

Geisinger Gold 2026 6-Tier Formulary

2026 Formulary
(List of Covered Drugs)

Geisinger
HEALTH PLAN

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Este formulario se actualizó en 09/11/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Geisinger Gold al **(800) 988-4861** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (los 7 días de la semana, de octubre a marzo) o de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de lunes a viernes, de abril a septiembre) o de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. (sábados, de abril a septiembre) o visite www.GeisingerGold.com.

Geisinger Gold Classic Advantage Rx (HMO)
Geisinger Gold Classic Complete Rx (HMO)
Geisinger Gold Classic Essential Rx (HMO)
Geisinger Gold Classic 360 Rx (HMO)
Geisinger Gold Value Rx (HMO)
Geisinger Gold Secure RX (HMO D-SNP)
Geisinger Gold Preferred Advantage Rx (PPO)
Geisinger Gold Preferred Complete Rx (PPO)
Geisinger Gold Classic Rx (grupo de empleadores) (HMO)
Geisinger Gold Preferred Rx (grupo de empleadores) (PPO)

Número de archivo y uso
26230 V.06
Y0032_25234_1_C

Nota para los miembros existentes: este formulario tuvo cambios con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Geisinger Health Plan. Cuando menciona el “plan” o “nuestro plan”, se refiere Geisinger Gold.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir del 11 de septiembre de 2025. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2026 y ocasionalmente durante el año.

Los planes Geisinger Gold Medicare Advantage HMO, PPO y HMO D-SNP son ofrecidos por Geisinger Health Plan/Geisinger Indemnity Insurance Company/Geisinger Quality Options, Inc., planes de salud con un contrato con Medicare. La continuidad de la inscripción en Geisinger Gold depende de la renovación del contrato. Geisinger Health Plan, Geisinger Indemnity Insurance Company y Geisinger Quality Options, Inc. forman parte de Geisinger, una organización integrada de prestación y cobertura de atención médica. Risant Health es la organización matriz de Geisinger.

¿Qué es el formulario de 6 niveles de Geisinger Gold 2026?

En este documento, usamos los términos lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red Geisinger Gold y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web:

<https://www.geisinger.org/health-plan/find/covered-drug-pharmacy/medicare-dsnp>.

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, durante el año se verá afectado por los cambios en la cobertura:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar un medicamento de nuestro formulario inmediatamente si lo reemplazamos por una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Geisinger Gold?”.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determinan que un medicamento se retira de la venta por motivos de seguridad o efectividad, es posible que retiremos el medicamento de nuestro formulario de inmediato y luego notifiquemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Como alternativa, cuando un miembro solicita un

resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Geisinger Gold?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían y es importante que consulte el formulario para el nuevo año de beneficios, a fin de detectar cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto tiene vigencia desde el 11 de septiembre de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios no relacionados con el mantenimiento en el formulario durante el año del plan, actualizaremos nuestro formulario y lo publicaremos en nuestro sitio web. También se le notificará por escrito sobre cualquier cambio que no sea de mantenimiento si se ve afectado por los cambios a través de hojas de erratas. También mantenemos y actualizamos nuestro formulario en línea mensualmente.

¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los fármacos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si tiene dudas sobre en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 150. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura.

Vaya a la página que aparece en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos tienen la misma eficacia y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a fármacos, podríamos hacer referencia a un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los fármacos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares tienen la misma eficacia que el producto biológico original y pueden costar menos.

Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** nuestro plan requiere que usted o la persona que emite la receta obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 16 comprimidos por receta para sumatriptán. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica,

es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales al consultar el formulario que comienza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos ingresando en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Geisinger Gold?” en la página 6 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Geisinger Gold?

Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de participación en los costos y usted no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel más bajo de participación en los costos.
- Puede solicitarnos que anulemos una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que lo eximamos y cubramos una cantidad mayor.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, se reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona que emite la receta deberá explicar los motivos médicos por los que usted necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros aceptamos, que su salud podría verse gravemente perjudicada al esperar hasta 72 horas para tomar una decisión. Si aceptamos, o si la persona que emite la receta solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona que emite la receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona que emite la receta sobre la solicitud de una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Si bien usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de medicamentos para un máximo de 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ha superado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

En el caso de los miembros que son admitidos o dados de alta de un centro de atención a largo plazo, las modificaciones de resurtido anticipado no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y dichos afiliados pueden acceder a un resurtido al momento del ingreso o del alta.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Geisinger Gold, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de 6 niveles de Geisinger Gold 2026

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 150.

La primera columna del gráfico menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., OZEMPIC) y los medicamentos genéricos están en cursiva minúscula (p. ej., *simvastatina*).

La información en la columna Requirements/Limit (Requisitos/Límites) le indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Las siguientes abreviaturas de gestión de uso se pueden encontrar en el cuerpo de este documento.

ABREVIATURAS DE NOTAS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA	Restricción de autorización previa	Nuestro plan requiere que usted (o la persona que emite la receta) obtenga autorización previa para determinados medicamentos. Eso significa que deberá obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA-BVD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D	Este medicamento puede ser elegible para el pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Es posible que se deba presentar información que describa el uso y el entorno de administración del medicamento para tomar la determinación. Sin aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
HRM	Restricción de autorización previa para medicamentos de alto riesgo	Los miembros de 65 años o más deben obtener autorización previa de nuestro plan antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
PA-NSO	Restricción de autorización previa solo para medicamentos que comienza a tomar	Si este medicamento es nuevo para usted, usted (o la persona que emite la receta) debe obtener autorización previa de nuestro plan antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Nuestro plan limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un plazo específico. Esto podría incluir una limitación por surtido, diaria, mensual o anual.
ST	Restricción de la terapia escalonada	en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.
ST-NSO	Terapia escalonada solo para medicamentos que comienza a tomar	Si este es un nuevo medicamento para usted, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.

Las siguientes abreviaturas de cobertura adicionales se pueden encontrar en el cuerpo de este documento.
OTROS REQUISITOS ESPECIALES PARA LA COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
NM	Medicamentos que no son pedidos por correo	Los medicamentos no disponibles a través de su beneficio de pedido por correo se indican con “NM” en la columna Requisitos/Límites de su formulario.
NDS	Suministro de días no extendido	Los medicamentos no disponibles para un suministro extendido de días (es decir, un suministro de más de un mes) se indican con “NDS” en la columna Requisitos/Límites de su formulario.
INS	Insulinas	Productos de insulina a un máximo de \$35 por mes.
VAC	Vacuna	Vacunas de la Parte D de Medicare cubiertas por \$0.

Cada medicamento del formulario de 6 niveles de Geisinger Gold 2026 se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento. Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta que el monto que paga por su medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento, dónde lo surta y si reúne los requisitos para recibir asistencia adicional para el pago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de 30 días de un medicamento recetado cubierto de la Parte D antes de ingresar en la cobertura catastrófica:

Nivel 1 (genérico preferido)	\$2 o menos según su plan
Nivel 2 (genérico)	\$20 o menos según su plan
Nivel 3 (marca preferida)	25 % de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	50 % de coseguro o menos según su plan
Nivel 5 (nivel de especialidad)	33 % de coseguro o menos según su plan
Nivel 6 (medicamentos de cuidado especial)	\$0

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de 84-100* días de un medicamento recetado cubierto de la Parte D antes de ingresar en la cobertura catastrófica:

Nivel	Cuando se obtiene en una farmacia minorista de la red contratada por Geisinger	Cuando se obtiene en una farmacia de pedidos por correo contratada por Geisinger
Nivel 1 (genérico preferido)	\$5 o menos según su plan	\$0
Nivel 2 (genérico)	\$50 o menos según su plan	\$0
Nivel 3 (marca preferida)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	50 % de coseguro o menos según su plan	50 % de coseguro o menos según su plan
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Suministro extendido no disponible	Suministro extendido no disponible
Nivel 6 (medicamentos de cuidado especial)	\$0	\$0

* El suministro puede estar restringido debido al empaque del producto o por las leyes estatales y federales.

Si usted es miembro de un grupo de empleadores, es posible que estos precios no se apliquen a usted. Consulte sus documentos de beneficios para conocer los montos de participación en los costos correspondientes.

Este formulario se actualizó el 09/11/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Geisinger Gold al (800) 988-4861 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (los 7 días de la semana, de octubre a marzo) o de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de lunes a viernes, de abril a septiembre) o de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. (los sábados, de abril a septiembre), o visite www.GeisingerGold.com.