades.

Responsabilidades de los miembros

Para aprovechar al máximo su cobertura de GHP, usted tiene la responsabilidad de:

1. Conocer a su PCP, su lugar de atención primaria y su hospital participante más cercano.
2. Comunicarse con su PCP para toda la atención médica, excepto en caso de emergencias.
3. Estar preparado cuando hable con el médico.
4. Intentar programar citas todas las veces con el mismo equipo de atención primaria.
5. Comunicarse con GHP o su PCP para coordinar el transporte cuando su condición se haya estabilizado, si lo admiten en un hospital no participante.
6. Identificarse como miembro de GHP cada vez que llame o visite a su médico.
7. Dar la información que su médico u otros proveedores de atención médica necesitan para atenderlo y seguir las instrucciones o pautas que reciba de su PCP, como tomar medicamentos recetados según las indicaciones.
8. Participar para comprender sus problemas médicos y desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente acordados.

Cobertura de medicamentos con receta

Sus beneficios pueden incluir cobertura de medicamentos con receta. Ofrecemos dos beneficios de medicamentos con receta: el beneficio de medicamentos con receta tradicional y el beneficio de triple nivel. Usted está inscrito en un solo plan.

La cláusula adicional para medicamentos del cuarto nivel es un beneficio opcional. Las restricciones relacionadas con este beneficio se pueden encontrar en la cláusula adicional para medicamentos del cuarto nivel. Consulte esta cláusula adicional para medicamentos y su Lista de beneficios, ya que contienen información importante sobre costos compartidos, restricciones y limitaciones relacionadas con la lista de medicamentos del cuarto nivel. Puede ver ambos en la sección segura para miembros del sitio web o llamar al servicio de atención al cliente para obtener copias.

Consulte sus documentos de beneficios, ya que las exclusiones del formulario pueden diferir según el beneficio. Consulte el Programa de beneficios de su póliza para obtener información sobre cobertura y copagos, o llame al equipo de servicio al cliente. Si tiene este beneficio, presente su tarjeta de identificación de miembro cuando surta cualquier receta escrita por su médico.

Tenga en cuenta:

- Todas las recetas deben surtirse en una farmacia participante.
- Pagará el copago, coseguro o deducible aplicable cuando reciba los medicamentos recetados.
- La cobertura es para medicamentos genéricos cuando tienen una clasificación equivalente en la lista de productos farmacéuticos (Libro Naranja – Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [U.S. Department of Health and Human Services]). Los medicamentos de marca que tienen un equivalente genérico están cubiertos solo cuando son medicamento necesarios mediante el proceso de autorización previa.
- Algunos medicamentos del formulario requieren autorización previa, que su proveedor puede solicitar a nuestro departamento de farmacia.
- Si necesita medicamentos que no figuran en el formulario, su proveedor puede solicitar una excepción desde nuestro departamento de farmacia, a excepción de los artículos listados como exclusiones específicas. Los medicamentos que no están en el formulario y que requieren autorización previa estarán disponibles al nivel de copago más alto, si se aprueban.
- Los medicamentos sin receta (de venta libre) no están cubiertos.
- Algunos medicamentos y suministros para diabéticos pueden estar restringidos a un fabricante, vendedor o proveedor específico, y pueden estar sujetos a límites de cantidad.
- Es posible que se apliquen límites de cantidad a ciertos medicamentos. Si necesita medicamentos que no figuran en el formulario, su proveedor puede solicitar una excepción desde nuestro departamento de farmacia, a excepción de los artículos listados como exclusiones específicas. Los medicamentos que no están en el formulario y que requieren autorización previa estarán disponibles al nivel de copago más alto, si se aprueban.

- Los medicamentos sin receta (de venta libre) no están cubiertos.
- Algunos medicamentos y suministros para diabéticos pueden estar restringidos a un fabricante, vendedor o proveedor específico, y pueden estar sujetos a límites de cantidad.
- Es posible que se apliquen límites de cantidad a ciertos medicamentos.

Programa de medicamentos de proveedores especializados

Para comprar ciertos medicamentos se requiere el uso de un proveedor de farmacia especializado contratado. Comuníquese con el equipo de atención al cliente de la farmacia o visite geisingerhealthplan.com para obtener más información sobre el programa y una lista completa de los medicamentos incluidos.

Formulario

El propósito de un formulario de medicamentos es promover atención médica de alta calidad que sea asequible para miembros como usted. Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos con receta cubiertos actualmente por GHP. El formulario se actualiza constantemente debido a la elevada cantidad de medicamentos existentes en el mercado, y a la introducción de nuevos medicamentos. Por lo tanto, el formulario está sujeto a cambios. El desarrollo del formulario incluye aportaciones del comité de farmacia y terapéutica, un grupo de profesionales médicos, que incluye a médicos y farmacéuticos.

El comité de farmacia y terapéutica revisa minuciosamente la literatura médica para determinar primero qué medicamentos pueden producir los mejores resultados para los pacientes. Luego, si más de dos medicamentos producen los mismos resultados clínicos, se consideran elementos como el costo y la facilidad de uso.

Un formulario bien desarrollado mejora la calidad de la atención al paciente mediante la cobertura de medicamentos que son seguros, eficaces y que probablemente logren el mejor resultado posible para el paciente. Cuando usa un medicamento del formulario, se considera un medicamento “cubierto” y el único costo para usted es el copago o coseguro correspondiente.

Hay ciertos medicamentos que GHP no cubrirá bajo ninguna circunstancia. A estos medicamentos se los llaman exclusiones. Algunos ejemplos de las exclusiones son medicamentos de venta libre, medicamentos usados para terapias farmacológicas experimentales, en investigación o no probadas, medicamentos usados para bajar de peso, medicamentos para el estilo de vida y medicamentos usados con fines cosméticos. La lista de exclusiones también se actualiza continuamente. Si no está seguro si un medicamento está cubierto, pregunte antes de ir a su farmacia.

Para obtener más información o revisar las listas de productos farmacéuticos sobre cualquier limitación para recetar o acceder a productos farmacéuticos, llame al equipo de atención al cliente de la farmacia.

Puede ver el formulario en línea en geisingerhealthplan.com. Para obtener una copia impresa del formulario completo, llame al 800-988-4861, lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., o visite geisingerhealthplan.com para ver o imprimir una copia.

Aviso de privacidad del Geisinger Health Plan

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida (PHI) y a notificar a las personas sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

También es importante para nosotros mantener su confianza, como nuestro miembro, y la confianza de otros. Estamos comprometidos con la confidencialidad de su PHI.

PHI es cualquier información médica que lo identifique individualmente creada o recibida por GHP que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; la atención médica que se le presta a usted; o los pagos pasados, presentes o futuros por la atención médica que usted reciba.

El Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todos los productos ofrecidos por Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company, Inc. (denominados colectivamente en el presente documento como “GHP”), todos denominados GHP abajo.

Usos y revelaciones de PHI

GHP usa y divulga la PHI en relación con su tratamiento, para hacer el pago de su atención médica y de las operaciones de atención médica de GHP. Excepto lo que se indica abajo, GHP no usará ni revelará su PHI, a menos que haya firmado un formulario que le permita a GHP hacerlo.

Tratamiento: GHP puede revelar su PHI a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores que la soliciten en relación con su tratamiento. GHP también puede revelar su información médica protegida a proveedores de atención médica en relación con programas de salud preventiva, detección temprana y manejo de casos y enfermedades.

Pago: GHP usará y revelará su PHI para administrar su póliza o contrato de beneficios médicos. Esto puede implicar verificar la elegibilidad, el pago de reclamos, la subrogación, la revisión y administración del uso, la revisión de la necesidad médica, la coordinación de la atención y la respuesta a quejas, apelaciones y solicitudes externas.

Operaciones de atención médica: GHP usará y revelará su PHI según sea necesario y según lo permita la ley para sus operaciones de atención médica. Estas operaciones de atención médica incluyen, entre otras, acreditación de proveedores de atención médica, revisión por pares, administración comercial, acreditación y licencias, revisión y gestión de uso, mejora y garantía de calidad, inscripción, calificación y suscripción, reaseguro, cumplimiento, auditoría y otras funciones relacionadas a su plan de beneficios médicos.

Socios comerciales: Ciertos aspectos y componentes de los servicios de GHP se hacen mediante contratos con personas u organizaciones externas, como impresión de tarjetas de identificación, subrogación, acreditación, etc. En ocasiones, puede ser necesario que GHP le dé PHI a más de una de estas personas u organizaciones externas que ayudan a GHP con las operaciones de atención médica. GHP dará la menor cantidad de información posible para permitir que nuestros socios comerciales completen estas tareas, y GHP exige que estos socios comerciales protejan adecuadamente la privacidad de su información.

Familiares y amigos involucrados en su atención:

Con su aprobación, GHP puede revelar su PHI a familiares, amigos y otras personas designadas involucradas en su atención. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre firmando formularios o tomando decisiones cuando usted no pueda hacerlo. GHP reconoce la siguiente documentación para que los miembros puedan ser representados en determinadas circunstancias:

- Poder notarial duradero aplicable
- Representante legal
- Un formulario de representante autorizado de GHP

Si quiere designar a un representante autorizado, debe completar y firmar un Formulario de representante autorizado. Puede obtener uno llamando al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro. Si usted no está disponible, está incapacitado o está enfrentando una situación médica de emergencia y GHP determina que una revelación limitada puede ser lo mejor para usted, GHP puede compartir PHI limitada con dichas personas sin su autorización. Ciertas leyes estatales/federales limitan nuestros usos y revelaciones de esos registros médicos de naturaleza sensible, incluyendo registros relacionados con el VIH, registros de tratamiento por consumo de alcohol o abuso de sustancias, registros de salud mental y registros de consejería sobre abuso/agresión sexual incluso para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Usaremos y revelaremos su información médica solo según estas leyes más restrictivas que dan mayor protección para los registros en estas categorías de atención.

Las leyes de Pensilvania exigen autorizaciones especiales para permitir la revelación de cierta información personal altamente confidencial. En determinadas situaciones, según las reglamentaciones o leyes aplicables, GHP solicitará su autorización escrita antes de usar o revelar información médica que pueda identificarlo. Si firma una autorización para revelar información específica, en cualquier momento podrá revocar esa autorización para detener usos y revelaciones futuras.

A menos que usted lo autorice, GHP no usará ni revelará información de salud genética protegida con fines de suscripción.

Usos y revelaciones adicionales de información médica

GHP también puede comunicarse con usted para darle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios médicos relacionados disponibles para usted. GHP puede usar o revelar su PHI sin autorización:

- Para cualquier propósito requerido por la ley
- Para actividades de salud pública, como informes obligatorios de enfermedades, lesiones y nacimientos y muertes, y para investigaciones de salud pública requeridas
- Según lo exige la ley si sospechamos de abuso o negligencia infantil; también podemos revelar su PHI según lo exige la ley si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos, si es necesario, para informar de sucesos adversos, defectos de productos o para participar en retiradas de productos
- Al patrocinador de su plan (empleador); sin embargo, el patrocinador de su plan debe certificar que la información dada se mantendrá confidencial y no se usará para decisiones laborales ni para otras determinaciones de beneficios para los empleados o de cualquier otra manera no permitida por la ley
- Cuando lo exija la ley, a una agencia de supervisión gubernamental que hace auditorías, investigaciones o procedimientos civiles o penales
- Si así lo requiere una citación judicial o administrativa o una solicitud de descubrimiento de pruebas; en la mayoría de los casos, recibirá un aviso de dicha revelación
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo exige la ley para informar de heridas, lesiones y delitos
- A médicos forenses o directores de funerarias según la ley
- Si es necesario para la donación de órganos o tejidos o un trasplante para usted
- Para ciertos fines de investigación cuando la junta de revisión institucional lo apruebe con reglas establecidas para garantizar la privacidad
- Si es miembro del ejército, según lo exigen los servicios de las fuerzas armadas; también podemos revelar su PHI si es necesario para actividades de seguridad o inteligencia nacional

- A las agencias de compensación para trabajadores, si es necesario para la determinación de sus beneficios de compensación para los trabajadores

Derechos individuales de los miembros a la privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) da derechos específicos a todas las personas sobre su PHI. Puede solicitar por escrito que GHP no use ni revele su PHI para pagos, administración de salud u otros fines operativos de atención médica, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. GHP considerará su solicitud, pero no está obligado legalmente a aceptarla. GHP no venderá su PHI ni la compartirá con fines de marketing, a menos que usted nos dé permiso por escrito.

Para obtener más información sobre cualquiera de los siguientes derechos o para solicitar los formularios necesarios, llame al equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o comuníquese con el especialista en privacidad designado de GHP, como se indica en la sección Contactos de este aviso. Las comunicaciones que reciba de GHP que contengan su información médica se transmitirán de manera confidencial. Usted tiene derecho a solicitar esto por escrito, y GHP procesará sus solicitudes razonables para recibir comunicaciones nuestras sobre su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos.

A menos que a GHP se le dé una dirección alternativa, GHP enviará por correo los formularios de Explicación de beneficios y otros envíos que contengan información médica protegida a la dirección que GHP tiene registrada para el suscriptor.

En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su PHI en un conjunto de registros designado. Generalmente, un “conjunto de registros designado” contiene registros médicos y de facturación, y otros registros que se usan para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Sin embargo, usted no puede inspeccionar ni copiar las notas de psicoterapia ni cierta información que puede estar en un conjunto designado de registros. Si solicita copias, GHP puede cobrar tarifas razonables por copias y envío.

También puede solicitar una copia de su información médica protegida en formato electrónico o indicarnos que la transmitamos a otra entidad o persona que elija. Si cree que la información en sus registros de GHP es

incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar por escrito que GHP corrija o agregue información existente.

GHP no está obligado a hacer todas las correcciones solicitadas, pero considerará cuidadosamente cada solicitud. Las solicitudes de enmienda deben hacerse por escrito, estar firmadas por usted o su representante y deben indicar los motivos de la solicitud. Si GHP hace una corrección que usted solicita, GHP también puede notificar a otras personas que trabajan con nosotros y tienen copias del registro sin corregir, si GHP cree que la notificación es necesaria.

Puede solicitar un informe de las revelaciones, una lista de las veces que compartimos su información médica durante seis años antes de la fecha de su pedido, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las revelaciones, excepto las de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras revelaciones determinadas (las que usted nos haya pedido que hagamos). Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, GHP puede cobrarle una tarifa razonable.

Estamos obligados a informarlo si se producen ciertos usos y revelaciones no permitidas (una “vulneración”) que puedan causarle daños financieros, de reputación o de otro tipo significativos. Esto se hará por correo y otros medios, si es necesario.

Obligaciones de GHP

GHP está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI, dar este aviso sobre sus prácticas de información y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. GHP puede cambiar sus políticas en cualquier momento.

Si GHP hace un cambio significativo en sus políticas, le notificará el cambio mediante una carta, un boletín informativo o un Certificado de suscripción revisado. Puede solicitar una copia de la política de privacidad y confidencialidad de GHP sobre los usos y revelaciones de información médica en cualquier momento.

Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de GHP, comuníquese con la persona listaba abajo.

GHP tiene procedimientos para evitar el acceso no autorizado a su PHI, que incluyen capacitación de los empleados sobre la importancia de mantener la confidencialidad y privacidad de los miembros.

Cambios en este Aviso

Podemos cambiar este Aviso en cualquier momento. El Aviso enmendado o modificado puede entrar en vigor para la PHI que ya tengamos y para cualquier PHI que recibamos en el futuro. En la primera página del Aviso, en la esquina superior derecha, encontrará la fecha de entrada en vigor de dicho Aviso.

Si hacemos un cambio importante en los usos y las revelaciones, sus derechos, nuestras obligaciones legales o a otras prácticas de privacidad mencionadas en este Aviso, revisaremos y distribuiremos sin demoras nuestro Aviso modificado. Excepto cuando lo exija la ley, los cambios importantes a cualquier término de este Aviso no podrán implementarse antes de la fecha de entrada en vigor del Aviso enmendado.

Programa CMS Blue Button

Sin perjuicio de las demás disposiciones de esta Política de privacidad, si participa en el Programa Blue Button de los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) mediante Geisinger, se aplican las siguientes disposiciones:

- (a) Geisinger le informará de cualquier cambio importante en este aviso.
- (b) Le notificaremos si Geisinger se vende o se fusiona con otra entidad.
- (c) El aviso se dará electrónicamente desde el portal Blue Button en el sitio web de Geisinger.
- (d) Si informa a Geisinger de que está optando por no participar en el Programa Blue Button desde el portal Blue Button, Geisinger eliminará la información de Blue Button que recibimos de CMS sobre usted.

Quejas

Si le preocupa que GHP haya violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que GHP toma sobre el acceso a sus registros de GHP, siga los procedimientos de queja descritos en los documentos de su plan. También puede llamar al equipo de atención al cliente o ponerse en contacto con la persona que se lista abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No sufrirá represalias por presentar una queja ante GHP o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Lentes de contacto

Si tiene preguntas o necesita más información, comuníquese con nuestro equipo de servicio al cliente al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o con la Oficina de Privacidad de la siguiente manera:

Geisinger Privacy Office
Geisinger Health Plan
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-4038

Email: ghpprivacy@geisinger.edu

La dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos es:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Washington, DC 20201

Fecha de entrada en vigor

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003, según las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). El aviso se revisó por última vez el 30 de noviembre de 2022.

Nota al pie del aviso de privacidad

Designación de arreglo de atención médica organizada

Como entidades cubiertas, las entidades legales corporativas separadas de GH que se listan abajo participan en un acuerdo de atención médica organizada (OHCA). Estas entidades jurídicas corporativas separadas pueden compartir su PHI según sea necesario para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con el OHCA y para otros fines según lo permita o exija la ley.

- Entidades cubiertas afiliadas a Geisinger
- Geisinger Indemnity Insurance Company
- Geisinger Quality Options, Inc.
- Geisinger Health Plan

Designación de entidades cubiertas afiliadas

A partir del 1 de octubre de 2019, las siguientes entidades cubiertas por Geisinger, bajo control común, se designan a sí mismas como entidad única cubierta conocida como “Entidades cubiertas afiliadas a Geisinger” a los efectos de la regla de privacidad de la HIPAA. Las entidades cubiertas afiliadas a Geisinger son:

- Geisinger Clinic (todos los sitios)
- Geisinger Medical Center (incluyendo Geisinger Shamokin Area Community Hospital Campus)
- Geisinger Wyoming Valley Medical Center (incluyendo el campus Geisinger South Wilkes-Barre)
- Geisinger Community Health Services
- Geisinger Bloomsburg Hospital
- Geisinger Health Plan (agregado el 23 de enero de 2020)
- Geisinger Jersey Shore Hospital
- Geisinger Lewistown Hospital
- GNJ Physicians Group PC
- Geisinger Pharmacy LLC
- Community Medical Center que opera como Geisinger Community Medical Center
- Family Health Associates of Geisinger-Lewistown Hospital
- West Shore Advanced Life Support Services, Inc.
- Geisinger Medical Center Muncy (diciembre de 2021)

Comuníquese con nosotros

Si tiene preguntas sobre la privacidad de su información médica, llámenos al 800-447-4000.

Procedimientos de quejas y quejas formales de Geisinger

Miembros del plan médico HMO

Esta sección describe sus derechos si cree que no recibió los beneficios o servicios a los que tiene derecho. Cada queja y queja formal debe pasar por el procedimiento formal. Tiene la oportunidad de apelar la decisión ante un proceso de revisión externo.

En cualquier momento durante el proceso de queja o queja formal, usted puede optar por designar por escrito a un representante para participar en el proceso de queja o queja formal en su nombre (su representante). En esta sección y en la sección de procedimientos de quejas y quejas formales de su Certificado de suscripción, la definición de “miembro” incluirá a su representante. Usted será responsable de notificar a GHP por escrito sobre dicha designación; GHP tiene un formulario de autorización disponible para su uso.

GHP pondrá a su disposición a un empleado de GHP para que lo ayude, sin costo alguno, en la preparación de una queja o queja formal, si usted solicita ayuda en cualquier momento durante el proceso de queja o queja formal. Es posible que un empleado de GHP que sea puesto a su disposición no haya participado en una decisión previa tomada por GHP sobre la queja o queja formal. Puede llamar a GHP gratis al número de teléfono que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro para obtener información sobre la presentación y el estado de una queja o queja formal. Tiene derecho a darle a GHP comentarios, documentos, registros u otra información por escrito sobre la queja o queja formal.

Al tomar una determinación, GHP considerará de forma completa y justa toda la información disponible relevante a la queja o queja formal, incluyendo cualquier material que usted le envíe a GHP. Si usted no está de acuerdo con la clasificación de GHP de una queja o queja formal, puede comunicarse con el Departamento de Salud (Department of Health) o el Departamento de Seguros (Department of Insurance) para su consideración e intervención con GHP, para ser redirigido al proceso de revisión interna correspondiente. La queja o queja formal también se clasificará como apelación previa al servicio o apelación posterior al servicio. Las apelaciones previas al servicio son apelaciones relacionadas con servicios que todavía no se han prestado. Las apelaciones posteriores al servicio son apelaciones por servicios que ya se prestaron.

Tiene derecho a entablar una acción civil bajo el Artículo 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) una vez que se agoten todos los recursos administrativos, si es miembro de un grupo ERISA.

GHP no puede cancelar ni rescindir su cobertura por servicios prestados según el Certificado de suscripción basándose en que usted ha ejercido sus derechos según el procedimiento de reclamos y quejas formales de GHP al registrar una queja contra GHP.

Procedimiento de quejas

Queja significa la disputa u objeción de un miembro contra un proveedor de atención médica participante, o la cobertura (incluyendo las exclusiones de contrato y los servicios no cubiertos), las operaciones o las políticas de administración de GHP, que GHP no ha resuelto.

Procedimiento de revisión de quejas de primer nivel

Un miembro que tenga una queja sobre su cobertura, los proveedores participantes o las políticas de operación o administración de GHP debe comunicarse con el equipo de servicio al cliente. Un representante del equipo de servicio al cliente intentará resolver la preocupación del miembro de manera informal. Si el representante del equipo de servicio al cliente no puede resolverlo de manera satisfactoria, el miembro puede presentar una queja verbal o escrita, que el comité de revisión de quejas de primer nivel considerará. Esta solicitud deberá presentarse en un plazo de 180 días calendario después de recibir la notificación de una determinación adversa de beneficios o del evento objeto de la queja.

GHP notificará al miembro por escrito que recibió la queja, e incluir una explicación detallada del proceso de queja.

El comité de revisión de quejas de primer nivel deberá incluir a más de un empleado de GHP que no participó en ninguna decisión anterior para denegar la queja del miembro, y no será un subordinado de las personas que tomaron la decisión adversa sobre el beneficio. A solicitud del miembro, GHP le dará acceso a la información disponible relacionada con el asunto de la queja sin costo alguno y le permitirá dar datos verbales o escritos adicionales u otro material en apoyo de la queja.

Si la queja involucra servicios que todavía no se han prestado, el comité hará una revisión de quejas de nivel uno y se informará al miembro de la decisión del comité, a más tardar 30 días calendario de recibida la queja y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité de revisión.

Si la queja involucra servicios que ya se prestaron (después del servicio), ya se han prestado, el comité hará una revisión de quejas de primer nivel y se informará al miembro de la decisión del comité, a más tardar 30 días calendario de recibida la queja y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité.

La notificación al miembro deberá incluir la base de la decisión y el procedimiento para presentar una solicitud de revisión voluntaria de quejas de segundo nivel de la decisión del comité de revisión de quejas de primer nivel, incluyendo:

- Una declaración del asunto revisado por el comité de revisión de quejas de primer nivel

- El resultado de la revisión de primer nivel
- Los motivos específicos de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- Una referencia a la disposición del contrato de GHP específica (p. ej., certificado de suscripción, cláusula adicional, enmienda) en la que se basó la decisión
- Si se usó una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión, la norma, directriz, protocolo o criterio específico y la notificación de que el miembro, previa solicitud, puede obtener una copia del beneficio real gratis, e instrucciones sobre cómo obtenerla
- Una lista de los títulos y calificaciones de las personas que participan en la revisión
- Notificación de que el miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes a la queja/apelación del miembro sin costo alguno e instrucciones sobre cómo obtenerlos
- Una explicación de cómo solicitar una revisión voluntaria de quejas de segundo nivel de la decisión del comité de revisión de quejas de primer nivel y una notificación de que el miembro tiene derecho a dar material adicional que incluya, entre otros, comentarios escritos, documentos, registros u otra información que se considere como parte de la revisión voluntaria de segundo nivel
- Los plazos para solicitar una revisión de queja de segundo nivel, si corresponde

Procedimiento de revisión de quejas de segundo nivel

Un miembro que no esté satisfecho con la decisión del comité de revisión de quejas de primer nivel puede solicitar verbalmente o por escrito, una revisión voluntaria de quejas de segundo nivel. La solicitud por escrito debe dirigirse a: Geisinger Health Plan, Appeal Department, M.C. 3220, 100 N. Academy Ave., Danville, PA 17822. GHP notificará al miembro por escrito al recibir dicha solicitud.

El comité de revisión de satisfacción de los miembros deberá tener tres o más personas que no participaran previamente en el asunto bajo revisión y no podrán ser empleados subordinados de las personas que tomaron la determinación adversa de beneficios ni de revisores anteriores. A solicitud del miembro, GHP le dará acceso a la información disponible relacionada con el asunto por el que está presentando la queja sin costo alguno y le permitirá dar datos verbales o escritos adicionales u

otro material en apoyo de la queja. Al menos un tercio del comité de revisión de satisfacción de los miembros no podrá estar formado por empleados de GHP ni de sus subsidiarias o afiliadas relacionadas. El comité de revisión de satisfacción de los miembros considerará de forma completa y justa toda la información disponible relevante a la queja del miembro, incluyendo cualquier material enviado por el miembro a GHP. GHP deberá dar una notificación por escrito con al menos 15 días de antelación sobre los procedimientos de revisión, la fecha y la hora, y el derecho del miembro a asistir a la reunión del comité de revisión de satisfacción de los miembros.

Si la queja involucra servicios que todavía no se han prestado (previos al servicio), se completará la revisión de queja de segundo nivel y se tomará una decisión con notificación por escrito de la decisión del comité al miembro a más tardar 30 días calendario a partir de la recepción de la queja y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité de revisión de satisfacción de los miembros.

Si la queja involucra servicios que ya se prestaron (después del servicio), se completará la revisión de queja de segundo nivel y se tomará una decisión con notificación por escrito de la decisión del comité al miembro a más tardar 30 días calendario desde la recepción de la queja y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité de revisión de satisfacción de los miembros.

La notificación escrita especificará los motivos de la decisión del comité de revisión de satisfacción de los miembros e incluirá el motivo y el fundamento específicos de la decisión, y los procedimientos para presentar una apelación ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros, incluyendo la dirección y los números de teléfono de ambas agencias, e incluirá la siguiente información:

- Una declaración del problema revisado por el comité de revisión de satisfacción de los miembros
- El resultado de la revisión de segundo nivel
- Los motivos específicos de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- Una referencia a la disposición específica del contrato GHP (p. ej., certificado de suscripción, cláusula adicional, enmienda) en la que se basó la decisión
- Si se usó una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión, la norma, directriz, protocolo o criterio específico y la

notificación de que el miembro, previa solicitud, puede obtener una copia del beneficio real gratis, e instrucciones sobre cómo obtenerla

- Una lista de los títulos y calificaciones de las personas que participan en la revisión
- Notificación de que el miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes a la queja/apelación del miembro sin costo alguno e instrucciones sobre cómo obtenerlos
- Una explicación de cómo solicitar una revisión externa de apelación de queja sobre la decisión del comité de revisión de satisfacción de los miembros, por el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros, incluyendo las direcciones y números de teléfono de ambas agencias, una descripción del proceso de apelación externa de queja que incluya una notificación de que el miembro tiene derecho a dar material adicional para su inclusión en la revisión externa de apelación de queja y una declaración de que el miembro no asume ningún costo por la revisión externa de apelación de queja
- El plazo para solicitar una revisión externa de apelación de queja, si corresponde

Procedimiento externo de apelación de queja

Si el miembro no está satisfecho, puede apelar la decisión del comité de revisión de satisfacción de los miembros en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de la notificación de la decisión de revisión de la queja de segundo nivel ante:

Bureau of Managed Care

Pennsylvania Department of Health
Health & Welfare Building, Room 912
7th & Forster Streets
Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 717-787-5193 o 888-466-2787

Servicio de retransmisión de AT&T: 800-654-5984

Número de fax: 717-705-0947

o

Pennsylvania Department of Insurance

Bureau of Consumer Services
1209 Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 717-787-2317 o 877-881-6388

Número de fax: 717-787-8585

GHP transmitirá al Departamento correspondiente todos los registros de los procesos de revisión

de quejas de primer y segundo nivel en un plazo de 30 días calendario después de la solicitud del Departamento. GHP y el miembro pueden enviar al Departamento correspondiente materiales adicionales relacionados con la queja. Cada parte deberá dar a la otra, copias de los documentos adicionales dados al Departamento. GHP y el miembro tienen derecho a ser representados por un abogado u otra persona ante el Departamento correspondiente. El Departamento correspondiente tomará la determinación final.

Queja por aumento de primas

Un miembro que tenga una consulta, queja o pregunta sobre el aumento de las primas de GHP puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Pensilvania (Pennsylvania Department of Insurance) sin necesidad de seguir los procedimientos de quejas de primer y segundo nivel de GHP.

Procedimiento de queja formal

Necesidad médica e idoneidad de las decisiones de atención.

Una queja formal es la solicitud que hace un miembro o proveedor de atención médica (con el consentimiento por escrito del miembro) para que GHP reconsidere una decisión únicamente relacionada con la necesidad médica y la idoneidad de un servicio de atención médica. Se puede presentar una queja formal con respecto a una decisión por cualquiera de lo siguiente:

- Desaprueba el pago total o parcial de un servicio de salud solicitado
- Aprueba la prestación de un servicio médico solicitado con un menor alcance o duración que el solicitado
- Desaprueba el pago por la prestación de un servicio de atención médica solicitado, pero aprueba el pago por la prestación de un servicio de atención médica alternativo

Procedimiento de revisión de quejas formales de primer nivel

Un miembro o un proveedor de atención médica, con el consentimiento escrito del miembro, puede presentar una solicitud por escrito (o una solicitud verbal cuando un miembro no puede presentar una queja formal por escrito por una discapacidad o barrera del idioma) para que GHP revise la denegación de pago por un servicio de atención médica basado en la necesidad médica y la idoneidad de la atención, incluyendo la

aprobación por GHP de un servicio cubierto alternativo o la aprobación de un servicio cubierto con un menor alcance o duración que el solicitado. **Esta solicitud debe presentarse en un plazo de 180 días calendario después de la recepción de la notificación de una determinación adversa de beneficios y debe dirigirse a:**

Geisinger Health Plan
Appeal Department, M.C. 3220
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822

GHP notificará al miembro y al proveedor de atención médica que presentó la queja formal, con el consentimiento escrito del miembro, su recibo escrito, incluyendo una explicación detallada del proceso de queja formal.

El comité de revisión interna de primer nivel incluirá a una o más personas seleccionadas por GHP. El comité está formado por un director médico de GHP (médico autorizado) que no participó en ninguna decisión anterior relacionada con la queja formal y no es el subordinado de ninguna persona que tomó la determinación adversa sobre los beneficios. El comité de revisión interna de primer nivel incluirá la opinión escrita o un médico o psicólogo matriculado, aprobado de la misma especialidad, en persona, que generalmente administre o haga consultas sobre este servicio médico o condición, haga el procedimiento o dé tratamiento, que no haya estado involucrado anteriormente en el asunto que se está revisando. A solicitud del miembro o de un proveedor de atención médica con el consentimiento por escrito del miembro, GHP dará al miembro o al proveedor de atención médica que presentó la queja formal con el consentimiento por escrito del miembro, acceso a la información relacionada con el asunto objeto de la queja sin costo alguno, y deberá permitir que el miembro y dicho proveedor de atención médica den datos verbales o escritos adicionales u otro material en apoyo de la queja formal.

Si la queja formal involucra servicios que no se prestaron (antes del servicio), se completará la revisión de la queja formal de primer nivel y se tomará una decisión, con notificación por escrito de la decisión del comité al miembro, a más tardar 30 días calendario desde la recepción de la queja formal y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité.

Si la queja formal involucra servicios que ya se prestaron (después del servicio), se completará la revisión de la queja formal de primer nivel y se tomará una decisión, con notificación por escrito

de la decisión del comité al miembro, a más tardar treinta días calendario desde la recepción de la queja formal y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité.

La notificación por escrito al miembro y al proveedor de atención médica que la presenta deberá incluir lo siguiente:

- Una declaración del asunto revisado por el comité de revisión interna de primer nivel
- El resultado de la revisión de quejas formales de primer nivel
- Los motivos específicos de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- Una referencia a la disposición específica del contrato de GHP (p. ej., certificado de suscripción, cláusula adicional, enmienda) en la que se basa la decisión
- Si se usó una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión, la norma, directriz, protocolo o criterio específico o una notificación indicando que el miembro o el proveedor de atención médica que presente la solicitud puede obtener una copia de la prestación real del beneficio sin costo alguno, e instrucciones sobre cómo obtenerla
- Una explicación del criterio científico o clínico para la decisión, aplicando los términos de GHP a las circunstancias médicas del miembro, si corresponde
- Una lista de los títulos y calificaciones de las personas que participen en la revisión
- Notificación de que el miembro o proveedor de atención médica que presenta la solicitud tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes a la queja formal/apelación del miembro sin costo alguno e instrucciones sobre cómo obtenerlos
- Una explicación de cómo solicitar una revisión voluntaria de segundo nivel de la queja formal de la decisión del comité de revisión interna de primer nivel y una notificación de que el miembro o el proveedor de atención médica que presenta la queja formal tiene derecho a dar material adicional que incluye, entre otros, comentarios, documentos y registros escritos u otra información que se considerará como parte de la revisión voluntaria de quejas formales de segundo nivel
- Los plazos para solicitar una revisión de queja formal de segundo nivel, si corresponde

Procedimiento de revisión de quejas formales de segundo nivel

Un miembro o un proveedor de atención médica, con el consentimiento escrito del miembro, que no esté satisfecho con la decisión del comité de revisión interna de primer nivel puede solicitar por escrito (o por medio de una solicitud verbal de un miembro que no puede presentar una queja formal por escrito por motivos de discapacidad o barrera del idioma) una revisión voluntaria de quejas formales de segundo nivel. Al recibirlo, GHP notificará por escrito al miembro y al proveedor de atención médica que presentó la queja formal, de su recepción.

El Comité de Revisión Interna de Segundo Nivel está compuesto por tres o más personas, una de las cuales es un médico matriculado, que no participó previamente en la decisión de negar la cobertura o el pago del servicio, y no podrán ser subordinados de las personas que tomaron la determinación adversa de beneficios o de los revisores del comité de revisión interna de primer nivel. El comité de revisión interna de segundo nivel incluirá la opinión escrita o un médico o psicólogo matriculado, aprobado de la misma especialidad, en persona, que generalmente administre o haga consultas sobre este servicio médico o condición, haga el procedimiento o dé tratamiento, que no haya estado involucrado anteriormente en el asunto que se está revisando. A solicitud del miembro o de un proveedor de atención médica con el consentimiento escrito del miembro, GHP dará al miembro o al proveedor de atención médica que presentó la queja formal con el consentimiento escrito del miembro, acceso a la información relacionada con el asunto objeto de la queja sin costo alguno, y deberá permitir que el miembro y dicho proveedor de atención médica den datos verbales o escritos adicionales u otro material en apoyo de la queja formal. El miembro y el proveedor de atención médica que presentó una queja formal tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión interna de segundo nivel. GHP y el miembro tienen derecho a ser representados por un abogado u otra persona ante el comité de revisión interna de segundo nivel. GHP deberá notificar por escrito, con al menos 15 días de antelación, sobre los procedimientos de la audiencia, la fecha y la hora, y su derecho a ir a la reunión de revisión de quejas formales de segundo nivel, al miembro y al proveedor de atención médica que presentó la queja formal con el consentimiento escrito del miembro.

Si la queja formal involucra servicios que no se prestaron (antes del servicio), se hará una revisión de la queja formal de segundo nivel y se tomará una decisión, que se le notificará al miembro por escrito, a más tardar 30 días calendario desde la recepción de la queja formal y dentro de los cinco días hábiles siguientes a la decisión del comité.

- La notificación por escrito al miembro y al proveedor de atención médica que la presenta deberá incluir lo siguiente: Una declaración del asunto evaluado por el comité de revisión interna de segundo nivel
- El resultado de la revisión de quejas formales de segundo nivel. Los motivos específicos de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- Una referencia a la disposición específica del contrato de GHP (p. ej., certificado de suscripción, cláusula adicional, enmienda) en la que se basó la decisión
- Si se usó una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión, la norma, directriz, protocolo o criterio específico o la notificación de que el miembro o el proveedor de atención médica que presente la solicitud puede obtener una copia de la prestación real del beneficio sin costo alguno, e instrucciones sobre cómo obtenerla
- Una explicación del criterio científico o clínico para la decisión, aplicando los términos de GHP a las circunstancias médicas del miembro, si corresponde
- Una lista de los títulos y calificaciones de las personas que participan en la revisión
- Notificación de que el miembro o proveedor de atención médica que presenta la solicitud tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes a la queja formal/apelación del miembro sin costo alguno e instrucciones sobre cómo obtenerlos
- Una explicación de cómo solicitar una revisión para la apelación de una queja formal externa por una organización de revisión independiente (IRO) asignada por la Oficina de Atención Administrada (BMC) del Departamento de Seguros de Pensilvania (PID) y una notificación de que el miembro o el proveedor de atención médica que presenta la solicitud tiene derecho a dar material adicional que incluye, entre otros, comentarios escritos, documentos, registros u otra información que se

considerará parte de la revisión de la apelación de queja formal externa, incluyendo una declaración de que el miembro y el representante del miembro no corren con los costos de la revisión independiente de la apelación de queja formal externa

- El plazo de 15 días a partir de la recepción de la notificación escrita con la decisión sobre la revisión de la queja formal de segundo nivel para que el miembro o el proveedor de atención médica que la presenta, presente una solicitud de revisión de apelación de queja formal externa
- La revisión de apelación de queja formal externa, incluyendo una declaración de que el miembro y el representante del miembro no corren con los costos de la revisión de apelación de queja externa independiente

Procedimiento externo de apelación de quejas formales

El miembro o el proveedor de atención médica, con el consentimiento escrito del miembro, que no esté satisfecho con la decisión del comité de revisión interna de segundo nivel, podrá solicitar una revisión externa. Si la revisión externa se justifica, BMC asignará una organización de revisión independiente (IRO) según lo requerido y en virtud de según todas las reglamentaciones estatales y federales aplicables. El plan notificará al miembro sobre la aceptación de la revisión externa y le informará de que puede presentar por escrito, en un plazo de 15 días hábiles, cualquier información adicional que el miembro quiera que la IRO considere durante la revisión. La IRO hará una revisión de reclamos independiente y no estará sujeta a las decisiones o conclusiones hechas durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del plan. **Además de los documentos y la información dada, la IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO lo considere apropiado, considerará lo siguiente para llegar a una decisión:**

- a) Los registros médicos del miembro
- b) La recomendación del profesional de atención médica tratante
- c) Informes de profesionales de atención médica apropiados y otros documentos presentados por el plan, el miembro o el proveedor tratante del miembro

- d) Los términos del plan del miembro para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos del plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable
- e) Directrices de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otras directrices de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales
- f) Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y usado por el plan, a menos que los criterios sean incoherentes con los términos del plan o con la ley aplicable
- g) La opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO después de considerar la información descrita en esta sección 5.4.1.2 en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y el revisor o revisores clínicos lo consideren apropiado

Plazo para la decisión:

La IRO notificará al miembro y al plan por escrito sobre la decisión final de la revisión externa en un plazo de 45 días después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa. La decisión será por escrito e incluirá lo siguiente:

- a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar el reclamo (incluyendo la fecha o fechas del servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad del reclamo [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el motivo de la denegación anterior)
- b) La fecha en que la IRO recibió la asignación para hacer la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO
- c) Referencias a la evidencia o documentación, incluyendo las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia, considerados para tomar su decisión
- d) Un análisis de la razón principal de su decisión, incluyendo la justificación de su decisión y los estándares basados en evidencia en los que se basó para tomar su decisión

- e) Una declaración de que la determinación es vinculante para Geisinger Health Plan o el miembro, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles según la ley estatal o federal
- f) Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el miembro
- g) Información de contacto actual, incluyendo el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia al consumidor o defensor del pueblo de seguros médicos correspondiente

Decisión vinculante:

El miembro y Geisinger Health Plan estarán obligados por la decisión final de la IRO, excepto en la medida en que haya otros recursos disponibles según la ley estatal o federal. El requisito de que la decisión sea vinculante no impedirá que el plan haga el pago del reclamo o dé beneficios en cualquier momento, incluso después de una decisión final de revisión externa que rechace el reclamo o no exija el pago o los beneficios. El plan debe dar cualquier beneficio (incluyendo el pago del reclamo) según la decisión final de la revisión externa sin demora, independientemente de si el Plan tiene la intención de pedir una revisión judicial de la decisión externa y, a menos o hasta que haya una decisión judicial.

Procedimiento acelerado de revisión de la apelación de quejas formales

Si la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar su función máxima estuvieran en peligro por un retraso causado por el procedimiento de revisión de GHP, el miembro o un proveedor de atención médica, con el consentimiento escrito del miembro, puede solicitar una revisión acelerada de la queja formal (verbalmente o por escrito). **GHP hará una revisión acelerada de la apelación de la queja formal cuando:**

1. Tras la revisión de GHP, la solicitud del miembro cumpla los criterios médicos para iniciar el proceso de revisión acelerada de apelación de quejas formales.
2. Es la opinión del proveedor de atención médica que el miembro está sujeto a un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención o el tratamiento solicitado.
3. El miembro da a GHP una certificación, por escrito, del médico del miembro indicando que la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima estarían en peligro por la demora ocasionada por el proceso de queja formal

de 30 días anterior al servicio. La certificación debe incluir una justificación clínica y hechos que respalden la opinión del médico.

4. Solicitudes relacionadas con admisiones, estancia continua u otro servicio de atención médica para un miembro que recibió servicios de emergencia pero no fue dado de alta de un centro.

GHP aceptará lo anterior, hará una revisión acelerada de la queja formal y tomará una decisión en un plazo de 48 horas después de recibir la solicitud del miembro para una revisión acelerada de la queja formal. El miembro será responsable de dar información a GHP de manera acelerada para permitir que GHP cumpla los requisitos de la revisión acelerada de quejas formales.

El comité de revisión interna acelerada estará compuesto por tres o más personas, una de las cuales será un médico matriculado, que no haya participado en la decisión de negar la cobertura o el pago del servicio, y que no sean subordinados de las personas que tomaron la determinación adversa sobre los beneficios. A solicitud del miembro o de un proveedor de atención médica con el consentimiento escrito del miembro, GHP dará al miembro o al proveedor de atención médica que presentó la queja formal con el consentimiento escrito del miembro, acceso a la información relacionada con el asunto objeto de la queja sin costo alguno, y deberá permitir que el miembro y dicho proveedor de atención médica den datos verbales o escritos adicionales u otro material en apoyo de la queja formal acelerada. La Revisión de Quejas Formales incluirá la opinión escrita o un médico o psicólogo matriculado, aprobado de la misma especialidad, en persona, que generalmente administre o haga consultas sobre este servicio médico o condición, haga el procedimiento o dé tratamiento, que no haya estado involucrado anteriormente en el asunto que se está revisando.

Procedimiento acelerado de revisión de apelación de queja formal externa

El miembro o el proveedor de atención médica que presentó la revisión acelerada de quejas formales externas, con el consentimiento escrito del miembro, y que no está satisfecho con la decisión de la revisión acelerada de quejas formales de GHP puede apelar verbalmente o por escrito al plan dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la decisión de revisión acelerada de la queja formal.

Nota: En determinadas circunstancias, que se describirán al miembro en la correspondencia de apelación del plan, se puede solicitar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que el miembro solicita una apelación acelerada.

Revisión preliminar:

Si GHP determina que la solicitud de revisión externa acelerada cumple los requisitos de queja formal externa acelerada, se enviará una notificación al miembro un día hábil después de completar la revisión preliminar. Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, la notificación incluirá los motivos por los que no es elegible y la información de contacto. Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud.

Procedimiento de revisión externa:

Si se justifica una revisión externa, BMC asignará una IRO según lo requieran y según todas las reglamentaciones estatales y federales aplicables. El plan notificará al miembro sobre la aceptación de la revisión externa y le informará de que puede presentar por escrito, en un plazo de 15 días hábiles, cualquier información adicional que el miembro quiera que la IRO considere en la revisión. La IRO hará una revisión de reclamos independiente y no estará sujeta a las decisiones o conclusiones hechas durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del plan. Además de los documentos y la información dada, la IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, considerará lo siguiente para llegar a una decisión:

Es posible que este plan de atención administrada no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea cuidadosamente el Certificado de suscripción para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos. Para obtener más información comuníquese con el equipo de servicio al cliente al número listado en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Procedimientos de apelación

Para miembros de Geisinger Health Plan PPO

Esta sección describe sus derechos si cree que no recibió los beneficios o servicios a los que tiene derecho. Cada queja y queja formal debe pasar por el procedimiento formal. El miembro puede tener la oportunidad de apelar la decisión a través de un proceso de revisión externa.

Revisión de apelaciones anteriores al servicio para denegaciones que no se basan en un criterio médico (queja):

El comité de revisión de satisfacción de los miembros revisará las apelaciones anteriores al servicio cuando los beneficios denegados no se hayan basado en su totalidad o parcialmente en un criterio médico. El comité de revisión de satisfacción de los miembros deberá tener tres personas o más que no participaran previamente en el asunto bajo revisión y no podrán ser empleados subordinados de las personas que tomaron la determinación adversa de beneficios ni de revisores anteriores. Al menos un tercio del comité de revisión de satisfacción de los miembros no será empleado de GHP ni de sus subsidiarias o afiliadas relacionadas. El comité de revisión de satisfacción de los miembros considerará de forma completa y justa toda la información disponible, relevante a la apelación del miembro, incluyendo cualquier material enviado por el miembro a GHP. GHP deberá dar una notificación escrita con al menos 15 días de antelación sobre los procedimientos de revisión, la fecha y el derecho del miembro a asistir a la reunión del comité de revisión de satisfacción de los miembros.

Revisión de apelación anterior al servicio para denegación basada en un criterio médico (queja formal):

El comité de revisión interna revisará las apelaciones anteriores al servicio cuando los beneficios denegados se hayan basado en su totalidad o parcialmente en un criterio médico. El comité de revisión interna está compuesto por tres o más personas, una de las cuales es un médico matriculado, que no participó anteriormente en la decisión de negar la cobertura o el pago del servicio y no será subordinado de las personas que tomaron la determinación adversa sobre los beneficios. El comité de revisión interna incluirá la opinión escrita o un médico o psicólogo matriculado, aprobado, de la misma especialidad, en persona, que generalmente administre o haga consultas sobre este servicio médico o condición, haga el procedimiento o dé tratamiento, que no haya estado involucrado anteriormente en el asunto que se está revisando. El comité considerará el expediente completo, incluyendo cualquier aspecto de la atención clínica involucrado, y tomará una decisión independiente y justa sobre la apelación. A solicitud del miembro o de un proveedor de atención médica con el consentimiento escrito del miembro, GHP le

dará al miembro o al proveedor de atención médica acceso a la información relacionada con el asunto que se está reclamando sin costo alguno y permitirá que el miembro y dicho proveedor de atención médica den información adicional verbal o escrita, u otro material para respaldar la apelación. El miembro o el proveedor de atención médica que presentó la apelación tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión interna. GHP y el miembro tienen derecho a ser representados por un abogado u otra persona ante el comité de revisión interna. GHP deberá notificar al miembro o proveedor de atención médica con al menos 15 días de antelación, por escrito, sobre los procedimientos de la audiencia, la fecha y su derecho a asistir a la reunión de revisión interna.

Plazo para tomar decisiones sobre apelaciones anteriores al servicio:

Se evaluará y tomará una decisión sobre las apelaciones anteriores al servicio que se hayan denegado en su totalidad o en parte según criterio médico, a más tardar 30 días después de que se reciba el pedido del miembro por escrito.

La notificación escrita de GHP incluirá:

- a) El fundamento de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- b) Referencia a las disposiciones específicas de GHP en las que se basa la decisión
- c) Notificación del hecho de que el miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud verbal o escrita y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la apelación, incluyendo instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, incluyendo los criterios de revisión clínica usados, si corresponde
- d) Notificación de que el miembro puede solicitar asistencia con su apelación a la Oficina de Asistencia al Consumidor de Seguros Médicos del estado correspondiente
- e) El miembro puede tener derecho a solicitar una revisión de apelación externa, hecha por una organización de revisión independiente

Revisión de apelaciones posteriores al servicio para denegaciones que no se basan en criterio médico:

El comité de revisión de satisfacción de los miembros revisará las apelaciones posteriores al servicio de

una determinación adversa de beneficios que no se base total o parcialmente en criterio médico. El comité de revisión de satisfacción de los miembros deberá tener tres personas o más que no participaran previamente en el asunto bajo revisión y no podrán ser empleados subordinados de las personas que tomaron la determinación adversa de beneficios ni de revisores anteriores. Al menos un tercio del comité de revisión de satisfacción de los miembros no podrá trabajar para GHP ni sus subsidiarias o afiliadas relacionadas. El comité de revisión de satisfacción de los miembros considerará de forma completa y justa toda la información disponible relevante a la apelación del miembro, incluyendo cualquier material enviado por el miembro a GHP. GHP deberá dar una notificación escrita con al menos 15 días de antelación sobre los procedimientos de revisión, la fecha y el derecho del miembro a asistir a la reunión del comité de revisión de satisfacción de los miembros.

Apelación posterior al servicio por denegaciones basadas en criterio médico:

El comité de revisión interna revisará las apelaciones posteriores al servicio después de la denegación de beneficios que se base total o parcialmente en criterio médico. El comité de revisión interna está compuesto por tres o más personas, una de las cuales será un médico matriculado, que no haya participado la decisión de negar la cobertura o el pago del servicio y no será subordinado de las personas que tomaron la determinación adversa sobre los beneficios. El comité de revisión interna incluirá la opinión escrita o un médico o psicólogo matriculado, aprobado, de la misma especialidad, en persona, que generalmente administre o haga consultas sobre este servicio médico o condición, haga el procedimiento o dé tratamiento, que no haya estado involucrado anteriormente en el asunto que se está revisando. El comité considerará el expediente completo, incluyendo cualquier aspecto de la atención clínica involucrado, y tomará una decisión independiente y justa sobre la apelación. A solicitud del miembro o de un proveedor de atención médica con el consentimiento por escrito del miembro, GHP le dará al miembro o al proveedor de atención médica acceso a la información relacionada con el asunto que se está reclamando sin costo alguno y permitirá que el miembro y dicho proveedor de atención médica den información adicional verbal o escrita, u otro material para respaldar la apelación.

El miembro y el proveedor de atención médica que presentó la apelación tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión interna. GHP y el miembro tienen derecho a ser representados por un abogado u otra persona ante el comité de revisión interna. GHP deberá notificar al miembro o proveedor de atención médica con al menos 15 días de antelación, por escrito, sobre los procedimientos de la audiencia, la fecha y su derecho a asistir a la reunión de revisión interna.

Plazo para tomar decisiones sobre las apelaciones posteriores al servicio:

Se evaluará y tomará una decisión sobre las apelaciones posteriores al servicio que se hayan denegado en su totalidad o en parte según criterio médico, a más tardar 30 días después de que se reciba el pedido del miembro por escrito. **La notificación escrita de GHP incluirá:**

- a) El fundamento de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- b) Referencia a las disposiciones específicas de GHP en las que se basa la decisión
- c) Notificación del hecho de que el miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud verbal o escrita y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la apelación, incluyendo instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, incluyendo los criterios de revisión clínica usados, si corresponde
- d) Notificación de que el miembro puede solicitar asistencia con su apelación a la Oficina de Asistencia al Consumidor de Seguros Médicos del estado correspondiente
- e) El miembro puede tener derecho a solicitar una revisión de apelación externa, hecha por una organización de revisión independiente

Solicitud de apelación de atención urgente:

Un miembro o su proveedor de atención médica pueden solicitar una apelación de atención de urgencia, de forma verbal o por escrito. El miembro o el proveedor de atención médica del miembro que solicita la apelación de atención urgente puede comunicarse con GHP por teléfono, fax u otros métodos que agilicen la recepción de la información por GHP. GHP se comunicará con el solicitante por teléfono, fax u otro método rápido para resolver la apelación del miembro. GHP dará una revisión completa y justa de la apelación.

Revisión de una apelación de atención urgente:

GHP hará una revisión de la apelación de atención urgente y tomará una decisión en un plazo de 72 horas después de la recepción de la solicitud del miembro. El miembro será responsable de dar información a GHP de manera acelerada para permitir que GHP cumpla los requisitos de apelación de atención urgente. El comité de revisión interna de atención de urgencia estará compuesto por más de tres personas, una de las que es un médico con licencia, que no participó previamente en la decisión de negar la cobertura o el pago del servicio y que no son subordinados de las personas que hicieron la determinación adversa de beneficios. La revisión de la apelación de atención urgente deberá incluir la aportación por escrito o la presencia de un médico con licencia o un psicólogo con licencia aprobado en la misma especialidad o similar que normalmente gestiona o consulta sobre el servicio de atención médica, acondiciona, hace el procedimiento o da el tratamiento y que no fue previamente involucrado en el asunto bajo revisión. **GHP dará al miembro una notificación por escrito de la decisión de GHP que incluirá:**

- a) La base de la decisión en un lenguaje fácilmente entendible
- b) Referencia a las disposiciones específicas de GHP en las que se basa la decisión
- c) Notificación del hecho de que el miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud verbal o escrita y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la apelación, incluyendo instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, incluyendo los criterios de revisión clínica usados, si corresponde
- d) Notificación de que el miembro puede solicitar asistencia con su apelación a la Oficina de Asistencia al Consumidor de Seguros Médicos del estado correspondiente
- e) El miembro puede tener derecho a solicitar una revisión de apelación externa, hecha por una organización de revisión independiente

Procedimiento de revisión externa:

Si se justifica una revisión externa, BMC asignará una IRO según lo requieran y bajo todas las reglamentaciones estatales y federales aplicables. El plan dará todos los documentos e información necesarios considerados al hacer la determinación

adversa final de beneficios a la IRO externa mediante cualquier método expedito disponible. La IRO, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y los considere apropiados, considerará la información o los documentos como se establece en la Sección 5.4.1.2. Para llegar a una decisión, la IRO revisará el reclamo de novo y no estará sujeta a ninguna decisión o conclusión alcanzada durante los procedimientos de apelación internos de GHP.

Aviso de la decisión final de revisión externa:

La IRO notificará la decisión final de la revisión externa tan rápidamente como lo requiera la condición del miembro, pero en ningún caso más tarde de 72 horas después de que la IRO reciba una solicitud de una revisión externa acelerada.

- a) Los registros médicos del miembro
- b) La recomendación del profesional de atención médica tratante
- c) Informes de profesionales de atención médica apropiados y otros documentos presentados por el plan, el miembro o el proveedor tratante del miembro
- d) Los términos del plan del miembro para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos del plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable
- e) Directrices de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otras directrices de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales
- f) Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y usado por el plan, a menos que los criterios sean incoherentes con los términos del plan o con la ley aplicable
- g) La opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO después de considerar la información descrita en esta sección 5.4.1.2 en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y el revisor o revisores clínicos lo consideren apropiado

Plazo para la decisión:

La IRO notificará por escrito la decisión final de la revisión externa al miembro y al plan en un plazo de 45 días después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa. La decisión será por escrito e incluirá lo siguiente:

- a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar el reclamo (incluyendo la fecha o fechas, la cantidad del reclamo [si corresponde], el código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el motivo de la denegación anterior)
- b) La fecha en que la IRO recibió la asignación para hacer la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO
- c) Referencias a la evidencia o documentación, incluyendo las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia, considerados para tomar su decisión
- d) Un análisis de la razón principal de su decisión, incluyendo la justificación de su decisión y los estándares basados en evidencia en los que se basó para tomar su decisión
- e) Una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles según la ley estatal o federal para GHP o el miembro
- f) Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el miembro
- g) Información de contacto actual, incluyendo el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia al consumidor o defensor del pueblo de seguros médicos correspondiente

Decisión vinculante:

El miembro y GHP estarán obligados por la decisión final de la IRO, excepto en la medida en que haya otros recursos disponibles según la ley estatal o federal. El requisito de que la decisión sea vinculante no impedirá que el plan haga el pago del reclamo o dé beneficios en cualquier momento, incluso después de una decisión final de revisión externa que rechace el reclamo o no exija el pago o los beneficios. El plan debe dar cualquier beneficio (incluyendo el pago del reclamo) según la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de si el Plan tiene la intención de buscar una revisión judicial de la decisión externa y a menos o hasta que haya una decisión judicial.

Procedimiento acelerado de revisión de determinación adversa de beneficios/quejas formales externas:

El miembro o el proveedor de atención médica, con el consentimiento por escrito del miembro, que no esté satisfecho con la decisión de la revisión acelerada de

quejas formales del plan puede apelar verbalmente o por escrito al plan dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la decisión de la revisión acelerada de quejas formales.

Nota: En determinadas circunstancias, que se describirán al miembro en la correspondencia de apelación del plan, se puede solicitar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que el miembro solicita una apelación acelerada.

Revisión preliminar:

Si GHP determina que la solicitud de revisión externa acelerada cumple los requisitos de queja formal externa acelerada, se enviará una notificación al miembro en un día hábil después de completar la revisión preliminar.

Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, la notificación incluirá los motivos de su no elegibilidad y la información de contacto. Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud.

Procedimiento de revisión externa:

Si se justifica una revisión externa, BMC asignará una IRO según lo requieran y bajo todas las reglamentaciones estatales y federales aplicables. El plan dará todos los documentos e información necesarios considerados al hacer la determinación adversa final de beneficios a la IRO externa mediante cualquier método expedito disponible. La IRO, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y los considere apropiados, considerará la información o los documentos como se establece en la Sección 5.4.1.2. Para llegar a una decisión, la IRO revisará el reclamo de novo y no estará sujeta a ninguna decisión o conclusión alcanzada durante los procedimientos de apelación internos de GHP.

Aviso de la decisión final de revisión externa:

La IRO notificará la decisión final de la revisión externa tan rápidamente como lo requiera la condición del miembro, pero en ningún caso más tarde de 72 horas después de que la IRO reciba una solicitud de una revisión externa acelerada.

Aviso de la decisión final de revisión externa:

La IRO notificará la decisión final de la revisión externa tan rápidamente como lo requiera la condición del miembro, pero en ningún caso más tarde de 72 horas después de que la IRO reciba una solicitud de una revisión externa acelerada.

Si el aviso de la IRO al miembro no es por escrito, en un plazo de 48 horas después de la fecha de entrega del aviso, la IRO dará una confirmación por escrito de la decisión al miembro y a GHP.

La discriminación es ilegal

Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company (el "Plan médico") cumplen las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. El Plan médico no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El Plan médico:

- Presta servicios y ayudas gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse en forma eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idiomas gratis a personas que no hablan inglés como su primer idioma, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al Plan médico al 800-447-4000 o TTY: 711.

Si cree que el Plan médico no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a:

Civil Rights Grievance Coordinator
Geisinger Health Plan Appeals Department
100 North Academy Avenue, Danville, PA
17822-3220
Teléfono: 866-577-7733, TTY: 711
Fax: 570-271-7225
GHPCivilRights@thehealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Quejas Formales de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-447-4000 or TTY: 711.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-447-4000 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-447-4000 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-447-4000 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-447-4000 (телетайп: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-447-4000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-447-4000 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 800-447-4000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-447-4000 (ATS: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-447-4000 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-447-4000 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-447-4000 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-447-4000 (TTY: 711)។

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-447-4000 (TTY: 711).

Geisinger

100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-3220

HPM50 njp
GHP HMO PPO TYSK 2023
dev. 11-21

1293525 lew 11/23