Mass General Brigham
Health Plan

Complete HMO plans for Merged Market

Plans available for new and renewing business

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)		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 25/50 with Care Complement	Platinum	None	$5,500/$11,000	$25/$50	$250	$25	$25	Non-Hospital: $150 Hospital: $300	Non-Hospital: $250 Hospital: $500	$500	$25	$500	$10/$35/$50 $160/$200/$500
Complete HMO 500 30/55 with Care Complement	Gold	$500/$1,000	$9,250/$18,500	$30/$55	$450	$55	$55	Non-Hospital: $250 Hospital: $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$250/$500
Complete HMO 1000 30/60 with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$9,250/$18,500	$30/$60	$450	(D) $50	(D) $30	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$250/$500
Complete HMO 1000 30/50 10%/30% with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$9,200/$18,400	$30/$50	(D) $200	(D) $50	(D) $30	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	(D) 30%	$30	(D) 30%	$10/$40/(D) 30%/ (D) 30%/(D) 30%/(D) 30%
Complete HMO 1500 30/60 with Care Complement	Gold	$1,500/$3,000	$10,000/$20,000	$30/$60	$450	(D) $50	(D) $30	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$250/$500
Complete HMO 2000 30/60/550 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$10,000/$20,000	$30/$60	$550	(D) $50	(D) $30	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$250/$500
Complete HMO 2000 40/80 with Care Complement	Silver	$2,000/$4,000	$10,500/$21,000	$40/$80	(D) $1,100	(D) $150	(D) $80	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) $1,000	$40	(D) $1,000	$10/$55/$225/ $275/$350/$500
Complete HMO 2500 35/65 with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$10,700/$21,400	$35/$65	(D) $600	(D) $80	(D) $65	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	$35	(D) $500	$10/$45/(D) $100/ (D) $300/(D) $350/(D) $500
Complete HMO 2500 35/65 15%/35% with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$10,750/$21,500	$35/$65	(D) 35%	(D) $80	(D) $65	Non-Hospital: (D) 15% Hospital: (D) 35%	Non-Hospital: (D) 15% Hospital: (D) 35%	(D) 35%	$35	(D) 35%	$10/$40/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/(D) 35%
Complete HMO 3000 45/65 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$10,750/$21,500	$45/$65	(D) $850	(D) $80	(D) $65	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $600	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $600	(D) $750	$45	(D) $750	$10/$45/$100/ (D) $300/$350/(D) $500
Complete HMO 3500 50/85 with Care Complement	Silver	$3,500/$7,000	$10,750/$21,500	$50/$85	(D) $850	(D) $150	(D) $85	Non-Hospital: (D) $350 Hospital: (D) $750	Non-Hospital: (D) $350 Hospital: (D) $750	(D) $1,500	$50	(D) $1,500	$10/$55/$125/ (D) $225/$350/(D) $500
Complete HMO 4000 40/60 with Care Complement	Bronze	$4,000/$8,000	$11,300/$22,600	(D): $40/$60	(D) $850	(D) $100	(D) $60	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $750	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) 10%	(D) $40	(D) 10%	$10/$50/$175/ $250/$350/$500
Complete HMO 5000 40/60 with Care Complement	Bronze	$5,000/$10,000	$10,500/$21,000	(D): $40/$60	(D) $850	(D) $100	(D) $60	Non-Hospital: (D) $300 Hospital: (D) $750	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) 10%	(D) $40	(D) 10%	$10/$50/$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

Plans available for new and renewing business

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)		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 40/60 Enhanced FlexRx	Silver	$2,500/$5,000 Aggregate	$8,700/$17,400	(D): $40/$60	(D) $600	(D) $60	(D) $60	Non-Hospital: (D) $200 Hospital: (D) $400	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	(D) $40	(D) $500	(D) then: $10/$40/$100/$200/$250/$500
Complete HMO HSA 3000 40/65 Enhanced FlexRx	Silver	$3,000/$6,000 Aggregate	$8,700/$17,400	(D): $40/$65	(D) $600	(D) $65	(D) $65	Non-Hospital: (D) $200 Hospital: (D) $400	Non-Hospital: (D) $250 Hospital: (D) $500	(D) $500	(D) $40	(D) $500	(D) then: $10/$40/$100/$200/$250/$500
Complete HMO HSA 3600 40/65 Enhanced FlexRx	Silver	$3,600/$7,200 Aggregate	$8,700/$17,400	(D): $40/$65	(D) $700	(D) $65	(D) $65	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	Non-Hospital: (D) $500 Hospital: (D) $1,000	(D) $1,000	(D) $40	(D) $1,000	(D) then: $10/$40/$100/$300/$350/$500
Complete HMO HSA 4400 Enhanced FlexRx	Bronze	$4,400/$8,750 Aggregate	$8,700/$17,400	(D): $55/$85	(D) $1,500	(D) $100	(D) $85	Non-Hospital: (D) $750 Hospital: (D) $1,000	Non-Hospital: (D) $750 Hospital: (D) $1,000	(D) $1,500	(D) $55	(D) $1,500	(D) then: $10/$55/$225/$300/$350/$500

Complete Access EPO plans for Merged Market

Plans available for new and renewing business

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)		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 30/60/550 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$10,000/20,000	$30/$60	$550	(D) $50	(D) $30	(D) $500	(D) $500	(D) $500	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$250/$500
Complete Access EPO 3000 45/65 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$10,750/$21,500	$45/$65	(D) $850	(D) $80	(D) $65	(D) $600	(D) $600	(D) $750	$45	(D) $750	$10/$45/$100/ (D) $300/$350/(D) $500
HSA Plans with Enhanced FlexRx (where certain preventive drugs bypass the plan's deductible)													
Complete Access EPO HSA 3000 40/65 Enhanced FlexRx	Silver	$3,000/$6,000 Aggregate	$8,700/$17,400	(D): $40/$65	(D) $600	(D) $65	(D) $65	(D) $400	(D) $500	(D) $500	(D) $40	(D) $500	(D) then: $10/$40/$100/$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

Plans available for new and renewing business

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)		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 30/55 with Care Complement	Gold	$500/$1,000	$10,500/$21,000	$30/$55	$500	Tier 1: (D) $55 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	$55	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	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 1000 30/60 with Care Complement	Gold	$1,000/$2,000	$11,000/$22,000	$30/$60	$450	Tier 1: (D) $55 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $30	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	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 1500 30/60 with Care Complement	Gold	$1,500/$3,000	$11,000/$22,000	$30/$60	$450	Tier 1: (D) $55 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $30	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	$30	(D) $500	$10/$40/$100/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 2000 30/60/550 with Care Complement	Gold	$2,000/$4,000	$11,000/$22,000	$30/$60	$550	Tier 1: (D) $55 Tier 2: (D) $150 Tier 3: (D) $300	(D) $30	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	$30	(D) $500	$10/$40/$125/ $200/$300/$500
Choice Easy Tier HMO 2500 45/65 15%/20%/35% with Care Complement	Silver	$2,500/$5,000	$11,000/$22,000	$45/$65	(D) 35%	Tier 1: (D) $100 Tier 2: (D) $200 Tier 3: (D) $400	(D) $65	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%	$45	(D) 15%	$10/$45/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/ (D) 35%
Choice Easy Tier HMO 3000 50/65 with Care Complement	Silver	$3,000/$6,000	$12,000/$24,000	$50/$65	(D) $850	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) $300 Tier 2: (D) $1,500 Tier 3: (D) $2,500	Tier 1: (D) $750 Tier 2: (D) $2,000 Tier 3: (D) $3,500	(D) $750	$50	(D) $750	$10/$45/$125/ (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 2026/2027 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.

Complete PPO Plus plans for Merged Market

Plans available for new and renewing business

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)		PHARMACY
Complete PPO Plus 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
NEW* Complete PPO Plus 2000 30/60/500	Silver	IN: $2,000/$4,000 OON: $4,000/$8,000	IN: $12,000/$24,000 OON: $24,000/$48,000	IN $30/$60 OON (D) 20%	IN (D) $500	IN (D) $60 OON (D) 20%	IN (D) $50 OON (D) 20%	IN (D) $350 OON (D) 20%	IN (D) $500 OON (D) 20%	IN (D) $1,000 OON (D) 20%	IN (D) $1,000 OON (D) 20%	IN $30 OON (D) 20%	IN (D) $1,000 OON (D) 20%	$30/$30/ IN (D) $60/ IN (D) $90/ IN (D) $60/ IN (D) $90
Complete PPO Plus 3000 45/65 with Care Complement	Silver	IN: $3,000/$6,000 OON: $6,000/$12,000	IN: $10,750/$21,500 OON: $21,500/$43,000	IN $45/$65 OON (D) 20%	IN (D) $850	IN (D) $80 OON (D) 20%	IN (D) $65 OON (D) 20%	Non-Hospital: IN (D) $300 Hospital: IN (D) $600 OON (D) 20%	Non-Hospital: IN (D) $300 Hospital: IN (D) $600 OON (D) 20%	IN (D) $750 OON (D) 20%	IN (D) $750 OON (D) 20%	IN $45 OON (D) 20%	IN (D) $750 OON (D) 20%	$10/$45/$100/ IN (D) $300/ $350/ IN (D) $500
HSA Plans with Enhanced FlexRx (where certain preventive drugs bypass the plan's deductible)														
Complete PPO Plus HSA 3000 40/65 Enhanced FlexRx	Silver	IN: $3,000/$6,000 OON: $6,000/$12,000 Aggregate	IN: $8,700/$17,400 OON: $17,400/$34,800	IN (D): $40/$65 OON (D) 20%	IN (D) $600	IN (D) $65 OON (D) 20%	IN (D) $65 OON (D) 20%	Non-Hospital: IN (D) $200 Hospital: IN (D) $400 OON (D) 20%	Non-Hospital: IN (D) $250 Hospital: IN (D) $500 OON (D) 20%	IN (D) $500 OON (D) 20%	IN (D) $500 OON (D) 20%	IN (D) $40 OON (D) 20%	IN (D) $500 OON (D) 20%	IN (D) then: $10/$40/$100/$200/$250/$500

*Note: This plan does not include Care Complement benefits.

(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.