

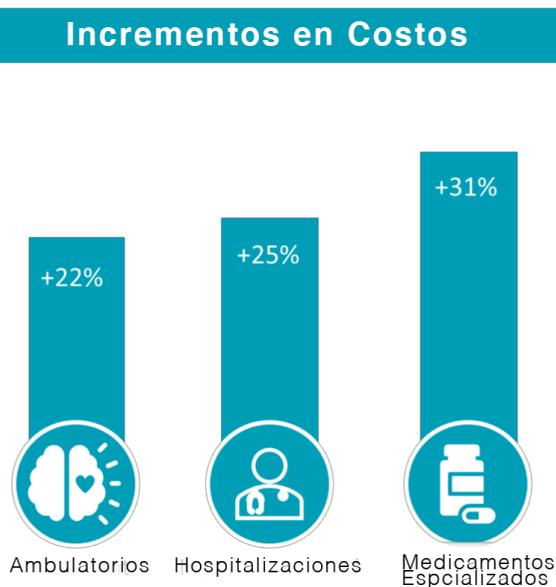
Estimado/a Participante,

No es ningún secreto que durante los últimos meses hemos estado atravesando presiones físicas, emocionales y financieras extraordinarias que han tenido un impacto particularmente fuerte en nuestra industria. El Plan de Salud de SAG-AFTRA no ha sido inmune. A lo largo de nuestra historia, el Plan ha brindado cobertura médica de alta calidad a cientos de miles de participantes y sus familias. Sin embargo, el alto costo continuo de la atención médica, la pandemia mundial y el cierre de la industria han creado una necesidad urgente de reestructurar el Plan de Salud de SAG-AFTRA.

Si bien esta reestructuración preservará el acceso a un excelente plan de salud para la mayoría de nuestros participantes, los cambios serán perjudiciales para algunos. El boletín adjunto describe estos cambios, que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2021. También contiene información importante sobre cómo obtener ayuda con alternativas de cobertura en caso de que ya no califique para el Plan de Salud de SAG-AFTRA.

¿Porqué ahora?

Todos hemos visto los titulares: el costo de la atención médica sigue aumentando exponencialmente. Esto no es solo en un área aislada de la industria del cuidado de la salud. En general, los precios están aumentando. La inflación implacable casi ha duplicado el gasto anual en atención médica en los EE.UU. en la última década, y hemos visto aumentos especialmente pronunciados en los costos de los beneficios del Plan de Salud en los últimos dos años, como se ilustra a continuación:



Hemos estado trabajando diligentemente para tratar de controlar los crecientes costos de la atención médica mediante la negociación de mejores contratos y la reducción de costos que están bajo nuestro control. Ejemplos de esto incluyen la negociación de \$30 millones en ahorros en nuestro contrato con el administrador de beneficios de farmacia en 2017 y \$29 millones adicionales en ahorros en un nuevo contrato para 2021. También hemos trabajado continuamente para reducir nuestros costos operativos, encontrando formas de hacer más con menos. El año pasado, solo 8 centavos de cada dólar de ingresos se gastó en las operaciones del Plan, lo que dejó más dinero para pagar los beneficios de los participantes.

Sin embargo, a pesar de nuestro éxito en la gestión de los costos que están bajo nuestro control, los costos de atención médica en constante aumento han resultado en déficits insostenibles, lo que requiere el uso de nuestras reservas para financiar los gastos actuales. El año pasado, pagamos casi \$468 millones en gastos para nuestros 65,000 participantes y sus dependientes. Esto marca un aumento de \$82 millones en costos relacionados con atención médica en los últimos dos años.

El aumento de los costos de atención médica también ha aumentado el subsidio del Plan de Salud de los costos de los participantes (es decir, los costos de atención médica cubiertos por el Plan en exceso de las contribuciones del empleador y las primas de los participantes). El gráfico a continuación ilustra el aumento en el subsidio promedio de 2010 a 2020 para un participante del Plan 2 que gana \$20,000. Si bien las primas y contribuciones se han mantenido relativamente estables, el subsidio del Plan de Salud ha crecido de manera espectacular.



La realidad es que las contribuciones del empleador y las primas de los participantes no cubren el costo de la atención. Sin reestructurar el Plan de Salud, estamos proyectando un déficit de \$141 millones este año y \$83 millones en 2021 y, para 2024, se proyecta que el Plan de Salud se quedará sin reservas. Debemos evitar que esto suceda.

Un Paisaje Diferente

La implementación de la Ley del Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, en inglés) ha cambiado la forma en que funciona el seguro médico en este país, y puede que los participantes desconozcan las opciones altamente asequibles disponibles para personas y familias con bajos ingresos.

Si bien el Plan reestructurado contará con un único umbral de elegibilidad más alto, aquellos que previamente calificaron para la cobertura en niveles más bajos podrían ser elegibles para una cobertura similar o mejor, a un costo menor o sin costo según los ingresos de su hogar, a través de los planes de la ACA. Estas opciones están disponibles solo para aquellos que no tienen cobertura médica o elegibilidad a través de su empleador o el Plan.

Entendemos que nadie quiere la interrupción de tener que cambiar de cobertura de salud, incluso si hay alternativas similares y menos costosas disponibles, pero es importante tener en cuenta que los participantes que pierden la cobertura del Plan pueden tener opciones de seguro de salud buenas y asequibles (consulte la página 13 del boletín adjunto para obtener más información).

Ayuda Disponible

Reconocemos que cualquier cambio en este momento es difícil y queremos asegurarle que, al explorar todas las opciones, nos hemos obsesionado con los detalles, agotado todas las alternativas y trabajado incansablemente para reducir los costos que están bajo nuestro control. Sabemos que cada elección que hacemos afecta a las personas que dependen de nosotros. Si bien son difíciles, estos cambios son necesarios para proteger la sostenibilidad financiera de nuestro Plan, ahora y en el futuro.

En el boletín adjunto, encontrará un resumen de los cambios que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2021. También contiene información importante sobre cómo obtener ayuda con alternativas de cobertura en caso de que ya no califique para el Plan de Salud SAG-AFTRA. En las próximas semanas, le proporcionaremos información detallada, herramientas y recursos para ayudarle a planificar estos cambios. Confiamos en que juntos podremos recorrer este camino con éxito y continuaremos apoyándoles durante este cambio, como lo hemos hecho durante décadas.

Sinceramente,

El Consejo de Administración



9607280211