

# 2025 ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

En el UAW Retiree Medical Benefits Trust (el “Trust”), sabemos que el acceso a la atención médica y la calidad son prioritarios para las personas a lo largo de sus vidas. Pero a medida que maduramos, nuestras necesidades de salud cambian y se vuelven más complejas. El riesgo de padecer enfermedades crónicas aumenta y, con frecuencia, estas situaciones requieren de atención especial.

Por eso, el Trust trabaja para brindar acceso a programas valiosos que satisfagan sus necesidades. Hoy en día, usted espera un valor sólido y los beneficios más rentables posibles para jubilados. Cuando revise los cambios en este folleto, verá que para 2025 redujimos los costos y agregamos beneficios importantes para usted. El Trust tiene una misión: ofrecer a todos los miembros del Trust acceso a beneficios de salud de calidad y asequibles en la actualidad y en el futuro.

## Aspectos destacados para 2025

- Sin cambios en los costos compartidos de los planes MA-PD de Blue Cross o UnitedHealthcare.
- Deducible familiar reducido dentro de la red\*.
- Aumento del beneficio de artículos de venta libre a \$350 por persona.
- Sin aumento en los copagos de los medicamentos con receta.
- Desembolso máximo más bajo para los medicamentos con receta del nivel 2\*\*.
- Beneficio de \$0 para enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias con todos los planes.
- Nuevo beneficio de reembolso para viajes y alojamiento del programa de trasplantes de órganos‡.

\* Para planes con deducible familiar: planes HMO (comerciales y MA), ECP y TCN de BCBS.

\*\* No se aplica al plan de Kaiser.

‡ Para planes ECP y TCN de BCBS.

Lea con detenimiento la información de las páginas siguientes para conocer los beneficios para 2025. Si quiere acceder a otros recursos, incluido un enlace a videos sobre estos cambios, visite [uawtrust.org/annualenrollment](http://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 sus beneficios entren en vigor el 1.º de enero de 2025, asegúrese de comunicarse con RHCC entre el martes, 3 de septiembre, y el miércoles, 27 de noviembre de 2024.**

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

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

# 2025

## MA PPO

Plan PPO  
Medicare Advantage

## TCN

Plan Traditional Care  
Network

## HMO

Plan de organización  
para el mantenimiento  
de la salud

	MA PPO	TCN	HMO
<b>Contribución mensual</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Deducible</b> (Monto que usted paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos)	\$0 por persona	Individual: \$175 <b>Familiar: \$350</b>	Individual: \$250 <b>Familiar: \$500</b>
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$10 por visita  \$0 para MH/SUD <sup>Δ</sup>	Copago de \$10 o un 20 % (lo que sea menor)  \$0 para MH/SUD <sup>Δ</sup>	Copago de \$25 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Atención de urgencia</b> (incluidas las clínicas médicas en establecimientos minoristas)	Copago de \$15 por visita	Copago de \$40 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup>
<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

**Las casillas sombreadas indican que ese es un costo más bajo para 2025.**

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

<sup>±</sup> Los miembros de los planes de Kaiser podrían tener copagos diferentes.

<sup>Δ</sup> MH/SUD corresponde a visitas como paciente ambulatorio por enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias.

(Consulte la página 6 para obtener información sobre el beneficio mejorado).

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

# 2025

## ECP

Plan Enhanced Care  
PPO

## HMO

Plan de organización  
para el mantenimiento  
de la salud

<b>Contribución mensual</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Deducible</b> (Monto que usted paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos)	Individual: \$175 <b>Familiar: \$350</b>	Individual: \$250 <b>Familiar: \$500</b>
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$10 por visita \$0 para MH/SUD <sup>Δ</sup>	Copago de \$25 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Atención de urgencia</b> (incluidas las clínicas médicas en establecimientos minoristas)	Copago de \$40 por visita	Copago de \$40 por visita <sup>±</sup>
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión)	Copago de \$125 por visita	Copago de \$125 por visita

**Las casillas sombreadas indican que ese es un costo más bajo para 2025.**

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

<sup>±</sup> Los miembros de los planes de Kaiser podrían tener copagos diferentes.

<sup>Δ</sup> MH/SUD corresponde a visitas como paciente ambulatorio por enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias.

(Consulte la página 6 para obtener información sobre el beneficio mejorado).



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

# 2025

La condición de "protegido" se basa en los ingresos anuales en beneficios de pensión o en la fecha de jubilación.

## MA PPO

## TCN

## HMO

	MA PPO	TCN	HMO
<b>Contribución mensual</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Deducible</b> (Monto que usted paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos)	\$0 por persona	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$10 o un 20 % (lo que sea menor) <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Atención de urgencia</b> (incluidas las clínicas médicas en establecimientos minoristas)	Copago de \$15 por visita	Copago de \$0 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>*±</sup>
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión)	Copago de \$50 por visita	Copago de \$0 por visita	Copago de \$50 por visita <sup>*</sup>

Las casillas sombreadas indican que ese es un costo más bajo para 2025.

\* No aplica a los miembros protegidos de la compañía Ford. Los miembros protegidos de Ford tienen un copago de \$0 por visita.

± Los miembros de los planes de Kaiser podrían tener copagos diferentes.

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

<sup>Δ</sup> MH/SUD corresponde a visitas como paciente ambulatorio por enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias.

4 (Consulte la página 6 para obtener información sobre el beneficio mejorado).



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

# 2025

La condición de "protegido" se basa en los ingresos anuales en beneficios de pensión o en la fecha de jubilación.

## ECP

## HMO

	ECP	HMO
<b>Contribución mensual</b>	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Deducible</b> (Monto que usted paga cada año antes de que el plan cubra el 100 % de los costos cubiertos)	Individual: \$0 Familiar: \$0	Individual: \$0 Familiar: \$0
<b>Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Visita al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$10 por visita <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>	Copago de \$15 por visita <sup>±</sup> <b>\$0 para MH/SUD<sup>Δ</sup></b>
<b>Atención de urgencia</b> (incluidas las clínicas médicas en establecimientos minoristas)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$40 por visita <sup>*±</sup>
<b>Sala de emergencias</b> (Sin copago si hay admisión)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$100 por visita <sup>*</sup>

Las casillas sombreadas indican que ese es un costo más bajo para 2025.

\* No aplica a los miembros protegidos de la compañía Ford. Los miembros protegidos de Ford tienen un copago de \$0 por visita.

± Los miembros de los planes de Kaiser podrían tener copagos diferentes.

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

<sup>Δ</sup> MH/SUD corresponde a visitas como paciente ambulatorio por enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias.  
(Consulte la página 6 para obtener información sobre el beneficio mejorado).

**SIN CAMBIOS**

**Farmacia minorista**  
(suministro para un mes)

**Pedido por correo**  
(suministro para 90 días)

	Farmacia minorista (suministro para un mes)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
<b>Nivel 1</b>	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b>	\$33	\$33
<b>Nivel 3</b>	\$115	\$115

Los medicamentos de especialidad se dispensan en suministros para un mes.

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

## Desembolso máximo más bajo para los medicamentos con receta del nivel 2

En 2025, el desembolso máximo anual (el monto en dólares que podría tener que pagar durante un año calendario específico) será de \$1,000 para medicamentos con receta del nivel 2. El desembolso máximo actual es de \$1,500. El desembolso máximo para los medicamentos con receta **no se aplica a los medicamentos del nivel 3**. Esto significa que, una vez que haya pagado los copagos de nivel 2 que suman un total de \$1,000, ya no tendrá un copago de nivel 2 por el resto del año. Los medicamentos del nivel 3 no se acumulan como parte del desembolso máximo.

Este cambio en los beneficios no se aplica a los miembros del plan Kaiser. Kaiser tiene copagos y niveles de medicamentos diferentes. Consulte los materiales de Kaiser para obtener información sobre la cobertura de medicamentos con receta.

## Beneficio de \$0 para enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias

Usted cuenta con cobertura de servicios de salud mental y por uso de sustancias a través de todos los planes médicos. Para 2025, los beneficios de salud mental y por uso de sustancias estarán cubiertos sin costo dentro y fuera de la red para servicios ambulatorios. Esto incluye las visitas de telesalud y en persona con un médico de atención primaria o un especialista. **Los planes HMO no ofrecen cobertura fuera de la red.**

## Mejoras al beneficio de artículos de venta libre

A partir del 1.º de enero de 2025, la asignación anual del beneficio de artículos de venta libre **augmenta a \$350 por miembro**. No hay cambios adicionales en el programa. Seguirá teniendo la opción de realizar pedidos por teléfono o en línea a través de CVS. También puede comprar en las tiendas participantes de la red del beneficio de artículos de venta libre ubicadas en establecimientos minoristas.

Las nuevas tarjetas “Flex” y los catálogos **no** se enviarán por correo. Su tarjeta actual se recargará con fondos el 1.º de enero. Use su tarjeta Flex y catálogo actuales para sus compras en 2025. La manera más fácil de consultar una lista actualizada de los artículos admisibles es ingresar en el sitio web o visitar una tienda. Para pedir sus productos, ingrese en el portal en línea, [uawtrust.org/otcbenefit](http://uawtrust.org/otcbenefit), o llame al 844-487-2770. También puede comprar artículos en más de 68,000 tiendas minoristas con el logo de la red del beneficio de artículos de venta libre. Para compras en la tienda, no tiene que acudir a las tiendas de CVS únicamente.

**Recuerde:** El dinero que no haya utilizado hasta el 31 de diciembre de 2024 no se transferirá a 2025. **Asegúrese de usar el total de su asignación anual antes del final del año.**

## Para miembros de planes ECP y TCN de BCBS: Beneficio de reembolso para viajes y alojamiento del programa de trasplantes de órganos

Para los planes ECP y TCN de Blue Cross, se agregará un beneficio de reembolso para viajes y alojamiento del programa de trasplantes de órganos. Con este beneficio, si el proveedor del trasplante se encuentra fuera de la comunidad donde el miembro reside, Blue Cross reembolsará los costos de alojamiento y transporte que correspondan para el miembro y un (1) acompañante o cuidador. La cobertura se limita a \$150 por día hasta \$10,000 durante todo el tratamiento para un trasplante de órgano y hasta \$5,000 para trasplantes de médula ósea. Fuera del área de servicio se refiere a 100 millas o más, de ida al centro, desde la dirección del domicilio del miembro.

## Para miembros del plan Blue Care Network Advantage: Los servicios de refracción no están cubiertos.

Se incluyó un error en la *Evidencia de cobertura* de Blue Care Network Advantage (BCNA) de 2024. Los servicios de refracción **no están cubiertos** a través de Medicare. La *Evidencia de cobertura* de 2025 ha sido corregida para indicar que los servicios de refracción no estarán cubiertos, incluso si se facturan como parte de un examen ocular médico. Por lo tanto, la segunda viñeta de la página 70 de la *Evidencia de cobertura* se reemplazó por completo por lo siguiente:

“Conforme al plan BCNA, los servicios médicos ambulatorios están cubiertos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.

**Utilice los beneficios de Davis Vision para los exámenes de rutina y los servicios de refracción.**

## Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

A partir de 2025, la ley sobre los medicamentos recetados, conocida como Ley de Reducción de la Inflación (IRA) exige a todos los planes de medicamentos de Medicare que ofrezcan a las personas inscritas la opción de pagar el costo de desembolso de los medicamentos recetados en forma de pagos mensuales máximos, en lugar de pagar la totalidad en la farmacia o cuando los reciben a través de entrega a domicilio. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, también conocido como “M3P”, es una opción de pago voluntario que trabaja con su cobertura de medicamentos recetados actual para distribuir los costos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago no implica un ahorro de dinero ni una disminución en el costo total de los medicamentos recetados.**

Si decide participar en el programa, ya no pagará el copago en la farmacia minorista o en la pantalla de compra cuando hace su pedido a través de entrega a domicilio. En su lugar, el plan pagará y le enviará una factura mensual prorrateada en función de la cantidad de meses restantes del año calendario. Su factura reflejará lo que usted debe por los medicamentos recetados dividido por el número de meses que quedan en el año.

No pagará ningún interés ni gastos por el monto que adeuda.



**Es importante tener en cuenta que los pagos futuros aumentan a medida que usted obtiene los medicamentos recetados durante lo que resta del año. Si obtiene los medicamentos en intervalos diferentes durante el año, los pagos mayores vencerán el último trimestre del año.**



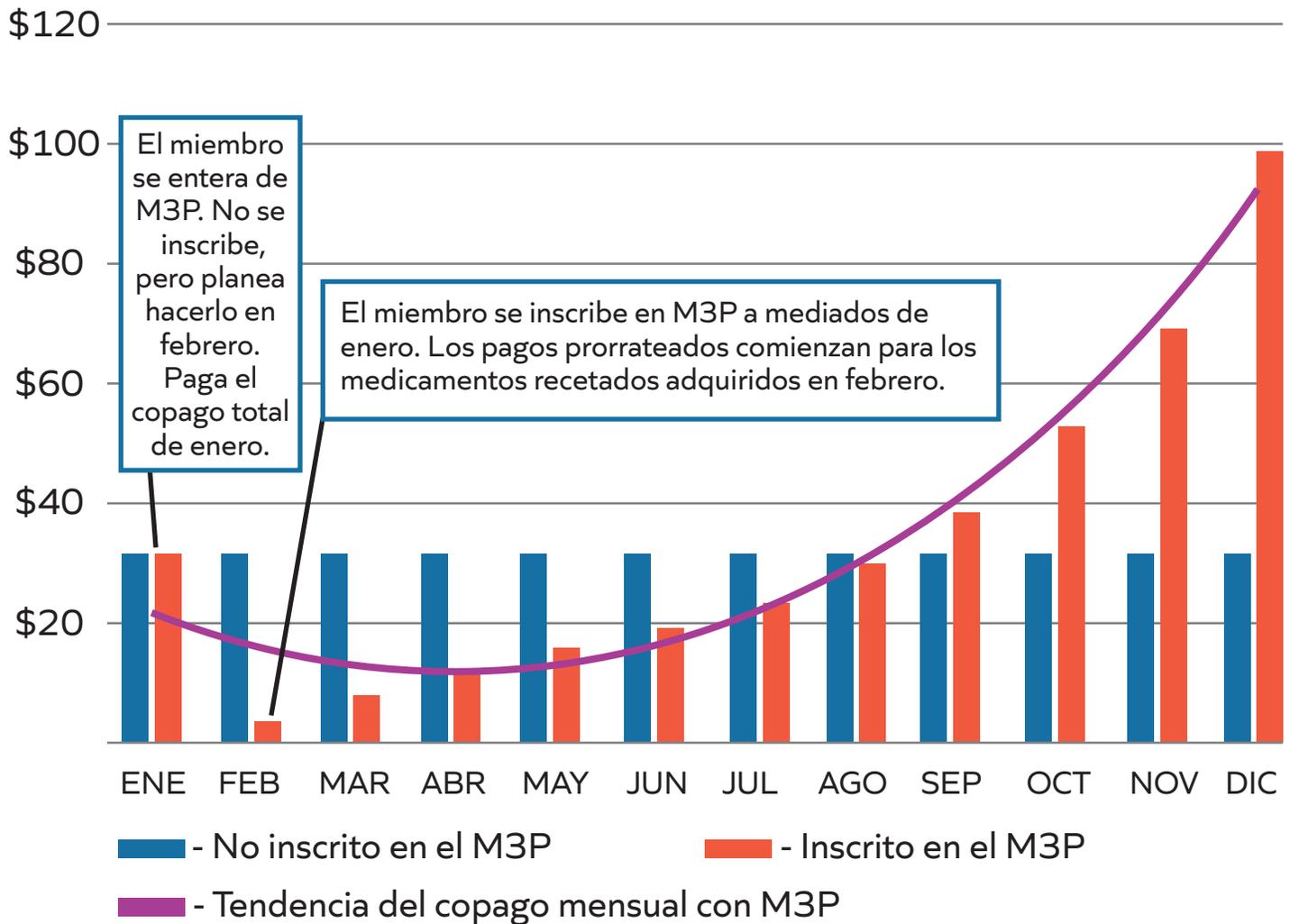
**Recuerde que M3P puede ayudarle a manejar sus costos, pero no implicará un ahorro de dinero ni disminuirá los costos de sus medicamentos.**

**No quedará inscrito de forma automática en el programa.** Debe tomar medidas y llamar para aceptar la opción de inscribirse en el programa. Si se inscribe y luego decide que quiere cancelar su inscripción, puede llamar para hacerlo en cualquier momento del año. Usted será responsable de pagar el saldo pendiente en el momento de la cancelación.

**NO es probable que este programa beneficie a la mayoría de los miembros del Trust.**

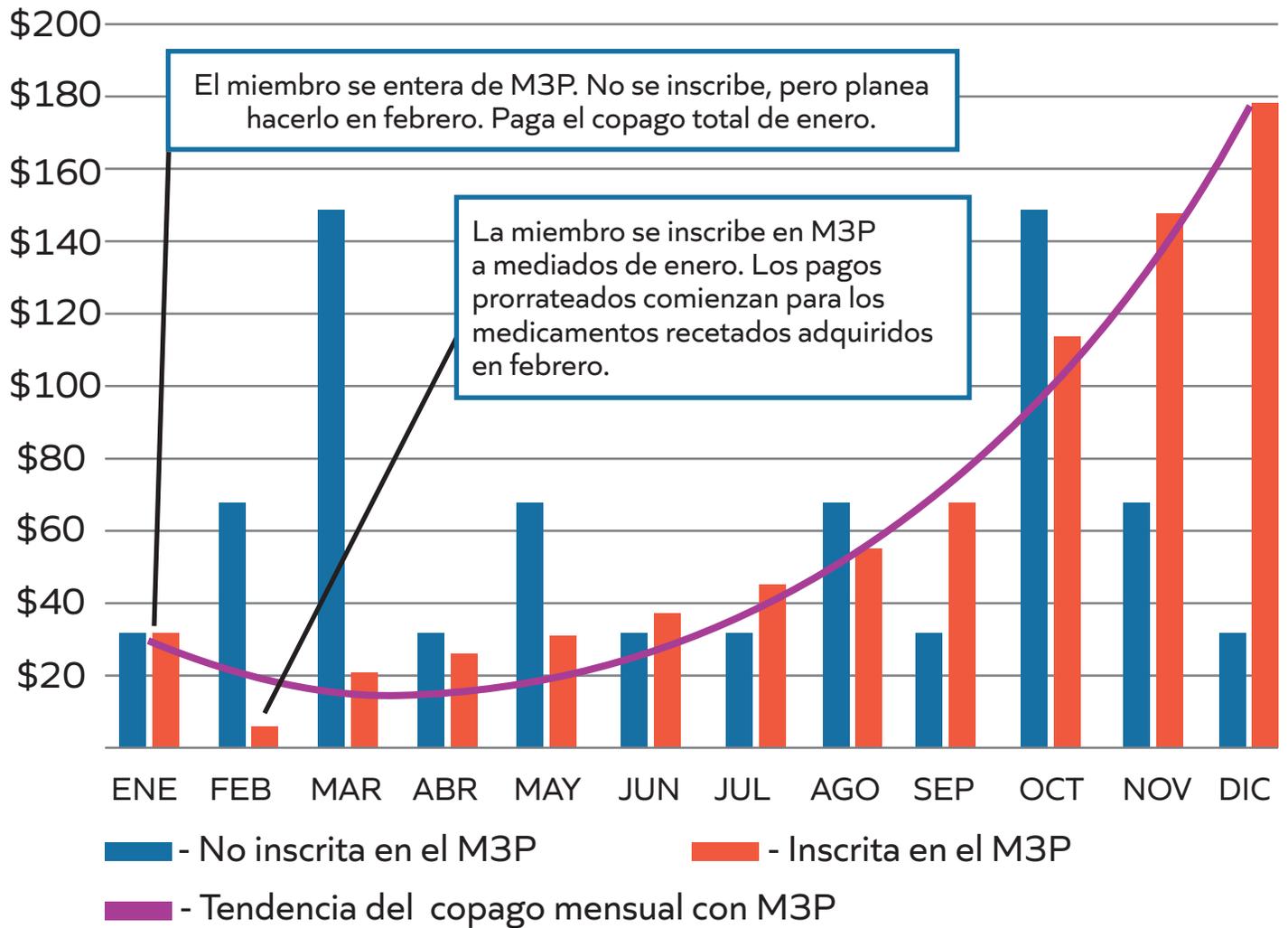
Los copagos de los medicamentos con el plan del Trust son relativamente bajos y los costos se mantienen, en su mayoría, estables de un mes al otro. Además, la mayoría de los miembros del Trust no alcanza el desembolso máximo anual para medicamentos recetados. La disparidad en los pagos mensuales es difícil para las personas que tienen ingresos fijos. Es recomendable que sepa qué esperar antes de inscribirse en el plan.

Estos ejemplos muestran cómo funcionaría el programa. Tenga en cuenta que estos ejemplos solo tienen fines ilustrativos.



En este ejemplo, conozca a Tom. Tom toma un (1) medicamento recetado del nivel 2 que ha obtenido en suministros de un mes todos los meses en una farmacia minorista. Tom es responsable de un copago de \$33 por su medicamento recetado cada mes, lo que equivale a \$396 en el año.

En enero, Tom va a la farmacia minorista y obtiene su medicamento recetado. El farmacéutico le despacha el medicamento y le cobra el copago total de \$33. Mientras está en la farmacia, Tom se entera del programa M3P y decide llamar para inscribirse. En febrero, va a la farmacia, obtiene su medicamento recetado, pero no debe pagarlo. En lugar de ello, más tarde ese mes, recibe una factura del plan por un monto de \$3 de copago prorrateado. En marzo, nuevamente, obtiene su medicamento recetado y no debe pagarlo. Su siguiente factura mensual es de \$6.30, debido al nuevo medicamento que obtuvo y a los costos previos. Cada mes que obtiene medicamentos recetados, su cargo mensual aumenta. Para septiembre, el pago mensual a través del programa es más que el copago fijo de \$33 (para el nivel 2). De hecho, el pago final del año en diciembre es de casi \$100, lo que representa un cuarto de sus costos anuales por medicamentos recetados.



En este ejemplo, conozca a Angela. Angela toma cuatro (4) medicamentos recetados del nivel 2 que obtiene a través de entrega a domicilio en un suministro de 90 días. Los medicamentos no fueron recetados en el mismo momento, por lo que los obtiene en intervalos diferentes durante el año. También toma un (1) medicamento recetado del nivel 3 que debe obtener dos veces por año. Los montos de copago general de Angela varían cada mes, pero el costo general de los medicamentos recetados es de \$758 en el año.

En enero, Angela no se ha inscrito en el programa. Obtiene un suministro de 90 días de uno de sus medicamentos recetados del nivel 2 a través de entrega a domicilio. Le cobran un copago de \$33. Angela se entera del programa M3P y decide llamar para inscribirse. En febrero, obtiene dos (2) de sus medicamentos recetados del nivel 2 a través de entrega a domicilio. Dado que está inscrita en el M3P, no tiene que pagar cuando finaliza la compra. En lugar de ello, más tarde ese mes, recibe una factura por un monto de \$6 de copago prorrateado. En marzo, obtiene otro medicamento recetado del nivel 2 y el del nivel 3. No debe pagar al finalizar la compra. Su siguiente factura mensual es de \$20.80, debido a los nuevos medicamentos que obtuvo y a los costos previos. Cada mes que obtiene medicamentos recetados, su cargo mensual aumenta. Para el mes de octubre, sus costos superan los \$100 por mes. En virtud de este programa, es responsable de casi el 60 % de sus costos anuales en el último trimestre del año.

## Aviso sobre la no discriminación y la accesibilidad

En el UAW Retiree Medical Benefits Trust (el “Trust”), nos comprometemos a garantizar que nuestros miembros estén protegidos contra la discriminación. Este aviso le brinda una descripción general de sus derechos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible.

La discriminación es ilegal. El UAW Retiree Medical Benefits Trust cumple con las leyes federales de derechos civiles pertinentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad ni sexo (de acuerdo con el alcance de discriminación por sexo descrito en el párrafo 92.101(a)(2) del título 45 del Código de Reglamentos Federales). El UAW Retiree Medical Benefits Trust no excluye a personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

El UAW Retiree Medical Benefits Trust:

- Brinda las siguientes adaptaciones razonables y recursos y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros:
  - o intérpretes de lengua de seña calificados;
  - o información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda los siguientes servicios de asistencia de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés:
  - o intérpretes calificados;
  - o información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, recursos y servicios auxiliares o servicios de asistencia de idiomas, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento al 866-637-7555 para solicitar ayuda.

Si cree que UAW Retiree Medical Benefits Trust no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja al Departamento de Cumplimiento por correo postal a la siguiente dirección: P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214 o por fax al 313-324-5850. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Cumplimiento al 866-637-7555, TTY: 800-325-0778. El Departamento de Cumplimiento está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través de su portal para quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.









