

Complete plans for large employers

Effective January 1, 2026			All plans meet Medicare Part D Creditable Coverage requirements. All plans meet Minimum Creditable Coverage requirements.								
			OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)		
Complete Plans	Deductible (D) individual/family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of-pocket maximum individual/family (embedded)	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, including some PPO Plus plans with a combined in and out-of-network deductible and out-of-pocket maximum amount.											
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 1000 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$4,000/\$8,000	\$20/\$20	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)	
Complete HMO 1000 20/35 ER150 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$150	(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 20/35/150 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,450/\$10,900	\$20/\$35	\$150	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(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 20/35 ER150 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$5,450/\$10,900	\$20/35	\$150	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)	
Complete HMO 3000 25/40 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$25/\$40	\$250	(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 HMO HSA plans – Matching Complete PPO Plus HSA plans are available, including some PPO Plus plans with a combined in and out-of-network deductible and out-of-pocket maximum amount.											
Complete HMO HSA 2000	\$2,000/\$4,000 Aggregate	\$6,000/\$12,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	
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 4000	\$4,000/\$8,000 Aggregate	\$8,000/\$16,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	
Complete HMO HSA-E 4000 35%	\$4,000/\$8,000	\$8,000/\$16,000	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	(D) 35%	
Complete HMO HSA 4400	\$4,400/\$8,800 Aggregate	\$8,000/\$16,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	

FlexRx SM PHARMACY OPTIONS
OPTION A Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$10/\$35/\$100/\$200/\$300/\$500 90-day mail order supply: \$20/\$70/\$200/\$600 For HSA plans (D) then: \$10/\$35/\$100/\$200/\$300/\$500 90-day mail order supply: (D) then: \$20/\$70/\$200/\$600
OPTION B Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day mail order supply: \$10/\$40/\$80/\$195 For HSA plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195
OPTION C Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day mail order supply: \$10/\$50/\$100/\$300 For HSA plans (D) then: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$50/\$100/\$300
OPTION D Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day mail order supply: \$10/\$30/\$60/\$150 For HSA plans (D) then: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$30/\$60/\$150
OPTION E Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day mail order supply: \$10/\$40/\$80/\$195 For HSA plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195

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.

Choice Easy Tier plans for large employers

Effective January 1, 2026

All plans meet Medicare Part D
Creditable Coverage requirements.
All plans meet Minimum Creditable
Coverage requirements.

			OUTPATIENT						INPATIENT		MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
Choice Easy Tier plans	Deductible (D) individual/family (embedded)	Out-of-pocket maximum individual/family (embedded)	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 plans are available for many Choice Easy HMO plans												
Choice Easy Tier HMO 25/40 with Care Complement*	N/A	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$150	Tier 1: \$0 Tier 2: \$100 Tier 3: \$200	\$0	Tier 1: \$50 Tier 2: \$500 Tier 3: \$1,000	Tier 1: \$250 Tier 2: \$1,250 Tier 3: \$2,250	Tier 1: \$500 Tier 2: \$1,500 Tier 3: \$3,000	\$500	\$25	\$500
Choice Easy Tier HMO 1500 25/35 with Care Complement*	\$1,500/\$3,000	\$6,000/\$12,000	\$25/\$35	\$200	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500 Tier 3: (D) \$2,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000 Tier 3: (D) \$3,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2000 ER250 with Care Complement*	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2000 25/40 ER250 with Care Complement	\$2,000/\$4,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	\$250	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 2500 25/35 with Care Complement*	\$2,500/\$5,000	\$6,000/\$12,000	\$25/\$35	\$200	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,500 Tier 3: (D) \$2,500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$2,000 Tier 3: (D) \$3,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 3000 25/40 with Care Complement*	\$3,000/\$6,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	(D) \$300	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 3000 30/45 ER D 300 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$30/\$45	(D) \$300	Tier 1: (D) \$45 Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D) \$45	Tier 1: (D) \$200 Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$1,500 Tier 3: (D) \$2,500	Tier 1: (D) \$1,000 Tier 2: (D) \$2,000 Tier 3: (D) \$3,500	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000
Choice Easy Tier HMO 3000 10%/15%/30% with Care Complement*	\$3,000/\$6,000	\$5,000/\$10,000	\$25/\$40	(D) \$300	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 15% Tier 3: (D) 30%	(D) 10%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 15% Tier 3: (D) 30%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 15% Tier 3: (D) 30%	Tier 1: (D) 10% Tier 2: (D) 15% Tier 3: (D) 30%	(D) 10%	\$25	(D) 10%
Choice Easy Tier HMO 4000 25/40 with Care Complement	\$4,000/\$8,000	\$7,350/\$14,700	\$25/\$40	(D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,500	(D)	\$25	(D)
Choice Easy Tier HMO 5000 ER D 500 with Care Complement	\$5,000/\$10,000	\$7,350/\$14,700	\$60/\$75	(D) \$500	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$100 Tier 3: (D) \$200	(D)	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$500 Tier 3: (D) \$1,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,000	Tier 1: (D) Tier 2: (D) \$1,000 Tier 3: (D) \$2,500	(D)	\$60	(D)

FlexRxSM 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:
\$10/\$35/\$100/\$200/\$300/\$500
90-day mail order supply:
\$20/\$70/\$200/\$600

OPTION B
Cost-sharing by tiers
for a 30-day supply:
\$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150
90-day mail order supply:
\$10/\$40/\$80/\$195

OPTION C
Cost-sharing by tiers
for a 30-day supply:
\$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200
90-day mail order supply:
\$10/\$50/\$100/\$300

OPTION D
Cost-sharing by tiers
for a 30-day supply:
\$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50
90-day mail order supply:
\$10/\$30/\$60/\$150

OPTION E
Cost-sharing by tiers
for a 30-day supply:
\$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65
90-day mail order 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 [MGBHP.org](#) to determine the tier of providers in the Choice Easy Tier network.

Complete Access EPO plans for large employers

Effective January 1, 2026			All plans meet Medicare Part D Creditable Coverage requirements. All plans meet Minimum Creditable Coverage requirements.								
			OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)		FlexRx SM PHARMACY OPTIONS
	Deductible (D) individual/ family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of-pocket maximum individual/ family (embedded)	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 plans											
Complete Access EPO 500 with Care Complement	\$500/\$1,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$250	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)	OPTION A Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$10/\$35/\$100/\$200/\$300/\$500 90-day mail order supply: \$20/\$70/\$200/\$600 For HSA plans (D) then: \$10/\$35/\$100/\$200/\$300/\$500 90-day mail order supply: (D) then: \$20/\$70/\$200/\$600
Complete Access EPO 1000 20/35 ER150 with Care Complement	\$1,000/\$2,000	\$3,000/\$6,000	\$20/\$35	\$150	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)	OPTION B Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day mail order supply: \$10/\$40/\$80/\$195 For HSA plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$100/\$150 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195
Complete Access EPO 1500 20/35/150 with Care Complement	\$1,500/\$3,000	\$5,450/\$10,900	\$20/\$35	\$150	(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)	OPTION C Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day mail order supply: \$10/\$50/\$100/\$300 For HSA plans (D) then: \$5/\$25/\$50/\$100/\$150/\$200 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$50/\$100/\$300
Complete Access EPO 3000 20/35 ER150 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$5,450/\$10,900	\$20/\$35	\$150	(D)	(D)	(D)	(D)	\$20	(D)	
Complete Access EPO 3000 25/40 with Care Complement	\$3,000/\$6,000	\$7,000/\$14,000	\$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	OPTION D Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day mail order supply: \$10/\$30/\$60/\$150 For HSA plans (D) then: \$5/\$15/\$30/\$50/\$30/\$50 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$30/\$60/\$150
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)	OPTION E Cost-sharing by tiers for a 30-day supply: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day mail order supply: \$10/\$40/\$80/\$195 For HSA plans (D) then: \$5/\$20/\$40/\$65/\$40/\$65 90-day mail order supply: (D) then: \$10/\$40/\$80/\$195
Complete Access EPO HSA 3000	\$3,000/\$6,000 Aggregate	\$6,650/\$13,300	(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)	
Complete Access EPO HSA 4000	\$4,000/\$8,000 Aggregate	\$8,000/\$16,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	
Complete Access EPO HSA-E 4000 35%	\$4,000/\$8,000	\$8,000/\$16,000	(D)35%	(D)35%	(D)35%	(D)35%	(D)35%	(D)35%	(D)35%	(D)35%	
Complete Access EPO HSA 4400	\$4,400/\$8,800 Aggregate	\$8,000/\$16,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	Enhanced Rx, which is standard on all HSA

(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.