

Complete HMO plans for Merged Market

Effective January 1, 2025		All plans meet Medicare Part D creditable coverage requirements. All plans meet Minimum Creditable Coverage requirements.											
Complete HMO plans	Metallic tier	Deductible (D) individual/family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of-pocket maximum individual/family (embedded)	OUTPATIENT						INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)		PHARMACY
				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
Matching Complete PPO Plus plans are available, except for the Complete HMO 20/40 with Care Complement.													
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 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/\$20/\$75/ \$200/\$250/\$500
Complete HMO 2000 25/40 ER450 with Care Complement	Gold	\$2,000/\$4,000	\$9,000/\$18,000	\$25/\$40	\$450	(D) \$50	(D)	Non-Hospital: (D) \$250 Hospital: (D) \$500	Non-Hospital: (D) \$250 Hospital: (D) \$500	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$20/\$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 2000 30/60 ER1000 with Care Complement	Silver	\$2,000/\$4,000	\$9,200/\$18,400	\$30/\$60	(D) \$1,000	(D) \$150	(D) \$55	Non-Hospital: (D) \$300 Hospital: (D) \$600	Non-Hospital: (D) \$300 Hospital: (D) \$600	(D) \$1,000	\$30	(D) \$1,000	\$10/\$45/\$200/ \$275/\$350/\$500
Complete HMO 2500 30/55/500 with Care Complement	Silver	\$2,500/\$5,000	\$9,200/\$18,400	\$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	\$9,200/\$18,400	\$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 40/55/500 with Care Complement	Silver	\$3,000/\$6,000	\$9,200/\$18,400	\$40/\$55	(D) \$500	(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	\$9,200/\$18,400	\$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/\$40/\$75/ (D) \$225/\$350/(D) \$500
Complete HMO 4000 35/45 ER750 10% with Care Complement	Bronze	\$4,000/\$8,000	\$9,000/\$18,000	(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 30/45 with Care Complement	Bronze	\$5,000/\$10,000	\$8,500/\$17,000	(D): \$30/\$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) \$30	(D) 10%	\$10/\$40/\$175/ \$225/\$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.

Note: Plans are ordered based on relativity to the first plan of each grid section.

Complete HMO plans for Merged Market

Effective January 1, 2025		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). Matching Complete PPO Plus plans are available.													
Complete HMO HSA 2500 30/45/450 Enhanced FlexRx	Silver	\$2,500/\$5,000 Aggregate	\$7,250/\$14,500	(D) \$30/\$45	(D) \$450	(D) \$50	(D) \$50	Non-Hospital: (D) \$150 Hospital: (D) \$300	Non-Hospital: (D) \$250 Hospital: (D) \$500	(D) \$500	(D) \$30	(D) \$500	(D) then: \$10/\$30/\$60/\$200/\$250/\$500
Complete HMO HSA 3000 35/50/450 Enhanced FlexRx	Silver	\$3,000/\$6,000 Aggregate	\$7,250/\$14,500	(D) \$35/\$50	(D) \$450	(D) \$55	(D) \$55	Non-Hospital: (D) \$150 Hospital: (D) \$300	Non-Hospital: (D) \$250 Hospital: (D) \$500	(D) \$500	(D) \$35	(D) \$500	(D) then: \$10/\$30/\$60/\$200/\$250/\$500
Complete HMO HSA 3600 35/50/600 Enhanced FlexRx	Silver	\$3,600/\$7,200 Aggregate	\$7,250/\$14,500	(D) \$35/\$50	(D) \$600	(D) \$55	(D) \$55	Non-Hospital: (D) \$250 Hospital: (D) \$1,000	Non-Hospital: (D) \$500 Hospital: (D) \$1,000	(D) \$1,000	(D) \$35	(D) \$1,000	(D) then: \$10/\$30/\$60/\$300/\$350/\$500
NEW: Complete HMO HSA 4000 Enhanced FlexRx	Bronze	\$4,000/\$8,000 Aggregate	\$8,000/\$16,000	(D) \$40/\$60	(D) 30%	(D) \$55	(D) \$55	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	Non-Hospital: (D) 10% Hospital: (D) 30%	(D) 30%	(D) \$40	(D) 30%	(D) then: \$10/\$30/\$175/\$300/\$350/\$500

New: Complete Access EPO plans for Merged Market

Effective January 1, 2025		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 with Care Complement	Gold	\$2,000/\$4,000	\$9,000/\$18,000	\$25/\$40	\$450	(D) \$50	(D)	(D) \$500	(D) \$500	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$20/\$75/ \$200/\$250/\$500
Complete Access EPO 3000 with Care Complement	Silver	\$3,000/\$6,000	\$9,200/\$18,400	\$40/\$55	(D) \$500	(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 Enhanced FlexRx	Silver	\$3,000/\$6,000 Aggregate	\$7,250/\$14,500	(D) \$35/\$50	(D) \$450	(D) \$55	(D) \$55	(D) \$300	(D) \$500	(D) \$500	(D) \$35	(D) \$500	(D) then: \$10/\$30/\$60/\$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.

Note: Plans are ordered based on relativity to the first plan of each grid section.

Choice Easy Tier HMO plans for Merged Market

Effective January 1, 2025

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

Choice Easy Tier HMO plans	Metallic tier	Deductible (D) individual/family (embedded)	Out-of-pocket maximum individual/family (embedded)	OUTPATIENT						INPATIENT		MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MH/SU)		PHARMACY
				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
Matching Choice Easy Tier PPO Plus plans are available.														
Choice Easy Tier HMO 500 25/45 with Care Complement	Gold	\$500/\$1,000	\$9,200/\$18,400	\$25/\$45	\$400	Tier 1: (D) \$50 Tier 2: (D) \$150	\$45	Tier 1: (D) \$75 Tier 2: (D) \$525	Tier 1: (D) \$250 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$30/\$75/ \$200/\$300/\$500
Choice Easy Tier HMO 1000 25/50 with Care Complement	Gold	\$1,000/\$2,000	\$9,200/\$18,400	\$25/\$50	\$350	Tier 1: (D) \$50 Tier 2: (D) \$150	(D) \$20	Tier 1: (D) \$150 Tier 2: (D) \$600	Tier 1: (D) \$250 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$25/\$75/ \$200/\$300/\$500
Choice Easy Tier HMO 1500 25/50 with Care Complement	Gold	\$1,500/\$3,000	\$9,200/\$18,400	\$25/\$50	\$350	Tier 1: (D) \$50 Tier 2: (D) \$150	(D) \$20	Tier 1: (D) \$150 Tier 2: (D) \$600	Tier 1: (D) \$250 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$25/\$75/ \$200/\$300/\$500
Choice Easy Tier HMO 2000 25/45 with Care Complement	Gold	\$2,000/\$4,000	\$9,200/\$18,400	\$25/\$45	\$450	Tier 1: (D) \$50 Tier 2: (D) \$150	(D)	Tier 1: (D) \$150 Tier 2: (D) \$600	Tier 1: (D) \$250 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$500	\$25	(D) \$500	\$10/\$25/\$75/ \$200/\$300/\$500
Choice Easy Tier HMO 2500 15%/35% with Care Complement	Silver	\$2,500/\$5,000	\$9,200/\$18,400	\$40/\$55	(D) 15%	Tier 1: (D) \$100 Tier 2: (D) \$200	(D) \$60	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 35%	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 35%	Tier 1: (D) 15% Tier 2: (D) 35%	(D) 15%	\$40	(D) 15%	\$10/\$35/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/ (D) 35%
Choice Easy Tier HMO 3000 45/55 with Care Complement	Silver	\$3,000/\$6,000	\$9,200/\$18,400	\$45/\$55	(D) \$750	Tier 1: (D) \$150 Tier 2: (D) \$250	(D) \$75	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$250 Tier 2: (D) \$1,500	Tier 1: (D) \$500 Tier 2: (D) \$2,000	(D) \$500	\$45	(D) \$500	\$10/\$35/\$75/ (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 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.

Note: Plans are ordered based on relativity to the first plan of each grid section.