

# 2023 ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

En el UAW Retiree Medical Benefits Trust (el “Fideicomiso”), sabemos que la atención médica integral, de calidad y asequible es importante para usted. Queremos que la cobertura de salud sea simple y clara para todos los miembros del Fideicomiso.

Nos esforzamos por comprender sus necesidades únicas de atención médica y saber qué es importante para usted y su familia. Es por eso que, para 2023, verá algunas mejoras en los beneficios que abordan las necesidades específicas de nuestra población de jubilados. También nos hemos asociado con nuevas compañías de seguros, las cuales ofrecen planes de salud que cumplen con los altos estándares de calidad y servicio al cliente que esperamos para nuestros miembros.

Si bien verá muchos cambios para 2023, estos nuevos planes y beneficios tienen como objetivo mejorar su experiencia de atención médica.

## Aspectos destacados para 2023

- **Contribuciones mensuales más bajas\*.**
- **Deducibles y montos máximos de desembolso más bajos\*.**
- **Copago más bajo para medicamentos recetados del nivel 2\*.**
- **Nueva compañía de seguros para el plan Medicare Advantage.**
- **Nueva compañía de seguros para medicamentos recetados.**

\* Para determinados planes.

Lea con detenimiento la información de las páginas siguientes para conocer los beneficios para 2023. Si quiere acceder a otros recursos, incluido un enlace a videos sobre estos cambios, visite [uawtrust.org/annualenrollment](https://uawtrust.org/annualenrollment).

Si tiene más preguntas o necesita hacer cambios en su cobertura, comuníquese con **Retiree Health Care Connect (RHCC) al 866-637-7555**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. Para que los cambios en los beneficios entren en vigor el 1.º de enero de 2023, asegúrese de comunicarse con RHCC entre el **6 de septiembre** y el **30 de noviembre de 2022**.

Le deseamos lo mejor en su jubilación y un año saludable por delante.

Atentamente,



Debbie Rittenour  
Directora ejecutiva, UAW Retiree Medical Benefits Trust

# Costo compartido de Medicare para todos los miembros generales<sup>1</sup>

# 2023

## PPO MA

Plan PPO  
Medicare Advantage

## TCN

Red de atención  
tradicional

## HMO

Organización para el  
mantenimiento de la salud

	PPO MA	TCN	HMO
<b>Contribución mensual</b>	\$0 (individual) \$0 (familiar)	<b>\$15</b> (individual) <b>\$30</b> (familiar)	\$0 (individual) \$0 (familiar)
<b>Deducible</b> (Monto que paga cada año antes de que el plan comience a hacerse cargo de una parte de los costos).	<b>\$150</b> por persona	<b>\$325</b> (individual) <b>\$600</b> (familiar)	\$400 (individual) \$675 (familiar)
<b>Coseguro</b> (Monto que paga después de alcanzar su deducible).	10 %	10 %	N/C
<b>Monto máx. de desembolso</b> (Monto total que paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos).	<b>\$500</b> por persona	<b>\$650</b> (individual) <b>\$1,325</b> (familiar)	N/C
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$10 por visita	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$25 por visita
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$20 por visita	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$35 por visita
<b>Atención de urgencia</b> (Incluye clínicas de tiendas minoristas).	Copago de \$25 por visita	Copago de \$50 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión).	Copago de \$50 por visita	Copago de \$125 por visita	Copago de \$50 por visita

<sup>1</sup> Refleja los costos dentro de la red.

**■** : Para 2023, el valor será más bajo.

# Costo compartido fuera de Medicare para todos los miembros generales<sup>1</sup>

# 2023

## ECP

Plan PPO de atención mejorada

## HMO

Organización para el mantenimiento de la salud

<b>Contribución mensual</b>	<b>\$15</b> (individual) <b>\$30</b> (familiar)	<b>\$15</b> (individual) <b>\$30</b> (familiar)
<b>Deducible</b> (Monto que paga cada año antes de que el plan comience a hacerse cargo de una parte de los costos).	<b>\$325</b> (individual) <b>\$600</b> (familiar)	\$400 (individual) \$675 (familiar)
<b>Coseguro</b> (Monto que paga después de alcanzar su deducible).	10 %	N/C
<b>Monto máx. de desembolso</b> (Monto total que paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos).	<b>\$650</b> (individual) <b>\$1,325</b> (familiar)	N/C
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$20 por visita	Copago de \$35 por visita
<b>Atención de urgencia</b> (Incluye clínicas de tiendas minoristas).	Copago de \$50 por visita	Copago de \$50 por visita
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión).	Copago de \$125 por visita	Copago de \$125 por visita

<sup>1</sup> Refleja los costos dentro de la red.  : Para 2023, el valor será más bajo.



# Costo compartido

para miembros resguardados de GM y Chrysler<sup>1</sup>

# 2023

El estado denominado "resguardado" se basa en los ingresos anuales por beneficios de pensión o la fecha de jubilación.

## Medicare

## Fuera de Medicare

### PPO MA

### TCN

### HMO

### ECP

### HMO

<b>Contribución mensual</b>	\$0 (individual) \$0 (familiar)	<b>\$10</b> (individual) <b>\$10</b> (familiar)	\$0 (individual) \$0 (familiar)	<b>\$10</b> (individual) <b>\$10</b> (familiar)	<b>\$10</b> (individual) <b>\$10</b> (familiar)
<b>Deducible</b> (Monto que paga cada año antes de que el plan comience a hacerse cargo de una parte de los costos).	\$0	<b>\$325</b> (individual) <b>\$600</b> (familiar)	\$0	<b>\$325</b> (individual) <b>\$600</b> (familiar)	\$0
<b>Coseguro</b> (Monto que paga después de alcanzar su deducible).	N/C	10 %	N/C	10 %	N/C
<b>Monto máx. de desembolso</b> (Monto total que paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos).	\$0	<b>\$650</b> (individual) <b>\$1,325</b> (familiar)	N/C	<b>\$650</b> (individual) <b>\$1,325</b> (familiar)	N/C
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	\$0	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$25 por visita	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	\$0	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$25 por visita	Copago de \$20 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Atención de urgencia</b> (Incluye clínicas de tiendas minoristas).	Copago de \$25 por visita	Copago de \$50 por visita	Copago de \$25 por visita	Copago de \$50 por visita	Copago de \$50 por visita
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión).	Copago de \$50 por visita	Copago de \$125 por visita	Copago de \$50 por visita	Copago de \$125 por visita	Copago de \$100 por visita

<sup>1</sup> Refleja los costos dentro de la red.

**: Para 2023, el valor será más bajo.**



# Costo compartido

para miembros resguardados de Ford<sup>1</sup>

# 2023

El estado denominado "resguardado" se basa en los ingresos anuales por beneficios de pensión o la fecha de jubilación.

## Medicare

## Fuera de Medicare

PPO MA

TCN

HMO

ECP

HMO

<b>Contribución mensual</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Deducible</b> (Monto que paga cada año antes de que el plan comience a hacerse cargo de una parte de los costos).	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Coseguro</b> (Monto que paga después de alcanzar su deducible).	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
<b>Monto máx. de desembolso</b> (Monto total que paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos).	\$0	\$0	N/C	\$0	N/C
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	\$0	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$25 por visita	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	\$0	Cubierto por Medicare al 80 %; después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20 % restante.	Copago de \$25 por visita	Copago de \$20 por visita	Copago de \$25 por visita
<b>Atención de urgencia</b> (Incluye clínicas de tiendas minoristas).	Copago de \$25 por visita	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión).	Copago de \$50 por visita	\$0	\$0	\$0	\$0

<sup>1</sup> Refleja los costos dentro de la red.

**: Para 2023, el valor será más bajo.**

## Venta minorista Pedido por correo

(Un mes) (90 días)

<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos y determinadas vacunas	\$5	\$5
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos de marca preferidos	<b>\$40</b>	<b>\$40</b>
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca no preferidos	\$115	\$115

Medicamentos de especialidad que se dispensan en incrementos mensuales.

\* Los miembros de los planes de Kaiser tienen diferentes copagos.

**■** : Para 2023, el valor será más bajo.

## Nueva compañía de seguros para el plan Medicare Advantage: UnitedHealthcare

El plan PPO Medicare Advantage (MA) de Aetna **no estará disponible para 2023**. El 1.º de enero de 2023, los miembros de Medicare de Aetna quedarán inscritos automáticamente en un nuevo plan MA que se ofrece a través de UnitedHealthcare.

### Estructura del plan

El plan PPO MA de UnitedHealthcare® será el **plan principal** para los miembros de Medicare en todos los estados de EE. UU., excepto Michigan. El plan ofrece varios beneficios:

- **Área de servicios ampliados (ESA):** Los miembros pueden acudir a cualquier proveedor siempre que este acepte Medicare y esté dispuesto a facturar a UnitedHealthcare. En un plan con ESA, el miembro paga el mismo costo compartido, independientemente de si el proveedor participa en la red de la compañía de seguros.
- **Estructura similar al plan actual de Aetna:** Los miembros del plan de UnitedHealthcare no necesitan llevar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. **Además, para 2023**, la tarjeta médica también tendrá información sobre la cobertura de medicamentos recetados, por lo que no tendrán que usar una tarjeta diferente en la farmacia minorista.

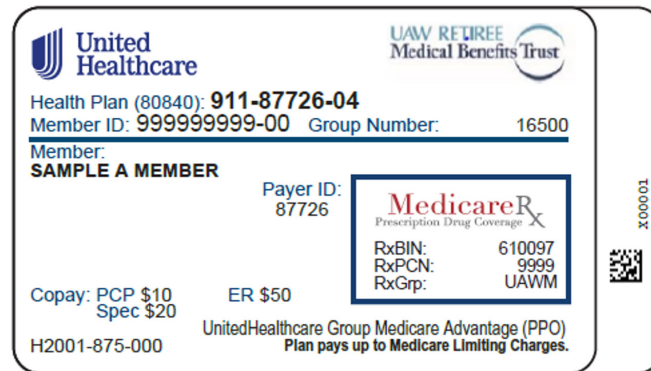
### Nueva compañía de seguros para medicamentos recetados: Optum Rx®

Este es un plan MA-PD, o sea, es un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. La nueva compañía de seguros para los medicamentos recetados cubiertos por este plan es Optum Rx. Esto significa que los miembros solo tendrán una tarjeta de identificación para servicios médicos y de farmacia.

A partir del 1.º de enero de 2023, la cobertura de medicamentos recetados ya no estará a cargo de Express Scripts. Seguirá teniendo una estructura de copago con tres niveles, acceso a pedidos por correo de 90 días, junto con una red nacional de farmacias minoristas. El Formulario de Optum Rx será similar al Formulario actual de Express Scripts.

Se enviará a los miembros una lista de medicamentos (que no incluirá el Formulario completo, pero mostrará los medicamentos que se recetan con más frecuencia y los niveles respectivos) en la guía del plan, y esta información estará disponible en el sitio web del plan.

## Tarjeta de identificación de UnitedHealthcare



### Programas y beneficios adicionales

El plan de UnitedHealthcare tiene muchos programas que pueden mejorar la salud y el bienestar de los miembros. Entre los programas se encuentran:

- **Visitas virtuales cubiertas sin copago:** para acceder a una cobertura total, el médico debe usar los programas AmWell®, Doctors on Demand o Teledoc®. En el caso de visitas por problemas de salud conductual, el médico puede usar AmWell, Doctors on Demand o debe ser un proveedor local.
- **Programa de bienestar físico Renew Active®:** es similar al programa SilverSneakers.
- **Programa Healthy at Home (posterior al alta):** entrega de comidas, servicio de transporte y cuidado personal después de una internación, cirugía, etc.
- **Rally Coach™:** programas para control de peso, para dejar de fumar y de asesoramiento para el bienestar.

### Recursos y otras opciones de atención médica

Los miembros que cumplen con los requisitos para el plan de UnitedHealthcare deberían recibir a finales de este otoño una guía del plan con detalles adicionales sobre el plan, los beneficios y los programas. También puede llamar a UnitedHealthcare al **844-320-5021 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes, o visitar el sitio web [retiree.uhc.com/UAWTrust](http://retiree.uhc.com/UAWTrust) para obtener más información.

UnitedHealthcare está organizando reuniones informativas en todo el país durante este otoño. Los miembros de Medicare en todos los estados, excepto Michigan, deberían haber recibido invitación a una reunión. Lo instamos a que asista a esas reuniones para obtener más información sobre el plan y su red.

El plan de la red de atención tradicional (TCN) de Blue Cross Blue Shield sigue siendo una opción para todos los miembros. Además, el plan Medicare Advantage de Blue Cross es una opción para los residentes de Alabama, Indiana, Florida, Michigan, Missouri y Tennessee. Si vive en uno de estos estados, también puede inscribirse en el plan MA de Blue Cross.

Los miembros que no quieran inscribirse en el plan PPO MA de UnitedHealthcare deben llamar a RHCC entre el 6 de septiembre y el 30 de noviembre para elegir otra opción disponible.

# Cambios en el plan Medicare Advantage de Blue Cross al plan MA-PD

El plan PPO Medicare Advantage (MA) de Blue Cross Blue Shield **cambiará a un plan MA-PD para 2023**. A partir del 1.º de enero de 2023, los miembros inscritos en el plan PPO MA de Blue Cross ya no tendrán cobertura de medicamentos recetados a través de Express Scripts.

## Nueva compañía de seguros para medicamentos recetados: Optum Rx

Este es un plan MA-PD, es decir, es un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. La nueva compañía de seguros para los medicamentos recetados cubiertos por este plan es Optum Rx. Esto significa que los miembros solo tendrán una tarjeta de identificación para servicios médicos y de farmacia.

A partir del 1.º de enero de 2023, la cobertura de medicamentos recetados ya no estará a cargo de Express Scripts. Seguirá teniendo una estructura de copago con tres niveles, acceso a pedidos por correo de 90 días, junto con una red nacional de farmacias minoristas. El Formulario de Optum Rx será similar al Formulario actual de Express Scripts.

## Próximos pasos

**No se requiere ninguna acción por parte de los miembros actuales del plan PPO MA de Blue Cross.**

En diciembre, los miembros recibirán nuevas tarjetas de identificación que deberán usar a partir del 1.º de enero para servicios médicos y de farmacia.

Los miembros del plan PPO MA de Blue Cross recibirán en diciembre un Kit de bienvenida con detalles adicionales sobre el plan, los beneficios y los programas. También puede llamar a Blue Cross al **888-322-5616 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes o visitar el sitio web **bcbsm.com/UAWTrust** para obtener más información.

Blue Cross está organizando reuniones informativas en los estados donde los miembros cumplen con los requisitos para este plan. Los miembros de Medicare en Michigan, Alabama, Florida, Indiana, Missouri y Tennessee deberían haber recibido una invitación a la reunión. Lo instamos a que asista a esas reuniones para obtener más información sobre este plan, su red y la cobertura adicional de medicamentos recetados.

# Nueva compañía de seguros para medicamentos recetados: Optum Rx

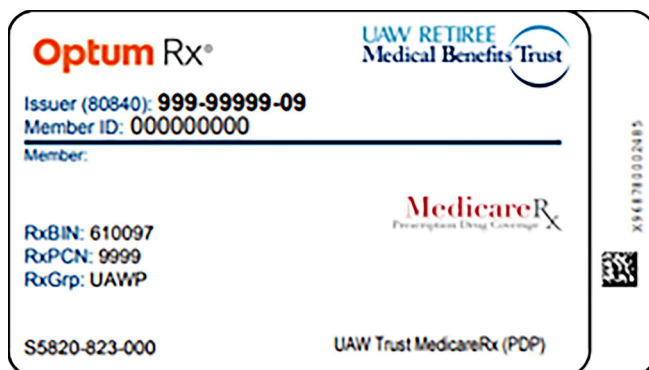
## Miembros de Medicare: TCN, BCNA, HAP y Humana

A partir del 1.º de enero de 2023, Optum Rx le ofrecerá el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare patrocinado por un grupo para los miembros de los planes de la red de atención tradicional (TCN) y HMO (excepto Kaiser) de Blue Cross. Los miembros de estos planes recibirán una nueva tarjeta de identificación para medicamentos recetados en diciembre. **No se requiere ninguna acción.**

Este plan de medicamentos recetados de Optum Rx tiene una estructura similar de copago con tres niveles, acceso a un programa de pedido por correo de 90 días, junto con una red nacional de farmacias minoristas. El Formulario de Optum Rx será similar al Formulario actual de Express Scripts. Los miembros de estos planes serán dados de baja automáticamente del plan de Express Scripts a partir del 31 de diciembre de 2022 y se los inscribirá en el plan de Optum Rx a partir del 1.º de enero de 2023. Recibirá una carta de Express Scripts que confirma la baja de su plan y también recibirá una carta de inscripción de Optum Rx.



## Tarjeta de identificación de Medicare de Optum Rx



**Los miembros tienen la oportunidad de “cancelar la inscripción” al plan de Optum Rx.** Para hacerlo, deben comunicarse con RHCC al 866-637-7555, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. Si opta por cancelar la inscripción, o más tarde decide darse de baja del plan de Optum Rx, **el Fideicomiso no le ofrecerá cobertura de medicamentos recetados** y usted será responsable de pagar todos los costos de medicamentos recetados en los que incurra.

Para obtener más información sobre otras opciones de planes de medicamentos recetados que no ofrece el Fideicomiso, comuníquese con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener ayuda. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

### Próximas comunicaciones:

<b>Noviembre/diciembre</b>	Optum Rx le enviará una carta después de su inscripción y un paquete de bienvenida que incluirá su nueva tarjeta de identificación.
<b>Diciembre</b>	Express Scripts le enviará una carta de baja que indica que su cobertura finalizará a partir del 31 de diciembre de 2022. <b>No se requiere ninguna acción de su parte.</b>

**Recuerde que a partir del 1.º de enero de 2023 debe asegurarse de presentar su nueva tarjeta de medicamentos recetados de Optum Rx en su farmacia al obtener sus medicamentos recetados.**

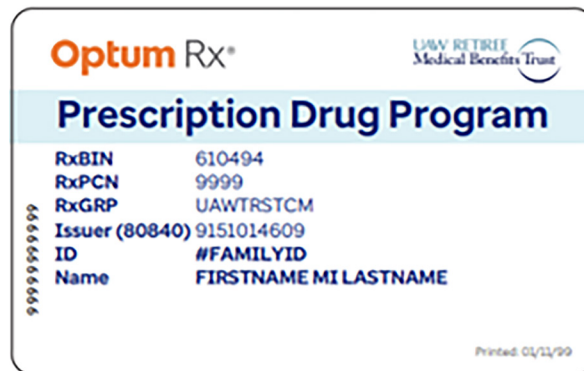
### Miembros fuera de Medicare: ECP, BCN, HAP y Humana

A partir del 1.º de enero de 2023, Optum Rx será la compañía de seguros del nuevo plan de medicamentos con receta para los miembros de los planes PPO de atención mejorada (ECP) y HMO (excepto Kaiser) de Blue Cross. Los miembros de estos planes recibirán una nueva tarjeta de identificación para medicamentos recetados en diciembre. **No se requiere ninguna acción.**

El plan de medicamentos recetados de Optum Rx tiene una estructura de copago con tres niveles, acceso a pedidos por correo de 90 días, junto con una red nacional de farmacias minoristas. El Formulario que se ofrece a través de Optum Rx es similar al Formulario actual de Express Scripts. Los miembros de estos planes serán dados de baja automáticamente del plan de Express Scripts a partir del 31 de diciembre de 2022 y se los inscribirá en el plan de Optum Rx a partir del 1.º de enero de 2023.

Los miembros fuera de Medicare que están inscritos en el plan de Optum Rx deberán utilizar el programa de pedido por correo para obtener los medicamentos de mantenimiento. El plan cubrirá un suministro de hasta 30 días a través de la farmacia minorista. A partir de la cuarta vez que se obtenga el medicamento, el miembro deberá recurrir al programa de pedidos por correo o pagar el costo total del medicamento de mantenimiento en la farmacia minorista.

## La tarjeta de identificación de Optum Rx para miembros fuera de Medicare



## Atención ampliada en centros de enfermería especializada para todos los planes médicos

A partir del 1.º de enero de 2023, el beneficio de centro de enfermería especializada (SNF) se ampliará para la atención dentro de la red en todos los planes médicos que ofrece el Fideicomiso. Un SNF es un centro fuera del hospital que brinda atención de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de un médico o un enfermero registrado.

**Ya no habrá una limitación en la cantidad permitida** de días de atención incluidos por período de beneficios. Además, ya no será necesario un período sin internación para que se renueve el beneficio\*.

## Beneficios adicionales que se agregaron a los planes ECP y TCN de Blue Cross

A partir del 1.º de enero de 2023, se agregarán los siguientes beneficios a los planes ECP y TCN de Blue Cross:



Servicios de rehabilitación cardíaca, respiratoria y pulmonar dentro de la red, **cubiertos al 100 %**



Visitas ambulatorias por problemas de salud conductual **cubiertas al 100 %**



Internaciones en hospitales **ampliadas, sin límites de días\***

\* Con cobertura solo cuando se determina que es médicamente necesario porque se cumplen los criterios y las pautas médicas.

# ¡IMPORTANTE! Qué debe esperar para este año

Hay muchos cambios que afectarán a los miembros a partir del 1.º de enero de 2023. Debido a esto, durante este otoño, los miembros recibirán numerosas comunicaciones del Fideicomiso, así como de las compañías de seguros actuales y futuras. Algunas de estas comunicaciones se **exigen por ley**, mientras que otras buscan aconsejar a los miembros sobre su salud y beneficios, así como asesorarlos para que tengan una transición sin problemas.

Tenga en cuenta que los miembros recibirán avisos de finalización, así como confirmación de las coberturas. Los planes de salud y las compañías de seguros actuales tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre de 2022 y la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2023. **No habrá diferencia en la cobertura para los miembros**, a menos que se comuniquen con RHCC para cancelar la inscripción o cambiar la cobertura del Fideicomiso.

## Recordatorio



**Comuníquese con Retiree Health Care Connect (RHCC)  
al 866-637-7555.**

**De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.**



Actualice la información de contacto, incluida la dirección de correo electrónico.



Haga preguntas y compare planes.



Haga cambios en su plan de atención médica. Para que los cambios en los planes entren en vigor el 1.º de enero, llame entre el **6 de septiembre** y el **30 de noviembre**.

### **Anexo de los Aspectos destacados de los beneficios, el Programa de beneficios y la Descripción resumida del plan previamente publicados**

En caso de discrepancias entre este documento y los documentos publicados anteriormente, prevalecerá el documento del plan. El Comité se reserva el derecho de interpretar, modificar o finalizar el plan de beneficios de atención médica en cualquier momento.

