



Your Health. Our Passion.

Rev. 1/2026

Health Insurance Plans & Terms

HealthNet accepts the insurance plans below at all HealthNet locations. If you don't see your plan listed, please call your insurance company, or call your HealthNet health center.

Commercial Plans

- Aetna Elect Choice (EPO)
- Anthem Blue Access
- Anthem Blue Preferred
- Anthem Blue Traditional
- BCBS Federal
- Cigna
- Encircle (EPO)
- Encore (PPO)
- First Health/Coventry
- Humana ChoiceCare (PPO/EPO)
- IU Health (excludes Select Plans)
- PPOM (PPO)

- Sagamore Plus
- United Healthcare

Marketplace Plans

- Caresource Just 4 Me
- Anthem/BCBS
- MHS Ambetter

Medicare Plans

- IU Medicare Advantage
- Anthem Medicare Advantage (PPO)
- United Healthcare
- Caresource Medicare
- Humana Medicare (PPO)
- Aetna Medicare PPO
- MHS Well Care by Allwell

Medicaid Plans

- Anthem
- FQHC
- MHS
- Caresource
- United Healthcare
- Humana

Vision Plans

- EyeMed
- Spectera
- Superior
- March
- Centene/Envolve

Primary Care Provider

The provider you see first for most of your basic health needs.

Specialist

The provider you see for special issues you may have outside of your basic health needs (heart, liver, kidneys, bones, skin and others).

Network

A group of doctors, hospitals and pharmacies that sign agreements with your insurance company to give you the best health care services possible.

In-Network

Your provider has an agreement with this insurance plan.

Out-of-Network

Your provider does not have an agreement with this insurance plan and you may have no or little coverage with the network. Out-of-Network costs are always higher.

Pre-Authorization

The need for the patient or provider to get approval from the insurance company for certain services before you can be seen. If you don't follow these rules, your insurance might not pay for your bill.

Premium

The amount you pay for your health insurance monthly, quarterly, or yearly.

Co-Payment*

A set dollar amount (for example, \$15) you have to pay, in most cases before services are done or medicine is given.

Co-Insurance/Deductible*

A set percentage you have to pay, in most cases before services are done or medicine is given.

Medically Necessary

Your insurance company makes sure that the health care you get is needed. If they think that the health care you get is not needed, they will not pay for it. You will have to pay your bill out-of-pocket.

Excluded or Non-Covered Services

Services your insurance will not pay for. You will have to pay for these services out-of-pocket.

***Note:** Depending on your plan, you may still have to pay more money with co-payments, co-insurances, and deductibles for certain services.

Los planes y términos del seguro de salud

HealthNet acepta los planes de seguro que están en el siguiente cuadro en todas las instalaciones de HealthNet. Si usted no ve su plan en esta lista, por favor, llame a su compañía de seguros, o a su centro de salud HealthNet.

Planes Comerciales

- Aetna Elect Choice (EPO)
- Anthem Blue Access
- Anthem Blue Preferred
- Anthem Blue Traditional
- BCBS Federal
- Cigna
- Encircle (EPO)
- Encore (PPO)
- First Health/Coventry
- Humana ChoiceCare (PPO/EPO)
- IU Health (excluye Select Plans)
- PPOM (PPO)

- Sagamore Plus
- United Healthcare

Planes del Mercado de Seguros de Salud

- Caresource Just 4 Me
- Anthem/BCBS
- MHS Ambetter

Planes de Medicare

- IU Medicare Advantage
- Anthem Medicare Advantage (PPO)
- United Healthcare
- Caresource Medicare
- Humana Medicare (PPO)
- Aetna Medicare PPO
- MHS Well Care by Allwell

Planes de Medicaid

- Anthem
- FQHC
- MHS
- Caresource
- United Healthcare
- Humana

Los planes de la visión

- EyeMed
- Spectera
- Superior
- March
- Centene/Envolve

Médico de Atención Primaria

El médico que se ve primero para la mayoría de las necesidades básicas de salud.

Especialista

El médico especialista ve los problemas especiales que usted puede tener fuera de sus necesidades básicas de salud (corazón, hígado, riñones, huesos, piel y otros).

La Red

Un grupo de médicos, hospitales y farmacias que firman acuerdos con la compañía de seguros para ofrecer los mejores servicios de atención de la salud.

Dentro de la Red

Su proveedor tiene un acuerdo con el plan de seguro médico.

Fuera de la Red

El proveedor no tiene un acuerdo con su plan de seguro y usted puede tener muy poca o ninguna cobertura con la red de sus servicios médicos. Costos incurridos fuera de la Red son siempre más caros.

Pre-Autorización

La necesidad de autorización del paciente o el proveedor para obtener la aprobación de la compañía de seguros para la prestación de determinados servicios antes de que pueda ser visto el paciente. Si no se siguen estas reglas, su seguro podría no pagar su factura.

Prima

La cantidad que usted paga por su seguro de salud mensual, trimestral o anualmente.

Co-Pagos*

Una cantidad de dólares (por ejemplo, \$15) que tiene que pagar, en la mayoría de los casos antes de que los servicios se llevan a cabo o para la medicina.

Co-Seguro/Deductible*

Un porcentaje fijo tiene que pagar, en la mayoría de los casos antes de que los servicios de salud se llevan a cabo o para la medicina.

Medicamento necesario

Su compañía de seguros se asegura de que el cuidado de salud que usted recibe es necesario. Si piensan que el cuidado de salud que usted recibe no es necesario, no van a pagar. Usted tendrá que pagar la factura de su bolsillo.

Servicios excluidos o no cubiertos por su seguro

Su compañía de seguros no va a pagar. Usted tendrá que pagar por estos servicios de su bolsillo.

***Nota:** En función de su plan de seguro, usted puede todavía tener que pagar más dinero en co-pagos, co-seguros y deducibles por determinados servicios.