

## Comparación de beneficios médicos por plan para 2026

| Consulte a continuación las definiciones de nivel <sup>2</sup>                                                                                                              | Plan Prime - HDP                                                           |                                                                 |                                                      |                                                      | Plan Choice - MHP                                      |                                                             |                                              |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                             | Nivel I                                                                    | Nivel II                                                        | Nivel III                                            | Nivel IV                                             | Nivel I                                                | Nivel II                                                    | Nivel III                                    | Nivel IV                                |
|                                                                                                                                                                             | Salem Health y West Valley Hospital (dentro de la red)                     | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup>                    | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup>         | Fuera de la red                                      | Salem Health y West Valley Hospital (dentro de la red) | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup>                | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup> | Fuera de la red                         |
| Contribución a la HSA**                                                                                                                                                     | Hasta \$850 de cobertura individual<br>Hasta \$1,700 de cobertura familiar |                                                                 |                                                      |                                                      | N/A                                                    |                                                             |                                              |                                         |
| Deducible<br>Todos los costos de copago y coaseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya alcanzado su deducible, excepto cuando se indique con un * | \$1,700 individual<br>\$3,400 familiar <sup>3</sup>                        | \$1,700 individual<br>\$3,400 familiar <sup>3</sup>             | \$3,500 individual<br>\$7,000 familiar <sup>3</sup>  | \$3,500 individual<br>\$7,000 familiar <sup>3</sup>  | \$0 individual<br>\$0 familiar                         | \$750 individual<br>\$1,500 familiar                        | \$1,500 individual<br>\$3,000 familiar       | \$1,500 individual<br>\$3,000 familiar  |
| Máximo gasto de bolsillo                                                                                                                                                    | \$3,200 individual<br>\$6,000 familiar <sup>3</sup>                        | \$4,000 individual<br>\$8,000 familiar <sup>3</sup>             | \$6,000 individual<br>\$12,000 familiar <sup>3</sup> | \$6,000 individual<br>\$12,000 familiar <sup>3</sup> | \$2,500 individual<br>\$5,000 familiar                 | \$3,500 individual<br>\$7,000 familiar                      | \$5,900 individual<br>\$11,800 familiar      | \$5,900 individual<br>\$11,800 familiar |
| En el consultorio médico o en el servicio de urgencias                                                                                                                      |                                                                            |                                                                 |                                                      |                                                      |                                                        |                                                             |                                              |                                         |
| Atención preventiva<br>(servicios, tal como se definen en el ACA)                                                                                                           | 0%*                                                                        | 0%*                                                             | 0%*                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 0%*                                                         | 0%*                                          | 40%                                     |
| Visita al consultorio de atención primaria                                                                                                                                  | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 10%                                                         | 20%                                          | 40%                                     |
| Visita al consultorio del especialista                                                                                                                                      | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 10%                                                         | 20%                                          | 40%                                     |
| Atención de urgencia                                                                                                                                                        | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | 40%                                                  | \$20 copago*                                           | \$40 copago*                                                | \$50 copago*                                 | 40%                                     |
| Visitas virtuales de Salem Health - Atención de urgencia                                                                                                                    | 0%                                                                         | N/A                                                             |                                                      |                                                      | 0%*                                                    | N/A                                                         |                                              |                                         |
| En el hospital                                                                                                                                                              |                                                                            |                                                                 |                                                      |                                                      |                                                        |                                                             |                                              |                                         |
| Sala de urgencias                                                                                                                                                           | 20%                                                                        | 20% - Se aplican máximos de su bolsillo y deducibles de Nivel 1 |                                                      |                                                      | \$250 copago*                                          | \$250 copago - Se aplican máximos de su bolsillo de Nivel I |                                              |                                         |
| Pacientes hospitalizados                                                                                                                                                    | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 10%                                                         | 20%                                          | 40%                                     |
| Pruebas diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)                                                                                                                      | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 10%                                                         | 20%                                          | 40%                                     |
| Imagenología avanzada                                                                                                                                                       | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | 10%                                                         | \$100 copago, luego 20%                      | \$100 copago, luego 40%                 |
| Cirugía de la columna vertebral                                                                                                                                             | 0%                                                                         | 20%                                                             | 40%                                                  | No cubierto                                          | 0%*                                                    | \$500 copago, luego 20%                                     | \$500 copago, luego 20%                      | \$500 copago, luego 40%                 |

*Cuando viaje fuera del área de servicio principal (Oregón / Suroeste de Washington), puede recibir el nivel de beneficio III al utilizar la red de Aetna Signature Administrators (ASA).*

\* Deducible exento

\*\* Los empleados deben elegir intencionalmente la participación en la HSA para ser elegibles para la contribución del empleador. Consulte el cronograma de contribuciones prorrateadas a la HSA en la página web de la HSA de Salem Health. Los participantes de COBRA no son elegibles a la contribución del empleador.

<sup>1</sup> Los empleados que viven fuera de Oregon / SW Washington pueden tener acceso a redes alternativas.

<sup>2</sup> Nivel I: Proveedores de los Hospitales y Clínicas de Salem Health y de West Valley Hospital.

Nivel II: Red Connexus de Moda. Esta red incluye proveedores y clínicas que generalmente brindan servicios que no están disponibles en los Hospitales y Clínicas de Salem Health.

Nivel III: Red Connexus de Moda. Esto incluye sistemas hospitalarios específicos, centros de cirugía ambulatoria y clínicas proveedoras que brindan los mismos servicios que los hospitales y clínicas de Salem Health.

Nivel IV: Proveedores que no están contratados por la red Connexus de Moda Health y se consideran no participantes (fuera de la red). La cobertura de Nivel IV se limita a aquellos en la Plan Prime.

<sup>3</sup> Incluye gastos de farmacia. Los deducibles individuales y los gastos máximos de bolsillo se aplican solo a la cobertura de empleados. En el caso de la cobertura familiar, el deducible es compartido, es decir, se debe cumplir con el deducible de toda la familia antes de que el plan comience a pagar para cualquier miembro de la familia. La cobertura familiar se considera cualquier cosa que no sea la cobertura solo para empleados.

*Esta tabla comparativa de beneficios contiene los aspectos más destacados de las opciones de beneficios disponibles para usted y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener una descripción más detallada de los beneficios y las limitaciones, consulte su manual para miembros.*

# Comparación de beneficios médicos por plan para 2026

| Consulte a continuación las definiciones de nivel <sup>2</sup>                              | Plan Prime - HDP                                       |                                              |                                              |                 | Plan Choice - MHP                                      |                                              |                                              |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                             | Nivel I                                                | Nivel II                                     | Nivel III                                    | Nivel IV        | Nivel I                                                | Nivel II                                     | Nivel III                                    | Nivel IV                |
|                                                                                             | Salem Health y West Valley Hospital (dentro de la red) | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup> | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup> | Fuera de la red | Salem Health y West Valley Hospital (dentro de la red) | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup> | Red Connexus (dentro de la red) <sup>1</sup> | Fuera de la red         |
| Otros beneficios médicos                                                                    |                                                        |                                              |                                              |                 |                                                        |                                              |                                              |                         |
| Rehabilitación ambulatoria <sup>†</sup> (Terapias físicas, ocupacionales o del habla)       | 0%                                                     | 20%                                          | 40%                                          | No cubierto     | 0%*                                                    | 10%                                          | 20%                                          | 40%                     |
| Terapia de masaje <sup>†</sup> (Hasta \$1,000 por año calendario)                           | 0%                                                     | 20%                                          | 20%                                          | 20%             | 0%*                                                    | \$20 copago*                                 | \$20 copago*                                 | 40%*                    |
| Acupuntura <sup>†</sup> (Hasta 20 visitas por año calendario)                               | 0%                                                     | 20%                                          | 20%                                          | 20%             | 0%*                                                    | \$20 copago*                                 | \$20 copago*                                 | 40%*                    |
| Manipulación de la columna vertebral <sup>†</sup> (Hasta 20 visitas por año calendario)     | 0%                                                     | 20%                                          | 20%                                          | 20%             | 0%*                                                    | \$20 copago*                                 | \$20 copago*                                 | 40%*                    |
| Estudios del sueño                                                                          | 0%                                                     | 20%                                          | 40%                                          | No cubierto     | 0%*                                                    | \$100 copago, luego 20%                      | \$100 copago, luego 20%                      | \$100 copago, luego 40% |
| Endoscopia                                                                                  | 0%                                                     | 20%                                          | 40%                                          | No cubierto     | 0%*                                                    | \$100 copago, luego 20%                      | \$100 copago, luego 20%                      | \$100 copago, luego 40% |
| Salud mental y trastorno de uso de sustancias                                               |                                                        |                                              |                                              |                 |                                                        |                                              |                                              |                         |
| Salud mental ambulatoria y visitas al consultorio por trastorno de uso de sustancias        | 0%                                                     | 0%                                           | 0%                                           | 0%              | 0%*                                                    | \$0*                                         | \$0*                                         | \$0*                    |
| Salud mental a domicilio y programas para el tratamiento de trastorno por uso de sustancias | 0%                                                     | 0%                                           | 0%                                           | 40%             | 0%*                                                    | 0%*                                          | 0%*                                          | 40%                     |
| Desintoxicación por trastornos de uso de sustancias                                         | 0%                                                     | 20%                                          | 20%                                          | 40%             | 0%*                                                    | 10%                                          | 10%                                          | 40%                     |

Cuando viaje fuera del área de servicio principal (Oregón / Suroeste de Washington), puede recibir el nivel de beneficio III al utilizar la red de Aetna Signature Administrators (ASA).

\* Deductible exento

† Se aplican limitaciones

<sup>1</sup> Los empleados que viven fuera de Oregon / SW Washington pueden tener acceso a redes alternativas.

<sup>2</sup> Nivel I: Proveedores de los Hospitales y Clínicas de Salem Health y de West Valley Hospital.

Nivel II: Red Connexus de Moda. Esta red incluye proveedores y clínicas que generalmente brindan servicios que no están disponibles en los Hospitales y Clínicas de Salem Health.

Nivel III: Red Connexus de Moda. Esto incluye sistemas hospitalarios específicos, centros de cirugía ambulatoria y clínicas proveedoras que brindan los mismos servicios que los hospitales y clínicas de Salem Health.

Nivel IV: Proveedores que no están contratados por la red Connexus de Moda Health y se consideran no participantes (fuera de la red). La cobertura de Nivel IV se limita a aquellos en la Plan Prime.

<sup>3</sup> Incluye gastos de farmacia. Los deducibles individuales y los gastos máximos de bolsillo se aplican solo a la cobertura de empleados. En el caso de la cobertura familiar, el deducible es compartido, es decir, se debe cumplir con el deducible de toda la familia antes de que el plan comience a pagar para cualquier miembro de la familia. La cobertura familiar se considera cualquier cosa que no sea la cobertura solo para empleados.