Mass General Brigham
Health Plan

Complete HMO plans for Merged Market

IMPORTANT: Matching Complete PPO Plus plans are available, except for the Complete HMO 20/40 with Care Complement.

The PPO Plus plan's out-of-network deductible and out-of-pocket maximum are twice of the comparable HMO.

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)		PHARMACY
Complete HMO plans	Metallic tier	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	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	Pharmacy cost-sharing by tiers for a 30-day supply 1/2/3/4/5/6
Complete HMO 20/40 with Care Complement	Platinum	None	$3,500/$7,000	$20/$40	$150	$0	$0	Non-Hospital: $150 Hospital: $300	Non-Hospital: $250 Hospital: $500	$500	$20	$500	$10/$20/$45 $160/$200/$500
Complete HMO 500 with Care Complement	Gold	$500/$1,000	$9,000/$18,000	$25/$45	$350	$45	$45	Non-Hospital: $250 Hospital: $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$250/$500
Complete HMO 1000 25/50/350 with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$9,000/$18,000	$25/$50	$350	(D) $50	(D)	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$250/$500
Complete HMO 1000 10%/30% with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$9,000/$18,000	$25/$40	(D) 30%	(D) $50	(D)	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	(D) 30%	$25	(D) 30%	$10/$25/(D) 30%/ (D) 30%/(D) 30%/(D) 30%
Complete HMO 1500 25/50 ER350 with Care Complement	Gold	$1,500/$3,000	$9,000/$18,000	$25/$50	$350	(D) $50	(D)	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$250/$500
Complete HMO 2000 25/50 ER450 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$9,000/$18,000	$25/$50	$450	(D) $50	(D)	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$250/$500
Complete HMO 2000 35/70 with Care Complement	Silver	$2,000/$4,000	$10,000/$20,000	$35/$70	(D) $1,000	(D) $150	(D) $55	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) $1,000	$35	(D) $1,000	$10/$45/$200/ $275/$350/$500
Complete HMO 2500 30/55/500 with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$10,000/$20,000	$30/$55	(D) $500	(D) $80	(D) $55	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$35/(D) $75/ (D) $300/(D) $350/(D) $500
Complete HMO 2500 15%/35% with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$10,000/$20,000	$30/$55	(D) 35%	(D) $80	(D) $50	Non-Hospital: (D) 15% Hospital: (D) 35%	Non-Hospital: (D) 15% Hospital: (D) 35%	(D) 35%	$30	(D) 35%	$10/$30/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/(D) 35%
Complete HMO 3000 40/55/750 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$10,000/$20,000	$40/$55	(D) $750	(D) $80	(D) $55	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $500	(D) $500	$40	(D) $500	$10/$35/$75/ (D) $300/$350/(D) $500
Complete HMO 3500 45/75 with Care Complement	Silver	$3,500/$7,000	$10,000/$20,000	$45/$75	(D) $750	(D) $150	(D) $75	Non-Hospital: (D) $350 Hospital: (D) $750	Non-Hospital: (D) $350 Hospital: (D) $750	(D) $1,500	$45	(D) $1,500	$10/$45/$100/ (D) $225/$350/(D) $500
Complete HMO 4000 35/45 ER750 10% with Care Complement	Bronze	$4,000/$8,000	$10,150/$20,300	(D): $35/$45	(D) $750	(D) $100	(D) $50	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) 10%	(D) $35	(D) 10%	$10/$40/$175/ $250/$350/$500
Complete HMO 5000 35/45 ER750 10% with Care Complement	Bronze	$5,000/$10,000	$9,200/$18,400	(D): $35/$45	(D) $750	(D) $100	(D) $50	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) 10%	(D) $35	(D) 10%	$10/$40/$175/ $250/$350/$500

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

A 90-day supply of maintenance medications through mail order: Cost-sharing is 2x/2x/2x/3x of the 30-day supply, except on tiers with coinsurance.

Complete HMO plans for Merged Market

IMPORTANT: Matching Complete PPO Plus plans are available. The PPO Plus plan's out-of-network deductible and out-of-pocket maximum are twice of the comparable HMO.

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)		PHARMACY
Complete HMO plans	Metallic tier	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	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	Pharmacy cost-sharing by tiers for a 30-day supply 1/2/3/4/5/6
HSA plans with Enhanced FlexRx (where certain preventive drugs bypass the plan's deductible).													
Complete HMO HSA 2500 35/50 Enhanced FlexRx	Silver	$2,500/$5,000 Aggregate	$8,000/$16,000	(D) $35/$50	(D) $500	(D) $55	(D) $55	Non-Hospital: (D) $200 Hospital: (D) $400	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	(D) $35	(D) $500	(D) then: $10/$30/$80/$200/$250/$500
Complete HMO HSA 3000 35/55 Enhanced FlexRx	Silver	$3,000/$6,000 Aggregate	$8,000/$16,000	(D) $35/$55	(D) $500	(D) $55	(D) $55	Non-Hospital: (D) $200 Hospital: (D) $400	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	(D) $35	(D) $500	(D) then: $10/$30/$80/$200/$250/$500
Complete HMO HSA 3600 35/55 Enhanced FlexRx	Silver	$3,600/$7,200 Aggregate	$8,000/$16,000	(D) $35/$55	(D) $600	(D) $55	(D) $55	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) $1,000	(D) $35	(D) $1,000	(D) then: $10/$30/$80/$300/$350/$500
Complete HMO HSA 4200 Enhanced FlexRx	Bronze	$4,200/$8,400 Aggregate	$8,450/$16,900	(D) $50/$75	(D) 30%	(D) $75	(D) $75	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	(D) 30%	(D) $50	(D) 30%	(D) then: $10/$45/$175/$300/$350/$500

Complete Access EPO plans for Merged Market

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)		PHARMACY
Complete Access EPO plans	Metallic tier	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	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	Pharmacy cost-sharing by tiers for a 30-day supply 1/2/3/4/5/6
Complete Access EPO 2000 25/50 ER450 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$9,000/$18,000	$25/$50	$450	(D) $50	(D)	(D) $500	(D) $500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$250/$500
Complete Access EPO 3000 40/55/750 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$10,000/$20,000	$40/$55	(D) $750	(D) $80	(D) $55	(D) $500	(D) $500	(D) $500	$40	(D) $500	$10/$35/$75/ (D) $300/$350/(D) $500
HSA Plans with Enhanced FlexRx (where certain preventive drugs bypass the plan's deductible)													
Complete Access EPO HSA 3000 35/55 Enhanced FlexRx	Silver	$3,000/$6,000 Aggregate	$8,000/$16,000	(D) $35/$55	(D) $500	(D) $55	(D) $55	(D) $400	(D) $500	(D) $500	(D) $35	(D) $500	(D) then: $10/$30/$80/$200/$250/$500

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

A 90-day supply of maintenance medications through mail order: Cost-sharing is 2x/2x/2x/3x of the 30-day supply, except on tiers with coinsurance.

Choice Easy Tier HMO plans for Merged Market

IMPORTANT: Matching Choice Easy Tier PPO Plus plans are available. The PPO Plus plan's out-of-network deductible and out-of-pocket maximum are twice of the comparable HMO.

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)		PHARMACY
Choice Easy Tier HMO plans	Metallic tier	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	Pharmacy cost-sharing by tiers for a 30-day supply 1/2/3/4/5/6
Choice Easy Tier HMO 500 25/45/400 with Care Complement	Gold	$500/$1,000	$10,000/$20,000	$25/$45	$400	Tier 1: (D) $50 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	$45	Tier 1: (D) $75 Tier 2: (D) $525 Tier 3: (D) $1,000	Tier 1: (D) $250 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 1000 25/50/350 with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$10,000/$20,000	$25/$50	$350	Tier 1: (D) $50 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $20	Tier 1: (D) $150 Tier 2: (D) $600 Tier 3: (D) $1,000	Tier 1: (D) $250 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 1500 25/50 ER350 with Care Complement	Gold	$1,500/$3,000	$10,000/$20,000	$25/$50	$350	Tier 1: (D) $50 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $20	Tier 1: (D) $150 Tier 2: (D) $600 Tier 3: (D) $1,000	Tier 1: (D) $250 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$75/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 2000 25/50 ER450 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$10,000/$20,000	$25/$50	$450	Tier 1: (D) $50 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $25	Tier 1: (D) $150 Tier 2: (D) $600 Tier 3: (D) $1,000	Tier 1: (D) $250 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $500	$25	(D) $500	$10/$30/$100/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 2500 15%/20%/35% with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$10,000/$20,000	$40/$55	(D) 35%	Tier 1: (D) $100 Tier 2: (D) $200 Tier 3: (D) $400	(D) $60	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 20% Tier 3: (D) 35%	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 20% Tier 3: (D) 35%	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 20% Tier 3: (D) 35%	(D) 15%	$40	(D) 15%	$10/$35/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/ (D) 35%
Choice Easy Tier HMO 3000 45/55/750 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$10,000/$20,000	$45/$55	(D) $750	Tier 1: (D) $150 Tier 2: (D) $250 Tier 3: (D) $500	(D) $75	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,000	Tier 1: (D) $250 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $500 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $500	$45	(D) $500	$10/$35/$100/ (D) $300/$350/ (D) $500

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 2026 Choice Easy Tier network.

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

A 90-day supply of maintenance medications through mail order: Cost-sharing is 2x/2x/2x/3x of the 30-day supply, except on tiers with coinsurance.