Mass General Brigham Health Plan

Complete plans for large employers

Effective January 1, 2027

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: Office visit PCP/specialist	OUTPATIENT: Emergency room (copayment waived if admitted)	OUTPATIENT: Diagnostic imaging, X-ray and lab	OUTPATIENT: High-tech radiology	OUTPATIENT: Outpatient surgery	INPATIENT: Inpatient medical, SNF (100 days/benefit period) and rehab (60 days/benefit period) per admission	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU): Outpatient MH/ SU visits including rehab and detox	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU): 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 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 40/55 ER D 500 with Care Complement	$3,000/$6,000	$9,200/$18,400	$40/$55	(D) $500	(D) $80; (D) $55 Lab	(D) $500	(D) $500	(D) $500	$40	(D) $500
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 25/40 ER D 300 with Care Complement	$4,000/$8,000	$7,350/$14,700	$25/$40	(D) $300	(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 30/45 ER D 300 with Care Complement	$5,000/$10,000	$7,350/$14,700	$30/$45	(D) $300	(D) $45	(D) $200	(D) $500	(D) $1,000	$30	(D) $1,000
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 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 20%	$4,000/$8,000	$8,000/$16,000	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%
Complete HMO HSA 4500	$4,500/$8,700 Aggregate	$8,700/$17,400	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)

FlexRx℠ 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, 2027

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												
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)

FlexRx℠ 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, 2027

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 Access EPO 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 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 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
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 4000 25/40 ER D 300 with Care Complement	$4,000/$8,000	$7,350/$14,700	$25/$40	(D) $300	(D)	(D)	(D)	(D)	$25	(D)
Complete Access EPO 5000 30/45 ER D 300 with Care Complement	$5,000/$10,000	$7,350/$14,700	$30/$45	(D) $300	(D) $45	(D) $200	(D) $500	(D) $1,000	$30	(D) $1,000
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 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 20%	$4,000/$8,000	$8,000/$16,000	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%	(D) 20%
Complete Access EPO HSA 4500	$4,500/$8,700 Aggregate	$8,700/$17,400	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)

FlexRx℠ 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.

Value HMO plans for large employers

Effective January 1, 2027

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

			OUTPATIENT					INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)	
Value HMO 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
Value HMO 2000 25/40 with Care Complement	$2,000/$4,000	$5,000/$10,000	$25/$40	$250	(D)	(D)	(D)	(D)	$25	(D)
Value 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
Value 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
Value HMO 4000 with Care Complement	$4,000/$8,000	$7,350/$14,700	$25/$40	(D) $500	(D)	(D)	(D)	(D)	$25	(D)
Value 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)
Value HMO HSA plans										
Value HMO HSA 2000	$2,000/$4,000 Aggregate	$6,000/$12,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)
Value HMO HSA 4000	$4,000/$8,000 Aggregate	$8,000/$16,000	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)	(D)

(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: These plans include a limited provider network called Value HMO. These plans provide access to a network smaller than Mass General Brigham Health Plan's full commercial HMO provider network. With these plans, members have access to network benefits only from the providers in the Value HMO network. Please consult the provider directory at MGBHP.org to determine which providers are included in the network.

FlexRx℠ 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.

Mass General Brigham Health Plan includes Mass General Brigham Health Plan, Inc. and Mass General Brigham Health Insurance Company.

14534-0926-06