

Complete Plans for Large Employers

Effective January 1, 2024

All plans meet Medicare Part D creditable coverage requirements.
All plans meet minimum creditable coverage requirements.

Complete Plans	Deductible (D) Individual/ Family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of- Pocket Maximum Individual/ Family (embedded)	OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
			Office Visit PCP/Specialist	Emergency Room (copayment waived if admitted)	Diagnostic Imaging, X-Ray and Lab	High-tech Radiology	Outpatient Surgery	Inpatient Medical, SNF (100 days/ benefit period) and Rehab (60 days/ benefit period) per admission	Outpatient MH/ SU visits including Rehab and Detox	Inpatient MH/SU per admission
Complete HMO Plans – Matching Complete PPO Plus Plans are available.										
Complete HMO 25/40 with Care Complement	N/A	\$2,000/\$4,000	\$25/\$40	\$150	\$0	\$75	\$250	\$500	\$25	\$500
Complete HMO 500 with Care Complement	\$500/\$1,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)
Complete HMO 750 with Care Complement	\$750/\$1,500	\$3,000/\$6,000	\$25/\$40	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 1000 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$4,000/\$8,000	\$20/\$20	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)
Complete HMO 1000 25/40 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 1500 25/40 ER250 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	(D) \$40	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 1500 25/40 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	(D) \$150	(D) \$40	(D) \$150	(D) \$250	(D) \$250	\$25	(D) \$250
Complete HMO 2000 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$4,500/\$9,000	\$25/\$25	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 2000 25/40 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 2000 30/45 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	(D) \$45	(D) \$75	(D) \$250	(D) \$500	\$30	(D) \$500
Complete HMO 2000 20% with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	\$30	(D) 20%
Complete HMO 2500 30/45 with Care Complement	\$2,500/\$5,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	(D) \$45	(D) \$150	(D) \$500	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000
Complete HMO 3000 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$25/\$40	(D) \$300	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 3000 30/45 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	(D) \$45	(D) \$200	(D) \$500	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000
Complete HMO 3000 20% with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$500	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	\$30	(D) 20%
Complete HMO 4000 with Care Complement	\$4,000/\$8,000	\$7,350/\$14,700	\$25/\$40	(D) \$500	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 4000 20% with Care Complement	\$4,000/\$8,000	\$7,350/\$14,700	\$30/\$45	(D) \$500	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	\$30	(D) 20%
Complete HMO 5000 with Care Complement	\$5,000/\$10,000	\$7,350/\$14,700	\$25/\$40	(D) \$500	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO 5000 60/75 with Care Complement	\$5,000/\$10,000	\$7,350/\$14,700	\$60/\$75	(D) \$500	(D)	(D)	(D)	(D)	\$60	(D)
Complete PPO Plus Combined Plans*										
Complete PPO Plus Combined 1000 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$4,000/\$8,000	\$20/\$20	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)
Complete PPO Plus Combined 2000 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$4,500/\$9,000	\$25/\$25	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete PPO Plus Combined 3000 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$25/\$40	(D) \$300	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete HMO HSA Plans – Matching Complete PPO Plus HSA Plans are available.										
Complete HMO HSA 1600	\$1,600/\$3,200 Aggregate	\$6,450/\$12,900	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Complete HMO HSA 2000	\$2,000/\$4,000 Aggregate	\$6,000/\$12,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Complete HMO HSA 2500 10%	\$2,500/\$5,000 Aggregate	\$6,650/\$13,300	(D)	(D)	(D) 10%	(D) 10%	(D) 10%	(D) 10%	(D)	(D) 10%
Complete HMO HSA 3000	\$3,000/\$6,000 Aggregate	\$6,650/\$13,300	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Complete HMO HSA 3000 10%	\$3,000/\$6,000 Aggregate	\$6,650/\$13,300	(D)	(D)	(D) 10%	(D) 10%	(D) 10%	(D) 10%	(D)	(D) 10%
Complete HMO HSA 3500	\$3,500/\$7,000 Aggregate	\$7,000/\$14,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Complete HMO HSA 3500 50/75/1000	\$3,500/\$7,000 Aggregate	\$7,000/\$14,000	(D) \$50 / (D) \$75	(D) \$1,000	(D) \$75	(D) \$1,000	(D) \$500	(D) \$1,000	(D) \$50	(D) \$1,000
Complete HMO HSA 4150	\$4,150/\$8,050 Aggregate	\$8,050/\$16,100	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)

FlexRx SM PHARMACY OPTIONS
<p>OPTION A Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$35/\$60/ 10% up to \$200 per script max/ 20% up to \$250 per script max 90-day supply: \$10/\$30/\$70/\$180</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$15/\$35/\$60/10% up to \$200 per script max/ 20% up to \$250 per script max 90-day supply: (D) then: \$10/\$30/\$70/\$180</p>
<p>OPTION B Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195</p>
<p>OPTION C Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day supply: \$10/\$50/\$100/\$300</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day supply: (D) then: \$10/\$50/\$100/\$300</p>
<p>OPTION D Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day supply: \$10/\$30/\$60/\$150</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day supply: (D) then: \$10/\$30/\$60/\$150</p>
<p>OPTION E Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195</p>

Enhanced Rx, which is standard on all HSA plans, has certain preventive drugs that bypass the plan's deductible.

(D) = Deductible must be met first, then copayment or coinsurance may apply. Cost sharing for medical, behavioral health, and pharmacy applies to the out-of-pocket maximum.

**Combined PPO Plus plans, in which deductibles and out-of-pocket maximums are combined for in and out-of-network care resulting in one overall deductible amount and one overall out-of-pocket maximum amount.*

Choice Easy Tier Plans for Large Employers

Effective January 1, 2024

All plans meet Medicare Part D creditable coverage requirements. All plans meet minimum creditable coverage requirements.

Choice Easy Tier Plans	Deductible (D) Individual/ Family (embedded)	Out-of- Pocket Maximum Individual/ Family (embedded)	OUTPATIENT					INPATIENT			MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
			Office Visit PCP/ Specialist	Emergency Room (Copayment waived if Admitted)	Diagnostic, imaging & X-ray	Lab	High-tech Radiology	Outpatient Surgery	Inpatient Medical	SNF (100 days/ benefit period) and Rehab (60 days/ benefit period) per Admission	Outpatient MH/SU Visits Including Rehab and Detox	Inpatient MH/SU per Admission
Matching Choice Easy Tier PPO Plus Plans are available.												
Choice Easy Tier HMO 500 with Care Complement	\$500/\$1,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000	(D)	\$20	(D)
Choice Easy Tier HMO 500 25/40/250 with Care Complement*	\$500/\$1,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 1000 with Care Complement*	\$1,000/\$2,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 1500 with Care Complement*	\$1,500/\$3,000	\$6,000/\$12,000	\$25/\$35	\$200	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 1500 25/40 ER250 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) \$40 Tier 2: (D) \$100	(D) \$40	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2000 with Care Complement*	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2000 25/40 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2500 with Care Complement*	\$2,500/\$5,000	\$6,000/\$12,000	\$25/\$35	\$200	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 3000 with Care Complement*	\$3,000/\$6,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	(D) \$300	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 3000 30/45 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	Tier 1: (D) \$45 Tier 2: (D) \$100	(D) \$45	Tier 1: (D) \$200 Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$1,000 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000
Choice Easy Tier HMO 3000 10%/30% with Care Complement*	\$3,000/\$6,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	(D) \$300	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 30%	(D) 10%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 30%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 30%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 30%	(D) 10%	\$25	(D) 10%
Choice Easy Tier HMO 4000 with Care Complement	\$4,000/\$8,000	\$7,350/\$14,700	\$25/\$40	(D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 5000 60/75 with Care Complement	\$5,000/\$10,000	\$7,350/\$14,700	\$60/\$75	(D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000	(D)	\$60	(D)

FlexRx SM PHARMACY OPTIONS
Choice Easy Tier plans noted with a * have a separate pharmacy out-of-pocket maximum of \$2,000 Individual/ \$4,000 Family.
OPTION A Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$35/\$60/ 10% up to \$200 per script max/ 20% up to \$250 per script max 90-day supply: \$10/\$30/\$70/\$180
OPTION B Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195
OPTION C Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day supply: \$10/\$50/\$100/\$300
OPTION D Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day supply: \$10/\$30/\$60/\$150
OPTION E Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195

(D) = Deductible must be met first, then copayment or coinsurance may apply. Cost sharing for medical, behavioral health, and pharmacy applies to the out-of-pocket maximum. For plans noted with a *, cost sharing for medical and behavioral health applies to the out-of-pocket maximum and Pharmacy cost sharing applies to a separate Pharmacy out-of-pocket maximum as noted in the Pharmacy Options section.

IMPORTANT NOTICE: These plans include a Tiered Provider Network called Choice Easy Tier. In these plans, members pay different levels of Copayments, Coinsurance, and/or Deductibles depending on the tier of the provider delivering a covered service or supply. These plans may make changes to a provider's benefit tier annually on January 1. Please consult the provider directory at [MassGeneralBrighamHealthPlan.org](https://www.massgeneralbrighamhealthplan.org) to determine the tier of providers in the Choice Easy Tier network.

Complete Access EPO Plans for Large Employers

Effective January 1, 2024

All plans meet Medicare Part D creditable coverage requirements.
All plans meet minimum creditable coverage requirements.

Complete Access EPO Plans	Deductible (D) Individual/ Family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of- Pocket Maximum Individual/ Family (embedded)	OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
			Office Visit PCP/Specialist	Emergency Room (copayment waived if admitted)	Diagnostic Imaging, X-Ray and Lab	High-tech Radiology	Outpatient Surgery	Inpatient Medical, SNF (100 days/ benefit period) and Rehab (60 days/ benefit period) per admission	Outpatient MH/SU visits including Rehab and Detox	Inpatient MH/SU per admission
Complete Access EPO 500 with Care Complement	\$500/\$1,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)
Complete Access EPO 1500 25/40 ER250 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	(D) \$40	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete Access EPO 2000 25/40 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete Access EPO 3000 30/45 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	(D) \$45	(D) \$200	(D) \$500	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000
Complete Access EPO 4000 with Care Complement	\$4,000/\$8,000	\$7,350/\$14,700	\$25/\$40	(D) \$500	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Complete Access EPO 5000 60/75 with Care Complement	\$5,000/\$10,000	\$7,350/\$14,700	\$60/\$75	(D) \$500	(D)	(D)	(D)	(D)	\$60	(D)
Complete Access EPO HSA Plans										
Complete Access EPO HSA 2000	\$2,000/\$4,000 Aggregate	\$6,000/\$12,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Complete Access EPO HSA 3500	\$3,500/\$7,000 Aggregate	\$7,000/\$14,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)

FlexRx SM PHARMACY OPTIONS
<p>OPTION A Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$35/\$60/ 10% up to \$200 per script max/ 20% up to \$250 per script max 90-day supply: \$10/\$30/\$70/\$180</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$15/\$35/\$60/10% up to \$200 per script max/ 20% up to \$250 per script max 90-day supply: (D) then: \$10/\$30/\$70/\$180</p>
<p>OPTION B Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195</p>
<p>OPTION C Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day supply: \$10/\$50/\$100/\$300</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day supply: (D) then: \$10/\$50/\$100/\$300</p>
<p>OPTION D Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day supply: \$10/\$30/\$60/\$150</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day supply: (D) then: \$10/\$30/\$60/\$150</p>
<p>OPTION E Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day supply: \$10/\$40/\$80/\$195</p> <p>For HSA Plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195</p>

AlliesSM HMO Plans for Large Employers

Effective January 1, 2024

All plans meet Medicare Part D creditable coverage requirements.
All plans meet minimum creditable coverage requirements.

Allies HMO Plans	Deductible (D) Individual/Family (embedded)	Out-of- Pocket Maximum Individual/ Family (embedded)	Telemedicine (Virtual Visit) with PCP, SPEC, On Demand or for MH/SU	OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
				Office Visit PCP/Specialist	Emergency Room (copayment waived if admitted)	Diagnostic Imaging, X-Ray and Lab	High-tech Radiology	Outpatient Surgery	Inpatient Medical, SNF (100 days/ benefit period) and Rehab (60 days/benefit period) per admission	Outpatient MH/SU visits including Rehab and Detox	Inpatient MH/SU per admission
Allies HMO 1000 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$4,000/\$8,000	\$0	\$20/\$20	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)
Allies HMO 2000 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$4,500/\$9,000	\$0	\$25/\$25	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)
Allies HMO 3000 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$0	\$25/\$40	(D) \$300	(D)	(D)	(D)	(D)	\$25	(D)

Enhanced Rx, which is standard on all HSA plans, has certain preventive drugs that bypass the plan's deductible.
(D) = Deductible must be met first, then copayment or coinsurance may apply. Cost sharing for medical, behavioral health, and pharmacy applies to the out-of-pocket maximum.

IMPORTANT NOTICE: This plan includes a limited provider network called Allies HMO. This plan provides access to a network that is smaller than Mass General Brigham Health Plan's full commercial HMO provider network. In this plan, members have access to network benefits only from the providers in the Allies HMO network. Please consult the provider directory or visit the provider search tool at [MassGeneralBrighamHealthPlan.org](https://www.massgeneralbrighamhealthplan.org) to determine which providers are included in the Allies HMO network.