



**Acceso para bebés
y madres**

*Solicitud
y manual*



**Desde JULY
2009 hasta
JUNE 2010**



AIM

Access for Infants and Mothers

AIM es el programa de seguros de
California para embarazadas de
medios ingresos



The California Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695 FAX: (916) 327-6560
www.mrmib.ca.gov

Board Members
Clifford Allenby, Chair
Areta Crowell, Ph.D.
Richard Figueroa, M.B.A.
Sophia Chang, M.D., M.P.H.

Ex Officio Members
Jack Campana
Kimberly Belshé
Dale E. Bonner

Executive Director
Lesley Cummings

Para pedir una solicitud, ayuda para llenarla o hacer preguntas acerca del estado de una solicitud, por favor llame al Programa AIM al:

1-800-433-2611

TTY: 1-800-735-2929

**De lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm
y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm**

En la web, en:

www.aim.ca.gov

Envíe las solicitudes por correo a:

P.O. BOX 15559

Sacramento, CA 95852-0559

***NOTA: Las solicitudes completas deben recibirse
antes del final de la semana 30 del embarazo.**

Las solicitudes pueden enviarse por mensajería nocturna a:

Access for Infants and Mothers Program

625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom, CA 95630



AIM

Access for Infants and Mothers

Qué encontrará adentro:

Bienvenida a AIM	2
— ¿Qué es AIM?	2
— ¿Qué es Healthy Families Program?	2
Servicios cubiertos para embarazadas y recién nacidos	3
— ¿Qué servicios están cubiertos en AIM?	3
— Servicios disponibles para su bebé a través de Healthy Families Program	6
¿Quién es elegible para el Programa AIM?	9
Planes de seguro médico	9
— ¿Quién proporcionará servicios de atención médica a usted y su bebé?	9
Cómo satisfacer las pautas de ingresos de AIM	10
— El tamaño de su familia para AIM	10
— ¿De quién son los ingresos que deben contarse?	10
— Los ingresos brutos de su familia	10
— Prueba de los ingresos brutos del hogar	11
— Deducciones de ingresos	12
— ¿Cumple usted con las Pautas de ingresos de AIM?	13
Cómo pagar su cobertura de AIM	14
— ¿Cuánto costará AIM?	14
— Cómo pagar AIM	14
— ¿Cómo presenta su solicitud y cuánto tiempo puede estar afilada en AIM?	16
— ¿Qué pasará con los servicios recibidos antes de afiliarme en AIM?	17
Solicitud para Acceso para bebés y madres	A1
Lo que tiene que saber después de afiliarse	19
— Aviso de privacidad del Programa AIM	23
Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado	24
Descripciones de los planes de seguro médico de AIM	28
— Anthem Blue Cross of California (EPO)	28
— Anthem Blue Cross of California (HMO)	29
— Santa Bárbara Prenatal Plus 2 de CenCal	30
— Central Coast Alliance for Health	31
— Contra Costa Health Plan	32
— Health Net	33
— Health Plan of San Joaquin	34
— Kaiser Permanente Northern California	35
— Kaiser Permanente Southern California	36
— Molina Healthcare of California	37
— Ventura County Health Care Plan	38
Preguntas frecuentes	39
Glosario	41
Formulario de inscripción para bebés de Healthy Families	43
Formulario de terminación temprana de embarazo de AIM	45



AIM

Access for Infants and Mothers

Guarde este manual para consultarlo en el futuro

Bienvenida a AIM

¡Felicidades!

¡Tiene un bebé en camino! El estado de California quiere ayudarla a que reciba una buena atención médica durante su embarazo, aún si tiene problemas de dinero. La falta de atención prenatal puede causarle muchos problemas a usted y su bebé. Los estudios en mujeres que no han recibido atención prenatal demuestran que muy seguido tienen nacimientos más complicados (y más caros). Si no tiene un seguro que cubra su embarazo y no está recibiendo Medi-Cal sin costo ni Medicare Parte A y Parte B, el programa Acceso para bebés y madres (AIM) puede ser la ayuda que usted y su bebé necesitan. AIM puede ayudarle incluso si tiene seguro médico pero su copago o deducible por servicios de maternidad es de más de \$500.

¿Qué es AIM?

El Programa AIM es una cobertura médica de bajo costo para mujeres embarazadas. Sus recién nacidos pueden ser cubierto por el Healthy Families Program. AIM ha sido concebido para las familias de ingresos intermedios que no tienen seguro médico y cuyos ingresos son muy altos para tener derecho a Medi-Cal sin costo. AIM también está a disposición de las personas que tienen seguro médico si su deducible o copago por maternidad es de más de \$500. Si usted cumple con los requisitos es elegible para AIM, su bebé tendrá derecho automáticamente a afiliarse en Healthy Families Program a menos que esté afiliado en un seguro patrocinado por el patrón o en Medi-Cal completo sin costo.

¿Qué es Healthy Families Program?

Healthy Families Program es una cobertura médica, dental y de la vista de bajo costo para niños y adolescentes hasta los 19 años de edad. Ofrece cobertura completa para niños que de no tienen seguro patrocinado por el patrón y que no son elegibles para Medi-Cal sin costo. Si usted está afiliada a AIM, su bebé es elegible para afiliarse a Healthy Families Program, a menos que su bebé esté afiliado a un seguro patrocinado por el patrón o a Medi-Cal sin costo. Si usted no inscribe a su bebé, no estará cubierto.

¿Cómo inscribo a mi bebé para Healthy Families?

Nota: Los bebés son elegibles automáticamente para Healthy Families Program a menos que estén afiliados a un seguro patrocinado por el patrón o a Medi-Cal sin costo.

AIM le enviará por correo un Manual de Healthy Families y un Formulario de inscripción para bebés 30 días antes de la fecha esperada del parto. El Formulario de inscripción para bebés pide la siguiente información:

1. Nombre, segundo nombre y apellido de su bebé
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Peso al nacer
5. Proveedor personal (el médico que quiere para el bebé)
6. Selección de planes de atención dental y cuidado de la vista (los planes disponibles para su condado por código postal se indican en el Manual de Healthy Families y en www.healthyfamilies.ca.gov.)

7. Información sobre si su bebé está afiliado actualmente en un seguro patrocinado por el patrón o ha estado afiliado en los últimos 3 meses.

Llene el Formulario de inscripción para bebés y envíelo a Healthy Families a más tardar 30 días después del parto. Envíe esta información a Healthy Families a la dirección impresa en el formulario. Si usted no recibe el Manual de Healthy Families y el Formulario de inscripción para bebés, llame al 1-800-433-2611. El Formulario de inscripción para bebés también está en la página 43. Después de que su bebé esté afiliado, Healthy Families comenzará a facturarle la cuota mensual de su bebé.

La cobertura de su bebé comenzará hasta que Healthy Families Program reciba la información pedida.

¿Cuándo comienza la cobertura de Healthy Families de mi bebé?

Una vez que Healthy Families Program reciba la información pedida y su bebé esté afiliado, la cobertura comenzará a partir de su fecha de nacimiento, a menos que su bebé esté afiliado en un seguro patrocinado por el patrón o Medi-Cal sin costo. Si registra al bebé más de un mes después de que nació, tendrá que pagar cuotas desde el mes después del nacimiento para mantener afiliado a su bebé.

¿En qué plan de seguro médico de Healthy Families estará mi bebé?

Usted y su bebé estarán en el mismo plan de seguro médico si está disponible con Healthy Families, aunque usted estará en AIM y su bebé estará en Healthy Families.

Su bebé seguirá en el mismo plan que usted tenía en AIM, a menos que usted tenga otros hijos afiliados a Healthy Families Program. Si usted tiene otros hijos en Healthy Families Program, su bebé será transferido al plan de los otros niños el tercer mes después de nacido. Por favor llame a Healthy Families si su bebé tiene necesidades especiales de atención médica y no quiere que lo transfieran a otro plan.

Los niños afiliados a Healthy Families Program deben renovar su elegibilidad una vez al año para ver si siguen reuniendo los requisitos. Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las pautas de ingresos del Programa AIM en la primera Revisión anual de elegibilidad. Para seguir afiliada a Healthy Families, debe estar dentro de las pautas de ingresos de Healthy Families en la segunda Revisión anual de elegibilidad de su bebé. Healthy Families tiene un límite de elegibilidad de ingresos menor que AIM.

¿Qué pasa si no necesito Healthy Families?

Si su bebé recibirá cobertura a través de su patrón o Medi-Cal sin costo, no será elegible para Healthy Families Program. Aunque no necesite Healthy Families Program, usted tiene que notificar al Programa AIM del resultado de su embarazo. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la terminación de su embarazo.



Servicios cubiertos para embarazadas y recién nacidos

¿Qué servicios están cubiertos en AIM?

El Programa AIM cubre todos los servicios médicamente necesarios a partir de la fecha de comienzo de la cobertura del Programa AIM y hasta 60 días después de la terminación de su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted haya recibido después de 60 días de terminado su embarazo. Si envía el Formulario de inscripción para bebés requerido, su bebé estará cubierto desde su fecha de nacimiento a través de Healthy Families, a menos que su bebé esté afiliado a un seguro patrocinado por el patrón o Medi-Cal sin costo (como se explica en la página 2). Lea en las páginas 6 a 8 una lista de los beneficios y servicios a disposición de su bebé. Mientras esté afiliada al Programa AIM, la cobertura incluirá:

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Servicios de médicos y profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y consultas con un médico u otro proveedor de atención médica autorizado • Consultas en hospital y e institución de enfermería especializada • Consultas profesionales • Exámenes y tratamiento de alergias • Exámenes auditivos, audífonos y servicios • Exámenes de la vista o refracciones para determinar la necesidad de lentes correctivas; exámenes de la vista de retina dilatada • Consultas en el hogar médicamente necesarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Baterías, equipo auxiliar que no sea el cubierto en la compra original de los equipos • Repuestos o reparaciones de audífonos después del período de un año de garantía cubierto • Reparación de audífonos más de una vez en cualquier período de 36 meses • Dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente
Atención preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes periódicos, exámenes de diagnóstico de rutina y servicios de laboratorio • Exámenes exploratorios de cáncer • Servicios directos de cuidado de nutrición para la paciente, evaluación nutricional 	Ninguno
Atención de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal, atención postnatal • Partos de paciente interna, complicaciones del embarazo 	Ninguno
Servicios hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios generales de paciente interno o externo y suministros afines 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos personales o para la comodidad • Habitación privada, a menos que sea médicamente necesaria
Servicios de radiografía diagnóstica y de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico necesarios para evaluar, diagnosticar y atender • Radiografías, procedimientos de laboratorio • Electrocardiogramas, electroencefalogramas • Diagnóstico prenatal de padecimientos genéticos del feto en los embarazos de alto riesgo • Análisis de laboratorio para el control de la diabetes, incluyendo colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, lipoproteínas de alta y baja densidad (HDL/LDL) y hemoglobina A-1 (glicohemoglobina) • Terapia radiológica, quimioterapia, tratamientos de diálisis 	Ninguno

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Servicios AIM, *continúa*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Medicamentos de receta	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de receta médicamente necesarios • Medicamentos inyectables, agujas, jeringas • Insulina, glucagón, sistemas de análisis y administración • Medicamentos anticonceptivos orales e inyectables, dispositivos anticonceptivos recetados 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos experimentales o de investigación • Medicamentos de patente o de venta libre • Medicamentos que no necesiten receta** • Supresores del apetito, otros medicamentos o medicinas para dietas • El plan de seguro médico puede especificar que se administren medicamentos genéricos equivalentes cuando no exista alguna contraindicación
Servicios de educación de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios funcionales, incluyendo información sobre la salud personal • Recomendaciones sobre el mejor y más eficaz uso de los servicios, organizaciones relacionadas con el plan de seguro médico • Servicios médicos relativos a la prevención del uso de tabaco y para dejar de fumar 	Ninguno
Servicios de atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de padecimientos de salud mental • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI) y trastorno emocional grave (SED) • Servicios de paciente externo e interno • Ciertos tratamientos residenciales apropiados, tratamiento de un día o tratamiento de paciente externo que pueden sustituir la hospitalización • Algunos planes de seguro médico pueden decidir proporcionar consultas adicionales u opciones de terapia de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de 30 días de paciente interno y 20 días de paciente externo por año de beneficios para servicios básicos de atención de salud mental (No aplicable a los padecimientos SMI y SED) • Sin límite de días y consultas para los padecimientos SMI y SED
Servicios de atención médica de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia las 24 horas para enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar poner a la afiliada en peligro de pérdida de la vida, de enfermedad grave o de discapacidad • Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes 	Ninguno
Transporte médico	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia de emergencia para los servicios de emergencias al primer hospital que acepte a la afiliada para su atención • Ambulancia y servicios de transporte proporcionados mediante el sistema "911" • Transporte médicamente necesario fuera de emergencias para llevar a la afiliada de un hospital a otro hospital o instalación o a su hogar. Se requiere autorización previa del Plan de seguro médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de transporte por avión, automóvil, taxi u otro medio de transporte público

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

** La insulina y los medicamentos para dejar de fumar no están excluidos en la cobertura.



Servicios AIM, continúa

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Equipo médico duradero	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico apropiado para su uso en el hogar • Oxígeno y equipo de oxígeno • Monitores de glucosa en la sangre, bombas de insulina, suministros afines • Nebulizadores, tubería, suministros afines • Bolsas de ostomía, catéteres urinarios y suministros 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos para la comodidad • Suministros desechables** • Equipo experimental o de investigación • Baños sauna, elevadores, otros dispositivos que no sean médicos • Modificaciones al hogar o el automóvil • Equipo de lujo • Más de una unidad de equipo que cumpla la misma función • El plan de seguro médico puede determinar si rentar o comprar
Abuso en el consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de salud e intervención de crisis relativos al abuso en el consumo de alcohol o drogas • Paciente interno: Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema • Paciente externo: 20 consultas por año de beneficios • Algunos planes de salud pueden decidir proporcionar las consultas adicionales médicamente necesarias 	Ninguno
Enfermería especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicamente necesarios prescritos por un médico o enfermera de práctica avanzada, en una instalación de enfermería especializada autorizada de un plan de seguro médico, las 24 horas del día 	<ul style="list-style-type: none"> • El beneficio de enfermería especializada está limitado a 100 días por año de beneficios
Servicios médicos en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos proporcionados en el hogar por personal médico • Prescrito o dirigido por el médico titular o designatario apropiado de los planes de seguro médico 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay atención de custodia • Elección de un lugar para la atención médica mutuamente conveniente a discreción del médico titular o el designatario apropiado del plan de seguro médico • Los planes de salud utilizan administración de casos para considerar las opciones más económicas de entorno de atención médica alternativa mutuamente apropiada

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

** Las bolsas de ostomía, catéteres urinarios y suministros afines consecuentes con las normas de cobertura de Medicare no están excluidos de la cobertura.

Servicios AIM, continúa

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Sangre y productos de sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos de sangre para paciente interno y externo • Recolección y almacenamiento de sangre autóloga (auto sangrado) cuando sea médicamente indicado 	Ninguno
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de orientación de planificación familiar • Esterilización • Diafragmas, otros dispositivos aprobados por la FDA • Anticonceptivos de receta 	Ninguno

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Servicios disponibles para su bebé a través de Healthy Families Program

Healthy Families Program cubre todos los servicios médicamente necesarios de salud, dentales y visión para niños y adolescentes. Mientras esté afiliado en Healthy Families, la cobertura de su hijo incluirá:

Beneficios de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Servicios de médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas en el consultorio o en el hogar • Exámenes y tratamiento de alergias 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 por consulta • \$5 por consulta • Sin cargo si tiene menos de 24 meses de edad
Atención preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de salud periódicos (incluyendo exámenes de rutina para bebés) • Diversos servicios de planificación familiar voluntarios • Atención prenatal • Exámenes de audición y vista • Inmunizaciones • Exámenes de enfermedades de transmisión sexual (STD) • Orientación y asesoría confidencial del VIH/SIDA • Exámenes de Papanicolaou anuales • Servicios de educación de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cargo (incluyendo visitas al consultorio)
Medicamentos de receta	<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de 30 días de medicamentos de marca o genéricos, incluyendo un ciclo de medicamentos para dejar de fumar • Suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento • Mientras está en el hospital • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 por receta • \$5 por receta • Sin cargo • Sin cargo
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente interno habitación y alimentos, atención de enfermería y todos los servicios médicamente necesarios • Paciente externo: servicios diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos prestados en el hospital o instalación de paciente externo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cargo

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Además de estos beneficios, algunos de los servicios también los proporciona el Programa de servicios para niños de California (California Children's Services) y por los departamentos de salud mental de los condados. Las familias deben cumplir con los requisitos de residencia y los afiliados menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para ser elegibles para los servicios de CCS. Los afiliados menores de 19 años de edad a quienes se les haya diagnosticado un padecimiento emocional grave (SED) posiblemente reciban servicios del departamento de salud mental de su condado.



¿Preguntas? Llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.

Servicios Healthy Families, *continúa*

Beneficios de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Servicios de atención médica de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Emergencia las 24 horas para enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar poner a la afiliada en peligro de perder la vida, de enfermedad grave o de discapacidad Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por consulta, a menos que sea hospitalizado No se dará cobertura si los servicios recibidos no sean una emergencia
Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> Atención prenatal y posnatal, paciente interno y de sala de cunas 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Transporte médico	<ul style="list-style-type: none"> Transporte de ambulancia de emergencia al hospital y transporte médicamente necesario que no sea de emergencia para transferir a la afiliada de un hospital a otro hospital o instalación médica o de la instalación al hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
radiografía diagnóstica y laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Paciente interno y externo 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Equipo médico duradero	<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico apropiado para su uso en el hogar, oxígeno y equipo para oxígeno; bombas de insulina y todos los suministros afines necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Servicios de atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento de un padecimiento mental. Servicios sin límite como paciente externo e interno para las enfermedades mentales graves (SMI) y los trastornos emocionales graves (SED) en niños. Todos los servicios básicos de atención de salud mental se limitan a 20 consultas como paciente externo y 30 días en el hospital como paciente interno 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo por servicios de paciente interno \$5 por consulta para servicios de paciente externo
Abuso en el consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> Paciente interno Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema Paciente externo: 20 consultas por año de beneficios (algunos planes tienen la opción de aumentar el número de consultas en el año de beneficios si determinan que los servicios de paciente externo son médicamente necesarios) 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo por servicios de paciente interno \$5 por consulta para servicios de paciente externo
Terapia física, ocupacional y del habla	<ul style="list-style-type: none"> La terapia puede proporcionarse en un consultorio médico u otro lugar apropiado para paciente externo, hospital, institución de enfermería especializada o el hogar. Los planes pueden exigir evaluaciones periódicas mientras sea proporcionada la terapia médicamente necesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo por servicios de paciente interno \$5 por consulta para servicios de paciente externo
Atención médica en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Debe ser prescrita o dirigida por el médico titular u otra autoridad apropiada designada por el plan 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Atención de enfermería especializada	<ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados en una institución de enfermería especializada autorizada: 100 días por año de beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo

Beneficios médicos opcionales en Healthy Families

No todos los planes de seguro médico ofrecen estos beneficios. Por favor consulte el Manual de Healthy Families o vaya a www.healthyfamilies.ca.gov si quiere información sobre qué planes de seguros cubren estos servicios.

Beneficios opcionales de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> 20 consultas por año de beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por consulta
Quiropráctico	<ul style="list-style-type: none"> 20 consultas por año de beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por consulta

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Además de estos beneficios, algunos de los servicios también los proporciona el Programa de servicios para niños de California (California Children's Services) y por los departamentos de salud mental de los condados. Las familias deben cumplir con los requisitos de residencia y los afiliados menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para ser elegibles para los servicios de CCS. Los afiliados menores de 19 años de edad a quienes se les haya diagnosticado un padecimiento emocional grave (SED) recibirán servicios del departamento de salud mental de su condado

Beneficios médicos opcionales en Healthy Families, *continúa*

Beneficios opcionales de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Biofeedback	<ul style="list-style-type: none"> 8 consultas por año de beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por consulta
Abortos opcionales	<ul style="list-style-type: none"> Los planes de seguros varían 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo

Beneficios de la vista en Healthy Families Program

Beneficios de la vista de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Exámenes de la vista	<ul style="list-style-type: none"> Una vez cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por examen
Anteojos de receta	<ul style="list-style-type: none"> Una vez cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 por anteojos, armazones o lentes

Beneficios dentales en Healthy Families Program

Beneficios dentales de Healthy Families*	Servicios para niños	Costo para la afiliada (copago)
Atención preventiva (Limpiezas dentales, flúor tópico)	<ul style="list-style-type: none"> Cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Empastes	<ul style="list-style-type: none"> Como sea necesario 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Selladores	<ul style="list-style-type: none"> Como sea necesario solamente para los 1º y 2º molares permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Servicios de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías de mordida lateral, completas y panorámicas Consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo
Servicios mayores	<ul style="list-style-type: none"> Endodoncia Cirugía oral Coronas y puentes Dentaduras postizas 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 \$5 \$5 \$5
Servicios de ortodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Se ofrecen a los afiliados menores de 19 años de edad a través del programa de Servicios para los niños de California (California Children's Services, CCS) cuando el padecimiento cumpla con los criterios del programa CCS. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo

* Beneficios proporcionados si el plan de seguro determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descritos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte mayores detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Además de estos beneficios, algunos de los servicios también los proporciona el Programa de servicios para niños de California (California Children's Services) y por los departamentos de salud mental de los condados. Las familias deben cumplir con los requisitos de residencia y los afiliados menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para ser elegibles para los servicios de CCS. Los afiliados menores de 19 años de edad a quienes se les haya diagnosticado un padecimiento emocional grave (SED) recibirán servicios del departamento de salud mental de su condado.

Nota: Los cuadros de beneficios de las páginas anteriores son solamente un resumen de los beneficios ofrecidos por cada plan de seguro médico de los programas AIM y Healthy Families. Estos resúmenes son solamente como información. Éste no es un contrato. Consulte los términos y condiciones exactos de los beneficios de atención médica, las estipulaciones, exclusiones y limitaciones de cada plan en el folleto de Prueba de cobertura o el Certificado de seguro de cada plan de seguro médico. Llame al teléfono anotado en la página de descripción de cada plan de seguro médico para obtener más información.



¿Quién es elegible para el Programa AIM?

Para ser elegible para AIM, usted debe:

- 1. Estar embarazada:** Usted debe estar embarazada, pero con no más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud. La fecha de la solicitud es la fecha en que la solicitud **completa** y elegible se envía al Programa AIM y esté indicada por la fecha del sello del servicio postal en el sobre de la solicitud o la documentación de otro servicio de entrega. Cuento sus semanas de embarazo comenzando desde el primer día de su última regla o vaya al sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp para usar una calculadora de embarazo y
- 2. Ser residente de California:** Una persona que viva en California y con la intención de quedarse y
- 3. No estar afiliada a otros programas:** Usted no debe estar recibiendo beneficios de Medi-Cal sin costo o Medicare Parte A y Parte B a la fecha de la solicitud y
- 4. No estar cubierta por algún seguro médico que cueste \$500 o menos:** Usted no debe tener beneficios de maternidad a través de algún seguro médico privado, a menos que su cobertura de maternidad tenga un deducible o un copago específico para servicios de maternidad mayor que \$500 a la fecha de la solicitud y
- 5. Estar dentro de las pautas de ingresos de AIM:** Los ingresos mensuales de su hogar (después de deducciones de ingresos) deben de estar dentro de las Pautas de ingresos de AIM. Lea acerca de las pautas de ingresos en la página 13.

El número de mujeres afiliadas en AIM está limitado por el dinero proporcionado por el estado. Si bien normalmente hay el dinero suficiente, una vez que se llene el programa ya no podrá afiliarse aunque usted sea elegible y su solicitud esté completa. Si esto sucede, le avisaremos por correo y le devolveremos su pago inicial.



Planes de seguro médico

¿Quién proporcionará servicios de atención médica a usted y su bebé?

Cuando presente su solicitud para AIM, usted elegirá un plan de seguro médico de una lista de planes disponibles de su condado. Luego, cuando comience su cobertura AIM, su plan de seguro médico administrará su atención médica. El plan le dirá qué médicos, parteras, grupos médicos, hospitales y otros proveedores puede usar usted y qué servicios hay disponibles. El plan le dirá cómo obtener los servicios que usted necesite.

Si usted está afiliada a AIM, su tiene derecho automáticamente a estar en el Healthy Families Program, a menos que su bebé esté afiliado a un seguro patrocinado por el patrón o a MediCal sin costo. Su bebé tendrá la misma cobertura médica y estará en el mismo plan de seguro médico que usted, si están disponibles con Healthy Families. Su bebé no estará cubierto hasta que Healthy Families reciba la información pedida (como se explica en la página 2).

Su bebé seguirá afiliado al mismo plan que usted tenía en AIM si está disponible en Healthy Families, a menos que usted tenga otros hijos ya afiliados a Healthy Families Program. Si usted tiene otros hijos afiliados en Healthy Families Program, el bebé será transferido al plan de los otros niños el tercer mes después de nacido. Por favor llame a Healthy Families Program si su bebé tiene necesidades especiales de atención médica y no quiere que lo

transferan a otro plan. Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las pautas de ingresos del Programa AIM en la primera Revisión anual de elegibilidad. Para seguir afiliada a Healthy Families, debe estar dentro de las pautas de ingresos de Healthy Families en la segunda Revisión anual de elegibilidad de su bebé. Healthy Families tiene un límite de ingresos menor que AIM.

Todos los planes de AIM y Healthy Families ofrecen la misma cobertura médica. Las únicas diferencias entre los planes son sus opciones de proveedores y los servicios especiales que ofrecen. Para averiguar qué médicos y hospitales trabajan en un plan, llame directamente al plan. Para averiguar los servicios especiales que ofrece cada plan, lea las descripciones de los planes en las páginas 28 a 38 de este manual. Las clases de bienestar o las líneas de ayuda telefónica son ejemplos de los servicios especiales.

Muchos proveedores trabajan con AIM y con los planes de seguro médico de AIM. Posiblemente pueda seguir usando el mismo médico, hospital o farmacia que usa ahora. Llame a los planes de seguro médico de su condado para preguntar si ellos trabajan con el proveedor que usted quiera.

Cómo satisfacer las pautas de ingresos de AIM

Para saber si satisface las pautas de ingresos de AIM, nos fijamos en:

1. El tamaño de su familia.
2. De quién son los ingresos que cuentan.
3. Los ingresos brutos (los ingresos totales antes de deducir ciertos gastos).
4. Deducciones de ingresos (gastos que se deducirán de sus ingresos brutos).

1. El tamaño de su familia para AIM

Use el cuadro de abajo para encontrar el tamaño de su familia para AIM.

¿Quién vive en su hogar?

Mujer embarazada y un bebé o bebés por nacer, cuentan como 2

+ 2

(Si está embarazada con dos o más bebés, aún así se le considera que usted y los bebés son dos miembros de la familia hasta el nacimiento.)

El esposo, cuenta como 1

+ _____

El padre del bebé, si usted no está casada, cuenta como 1
(Solamente si tienen otro bebé en común y el padre del niño vive en la casa con ustedes.)

Otros hijos. Cuente cada uno como 1

+ _____

(Cuente sus hijos o los de su esposo o el padre del bebé por nacer si tienen un hijo en común. Los hijos deben ser menores de 21 años, vivir en casa o asistir a la escuela en otra población y ser declarados como dependientes para fines fiscales por sus padres.)

Tamaño total de la familia

+ _____

2. ¿De quién son los ingresos que deben contarse?

Para saber si satisface las pautas de ingresos de AIM, cuente solamente los ingresos de los siguientes miembros de la familia:

1. Usted, la embarazada
2. Su esposo **o**
3. El padre del bebé (pero solamente si él vive en la casa con **usted** y **ustedes** tienen otro hijo en común)

3. Los ingresos brutos de su familia

Para saber si satisface las pautas de ingresos de AIM, usted tiene que mostrar los **ingresos brutos** de su familia (ingresos antes de cualquier deducción). (Lea “De quién son los ingresos que deben contarse” en la página 10.) Los ingresos incluyen:

- salario antes de impuestos
- comisiones
- propinas
- bonos y paga de tiempo extra
- ganancias netas por trabajo por su cuenta

- ingresos no ganados (por ejemplo: beneficios de desempleo, discapacidad, seguro social, pensión alimenticia, pensiones)
- ingresos ganados en otros estados o en otros países

Los ingresos que cuente pueden ser del año pasado o los ingresos actuales o una combinación de los dos, dependiendo de su situación de empleo. Por ejemplo, puede usar sus ingresos actuales y los ingresos de su esposo del año pasado.

No incluya manutención infantil ni los beneficios de asistencia pública como ingresos.



Prueba de los ingresos brutos del hogar

Para cada persona, muestre los ingresos brutos del año pasado o los ingresos brutos actuales. Incluya una copia de la prueba junto con su solicitud.

Prueba de ingresos del año pasado:

1. Declaración de impuestos federales 1040 del año pasado; o
2. Todos los documentos que muestren los ingresos no ganados.

Por ejemplo, copias de las cartas de concesión, para el año calendario, cheques o estados de cuenta bancarios que muestren las cantidades recibidas de Seguro Social, seguro de discapacidad, pensión alimenticia, respaldo conyugal, etc., del año anterior.

Los ingresos por trabajo por su cuenta, sociedades o contratos independientes requieren de:

- a. La presentación del formulario 1040 de la declaración de impuestos federales por ingresos del año anterior Y el Cuadro C (o cuadro equivalente); *or*
- b. Un estado de ganancias y pérdidas del período de los tres meses más recientes a la fecha en que el programa reciba la solicitud.

Nota: Los ingresos contables son las Ganancias netas. La depreciación y los gastos de alimentos y gastos de representación se vuelven a sumar a las ganancias netas. Las cantidades negativas (pérdidas) del 1040 y del estado de ganancias y pérdidas cuentan como cero.

Lo siguiente se debe incluir en el estado de ganancias y pérdidas:

- 1) Fecha.
- 2) Nombre, dirección y teléfono del negocio.
- 3) Ingresos brutos y gastos detallados, de cada mes por separado, del período de tres meses.
- 4) Firma de la persona que ganó los ingresos junto con la siguiente declaración: “La información proporcionada es verdadera y correcta”.

Prueba de ingresos actuales:

1. Cheque de nómina o talón de desempleo

Que muestre los ingresos brutos de un período que haya terminado cuando mucho a 45 días de la fecha en que el programa reciba el documento. Lo siguiente se debe incluir en el talón:

- a) Salario bruto y neto.
- b) Nombre del empleado.
- c) Fecha de pago o período pagado.
- d) Nombre del negocio o

2. Una carta del patrón

Lo siguiente se debe incluir en la carta:

- a) Carta en papel impreso con el nombre del negocio, dirección y teléfono.
- b) La fecha de la carta del patrón.
- c) Nombre del empleado.
- d) Ingresos mensuales brutos actuales del empleado de un período que haya terminado cuando mucho a 45 días de la fecha en que el programa reciba el documento.
- e) Declaración: “La información proporcionada es verdadera y correcta según lo mejor del conocimiento del firmante”.
- f) Firma y título de trabajo del personal autorizado.

3. Ingresos no ganados

Todos los documentos que muestren los ingresos no ganados. Por ejemplo, copias de las cartas de concesión para el año calendario actual, cheques o estados de cuenta bancarios que muestren las cantidades recibidas del Seguro Social, seguro de discapacidad, pensión alimenticia, respaldo conyugal, etc.

4. Aviso de acción Medi-Cal (NOA)

El NOA debe incluir una cantidad de ingresos o una hoja de trabajo para presupuesto (por separado) y debe haber sido emitido a no más de dos meses de la fecha de su solicitud y que muestre que usted no es elegible para Medi-Cal sin costo.

4. Deducciones de ingresos

Las deducciones de ingresos son gastos que se restarán de sus ingresos mensuales brutos para ver si usted es elegible para el Programa AIM. Abajo encontrará los gastos que puede deducir. Se deducirán los gastos por cuidado infantil y de dependientes discapacitados (hasta

el máximo permitido) si usted y su esposo (o el padre del bebé) están trabajando o en capacitación para el trabajo y no están en casa para dar el cuidado. Envíe una prueba por cada deducción que haga.

Deducciones	Cantidad	Prueba
De trabajo. Todos los adultos que trabajen o reciban Seguro por discapacidad o Compensación laboral del estado podrán deducir \$90. Si los ingresos son de menos de \$90, la deducción será solamente por la cantidad ganada.	\$90	Ninguna Se aplica automáticamente a cada uno de los adultos que trabajan y aquellos que reciben Seguro por discapacidad del estado o Compensación laboral. Si los ingresos son de menos de \$90, la deducción será solamente por la cantidad ganada.
Pensión alimenticia o respaldo conyugal ordenado por un juez que recibe.	\$50	Copia del cheque de la pensión alimenticia o respaldo conyugal del mes anterior.
Gasto mensual por guardería infantil para cada hijo menor de 2 años de edad.	\$200 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de gastos de guardería infantil del mes anterior.
Gasto mensual por guardería infantil para cada hijo de 2 años de edad y mayor.	\$175 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de gastos de guardería infantil del mes anterior.
Gasto mensual por cuidado de un dependiente discapacitado (de cualquier edad) que viva en la casa.	\$175 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de gastos del mes anterior.
Pensión alimenticia o manutención infantil que pagan usted o su esposo o el padre del bebé (según la definición de la página 10).	Pago completo	Copias de los cheques cancelados, talones de pago que muestren las deducciones de respaldo o un estado de cuenta de la División de respaldo familiar (Family Support Division) del Fiscal de distrito del período de un mes más reciente.



¿Cumple usted con las Pautas de ingresos de AIM?

Escriba el tamaño de familia para AIM en el cuadro de abajo. (Lea acerca del tamaño de familia para AIM en la página 10.) Vea si los ingresos mensuales de su familia están dentro de las Pautas de ingresos de AIM anotados para el tamaño de su familia. (Lea acerca de ingresos y deducciones, páginas 10-12.) Si así es, entonces usted cumple con las pautas de ingresos de AIM. Tendrá que enviarnos pruebas de sus ingresos y gastos para ser elegible para AIM.

Pautas de ingresos de AIM 1° de abril de 2009 al 31 de marzo de 2010	
Tamaño de familia para AIM (cuente una embarazada como 2)	Ingresos mensuales del hogar (ingresos brutos después de las deducciones de AIM)
2	\$2,430 to \$3,644
3	\$3,053 to \$4,579
4	\$3,676 to \$5,514
5	\$4,300 to \$6,449
6	\$4,923 to \$7,384
7	\$5,546 to \$8,319
8	\$6,170 to \$9,254

Si sus ingresos son menores que las pautas, posiblemente usted sea elegible para Medi-Cal sin costo.

Si usted no es elegible para AIM porque sus ingresos (después de aplicar las deducciones de ingresos) para el tamaño de su familia están por debajo de la cantidad más baja anotada, posiblemente usted sea elegible para Medi-Cal sin costo. El programa Presumptive Eligibility (suposición de elegibilidad) está disponible para todas las mujeres cuyos ingresos familiares sean el 200% o menos de las pautas federales de ingresos. Presumptive Eligibility es un programa federal y estatal para dar acceso a la atención prenatal a las mujeres embarazadas ofreciéndoles cobertura inmediata de Medi-Cal mientras se espera una solicitud formal de Medi-Cal. Para mayor información acerca del programa Presumptive Eligibility, por favor llame al 1-800-824-0088. Si usted nos autoriza, enviaremos su solicitud de AIM a Medi-Cal. (Lea la solicitud de AIM, A-4, después de la página 17.)

Aviso de privacidad de Medi-Cal

Las leyes estatales y federales nos exigen que le demos la siguiente información: El párrafo 14011 del código de bienestar social e instituciones exige a los solicitantes de Medi-Cal que den la información que se pide en su solicitud. Esta información puede ser compartida con las agencias locales, estatales y federales con fines de verificación de elegibilidad y de situación migratoria de aquellas personas que deseen todo el conjunto de beneficios de Medi-Cal. (Las leyes federales dicen que el Servicio de ciudadanía e inmigración (CIS), antes conocido como Servicio de inmigración y naturalización (INS) no puede usar la información más que en caso de fraude.) También se usará para procesar reclamos de Medi-Cal y para hacer tarjetas de identificación de beneficios (BIC). Si no proporciona la información pedida puede causar que su solicitud sea rechazada. La información solicitada en este formulario es obligatoria. Los números de Seguro Social se piden de conformidad con el párrafo 1144(a)(1) de la Ley del Seguro Social, a menos que solamente solicite beneficios de emergencia relativos al embarazo.

Usted tiene derecho de acceso a su expediente de Medi-Cal. Comuníquese con la oficina de Medi-Cal de su condado.



Cómo pagar su cobertura de AIM

¿Cuánto costará AIM?

Hay un pequeño costo que tendrá que pagar para ser un afiliado de AIM, pero es la única cantidad que tendrá que pagar. A diferencia de la mayoría de los planes de seguro, AIM no carga copagos ni deducibles.

- Su costo total será exactamente el 1.5% de sus ingresos anuales ajustados del hogar después de deducciones de ingresos. Éste es el costo total, no una cuota mensual.
- Puede pagar su costo del 1.5% cuando envíe su solicitud o puede hacer pagos mensuales por un año. Le daremos un descuento de \$50 si envía su costo total del 1.5% con su solicitud.

Su costo del 1.5% la cubre durante todo su embarazo y durante 60 días después de la terminación de su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted haya recibido después de 60 días de terminado su embarazo.

El cuadro de abajo muestra cuánto le costará AIM.

Por favor tome nota: Si su bebé está afiliado a Healthy Families Program, usted tendrá que pagar una cuota mensual baja. La cantidad de su cuota mensual depende de en qué plan de seguro médico esté afiliado su bebé y de si usted tiene otros hijos afiliados a Healthy Families Program. Si tiene alguna pregunta acerca de las cuotas de Healthy Families, por favor llame al 1-800-433-2611.

Costo de cobertura de AIM 1º de abril de 2009 - 31 de marzo de 2010		
El tamaño de familia para AIM (cuente una embarazada como 2)	Ingresos mensuales del hogar (ingresos brutos después de las deducciones de AIM)	Costo total de cobertura de AIM (1.5% de los ingresos anuales ajustados del hogar)
2	\$2,430 to \$3,644	\$437 to \$656
3	\$3,053 to \$4,579	\$549 to \$824
4	\$3,676 to \$5,514	\$661 to \$992
5	\$4,300 to \$6,449	\$773 to \$1,160
6	\$4,923 to \$7,384	\$885 to \$1,328
7	\$5,546 to \$8,319	\$997 to \$1,496
8	\$6,170 to \$9,254	\$1,109 to \$1,664

Cómo pagar AIM

El costo total es el 1.5% de los ingresos anuales ajustados del hogar después de aplicar deducciones de ingresos. No se preocupe; no tendrá que pagar todo junto. Programa AIM dividirá el costo para usted en 12 mensualidades. Usted debe de enviar su aplicación completa junto con un cheque cajero o money order de \$50. El dinero que envíe con su solicitud se aplicará a su costo del 1.5%. **No se aceptan cheques personales para este pago.**

En cuanto sea aceptada al Programa AIM, usted recibirá estados de cuenta mensuales del programa. Usted es

responsable de hacer sus pagos mensuales aunque no reciba su estado de cuenta mensual. Los pagos deben recibirse a más tardar el día 1º de cada mes. **Envíe por correo sus pagos a:**

**AIM Program
P.O. Box 15207
Sacramento, CA 95851-0207**

Si lo prefiere, puede pagar el costo del 1.5% en un sólo pago con su solicitud. Le daremos un descuento de \$50 si envía su costo total del 1.5% con su solicitud.



Cómo cumplir con las pautas de AIM y cómo calcular su costo total de AIM: Un ejemplo

Por ejemplo, si usted y su esposo esperan su primer bebé, serán contados como una familia de tres personas. Si sus ingresos mensuales y los de su esposo, después de deducciones, son de \$3,000, su costo sería \$540. Primero se calculan los ingresos para ver si reúne los requisitos de ingresos mensuales (después de

deducciones) y luego se determinan los ingresos anuales (multiplicando por 12 los ingresos mensuales ajustados de su hogar) y por último se calcula el 1.5%..

El cuadro de abajo muestra los ingresos de la familia, las deducciones y el costo total de AIM.

Ingresos brutos mensuales del hogar	Determine los ingresos brutos mensuales del hogar. Lea en la página 11 una lista de ingresos aceptables para enviar.	\$3,180.00
Total de deducciones de ingresos del hogar	Determine el Total de deducciones de ingresos (ejemplo: dos adultos que trabajan; deducción por gastos de trabajo de \$90 por cada adulto, no hay otras deducciones). Lea en la página 12 una lista de otras deducciones de ingresos aceptables que puede aplicar.	– \$180.00
Ingresos mensuales ajustados del hogar	Reste las deducciones de ingresos totales de los ingresos mensuales brutos. Estos son los ingresos mensuales ajustados del hogar. Busque esta cantidad en el cuadro “Costo de cobertura de AIM” en la página 14 para ver si usted es elegible para AIM.	= \$3,000.00
	Multiplique los ingresos mensuales ajustados del hogar por 12 meses para determinar los ingresos anuales ajustados del hogar.	x 12 meses
Ingresos anuales ajustados del hogar	Estos son los ingresos anuales ajustados del hogar	= \$36,000.00
	Multiplique los ingresos anuales ajustados del hogar por 1.5% para calcular el costo para participar en Programa AIM	x 1.5%
Contribución anual total a AIM	Éste es el Costo total para participar en el Programa AIM.	= \$540.00

Recuerde, este costo le da cobertura por 60 días después de la terminación de su embarazo.

Por favor recuerde que es muy importante que no se retrase en sus pagos. Esto podría perjudicar su crédito. Si usted no paga a tiempo, se le enviarán recordatorios. Si se retrasa más de 90 días, usted será reportada con las agencias de información de crédito. Esto podría perjudicar su capacidad para obtener crédito en el futuro, cuando compre un automóvil o una casa o cuando solicite una tarjeta de crédito. Si paga después el total su cuenta, su expediente con las agencias de información de crédito se actualizará.

Los reglamentos del estado prohíben que algún proveedor de atención médica o entidad del gobierno pague este costo por usted. No obstante, un gobierno tribal indígena de California reconocido federalmente puede hacer las contribuciones requeridas a la afiliada a nombre de un miembro de la tribu.

Usted debe pagar por AIM aún si cancela su cobertura

Es su responsabilidad pagar el total de su costo del 1.5%, aún si cancela AIM para usted misma el día que comience

su cobertura o después. Esto también se aplica si tiene complicaciones con su embarazo o si su embarazo termina en su primer día de cobertura o después o si decide no usar los servicios que el programa le ofrece.

No obstante, si su embarazo termina dentro del primer trimestre y el Programa AIM recibe documentación, la cantidad de su contribución de la afiliada podría reducirse a una tercera parte del costo original. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días a partir de la terminación de su embarazo. Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 45 o puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información. El Programa AIM le notificará si el costo se redujo y le reembolsará todo pago en exceso.

El costo de 1.5% que paga es una pequeña parte de la cantidad que paga el estado a su plan de seguro médico. De hecho, el estado paga por anticipado al plan de seguro médico por su atención médica al momento en que usted se afilia al Programa AIM

Cómo solicitar

Quién puede solicitar

La solicitante puede ser una mujer embarazada de 18 años o mayor que solicite para ella misma o puede ser el marido de una mujer embarazada. También puede solicitar el padre natural o tutor, padre de crianza o padrastro con quien viva una menor de edad embarazada; no obstante, los ingresos de un padre o tutor legal NO se usan para determinar elegibilidad. También puede solicitar una menor de edad emancipada que no viva en el hogar del padre natural o adoptivo, tutor, padre de crianza o padrastro.

Cómo solicitar

Llene la solicitud de las páginas A1-A5 y envíela por correo, junto con una prueba de sus ingresos y gastos al Programa AIM. Si su solicitud está completa, AIM la procesará dentro de los 10 días después de recibirla. Si necesita ayuda para llenarla, llame a AIM Program al 1-800-433-2611. Toda la ayuda es gratuita. Su solicitud completa y elegible debe tener matasellos de antes del final de su semana número 30 de embarazo.

¿Cuánto tiempo puede estar afiliada en AIM?

¿Cuándo terminará su cobertura?

Si usted está afiliada, el Programa AIM le proporcionará servicios completos de atención médica durante su embarazo y durante 60 días después de terminar su embarazo. El Programa AIM es sólo para un embarazo a la vez y no puede cubrir servicios recibidos después de 60 días después de que termine su embarazo. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar 30 días a partir de la terminación de su embarazo.

¿Qué es lo que tiene que hacer una vez que nazca su bebé?

AIM le enviará por correo un Formulario de inscripción para bebés 30 días antes de la fecha esperada del parto. También puede usar el Formulario de inscripción para bebés de la página 43. Si usted tiene su bebé antes o no desea inscribirlo en Healthy Families Program, de todos modos tiene que avisar al Programa AIM dentro de los 30 días siguientes al parto. El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba después de 60 días de terminado su embarazo.

¿Qué pasa si tiene un embarazo difícil?

El Programa AIM le proporcionará servicios completos de atención médica para su embarazo en un esfuerzo para ayudarle. AIM comprende que a veces las mujeres tienen embarazos difíciles y lamenta las dificultades que usted sufra. Si usted todavía está embarazada después de su fecha de

Si su solicitud está completa y usted es elegible, usted recibirá una carta que le avisa que ha sido afiliada a AIM. La carta le proporcionará la fecha en que comience su cobertura. **Su cobertura comenzará 10 días después de la fecha en que se apruebe su solicitud.**

Si su solicitud está incompleta, AIM se comunicará con usted para pedirle la información que falte. Si usted no es elegible, recibirá una carta que le indicará el motivo. Le devolveremos su pago inicial de \$50 en aproximadamente 6 a 8 semanas.

Una vez que esté afiliada, recibirá un folleto de prueba de cobertura y una tarjeta de seguro del plan de seguro médico que haya elegido. **Si usted no recibe su tarjeta de seguro a más tardar 10 días después de su inscripción en AIM, por favor llame al su plan de seguro médico directamente.**

Su cobertura del Programa AIM terminará 60 días después del final de su embarazo. Deberá volver a presentar solicitud por cada embarazo, si quiere estar afiliada a AIM para ese embarazo.

comienzo de la cobertura, Programa AIM le proporcionará servicios completos de atención médica durante su embarazo y durante 60 días después de terminar su embarazo. Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba después de 60 días de terminado su embarazo. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días a partir de la terminación de su embarazo.

¿Qué pasará si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura?

Si ya no está embarazada antes del día en que comience su cobertura de AIM, su cobertura no comenzará. Le devolveremos su dinero. Deberá avisar al Programa AIM inmediatamente a más tardar 30 días después de la fecha en que ya no esté embarazada. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que reciba si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura.

Debe avisar al Programa AIM dentro de los 30 días después de la terminación de su embarazo, incluso si tuvo una terminación temprana de su embarazo. Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 45. **Si el aviso para el programa se recibe después de la fecha de comienzo de la cobertura, deberá presentar algún documento de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo.**



¿Cuánto tiempo puede estar afiliada en AIM? (continúa)

¿Qué pasa si ya no está embarazada después de su fecha de comienzo de la cobertura?

Si ya no está embarazada al final del primer trimestre, tal vez sea elegible para una reducción de la contribución de la afiliada. Si su embarazo terminó después del primer trimestre, todavía será responsable del costo completo de 1.5%.

Debe avisar al Programa AIM dentro de los 30 días a partir de la terminación de su embarazo, para informarnos en qué fecha ya no estaba embarazada. El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba después de 60 días de terminado su embarazo.

Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 45 para informar a AIM que su embarazo terminó. Si quiere que se le considere para una reducción de la contribución de la afiliada, se debe

enviar documentación de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo.

¿Cómo avisa a AIM?

Debe avisar al Programa AIM dentro de los 30 días después de la fecha en que terminó su embarazo.

Envíe su carta por correo o fax a:

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Fax: 1-888-889-9238

Si quiere solicitar un formulario o tiene alguna pregunta acerca de su cobertura AIM, por favor llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Qué pasará con los servicios recibidos antes de afiliarme en AIM?

AIM le reembolsará hasta \$125 para los servicios médicos que usted ya pagó. Los servicios deben estar relacionados con el embarazo y ser médicamente necesarios. Los servicios pueden incluir pruebas de embarazo, certificado de embarazo y consultas prenatales. Usted puede ser elegible si ocurre lo siguiente:

- Debe haber recibido servicios dentro de los **40 días calendario** antes de que AIM haya recibido su solicitud llena y terminando en la fecha de comienzo de la cobertura, y
- Usted envía prueba de pago a AIM dentro de **90 días calendario** de la fecha en que recibió los servicios.

Deberá proporcionar la siguiente información:

1. Una fotocopia de la factura que incluya el nombre y la dirección del proveedor médico.

2. Su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de Seguro Social (opcional) en la petición.
3. Las fechas, cantidades **PAGADAS** y el tipo de servicio médico que recibió.

Envíe su carta por correo o fax a:

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Fax: 1-888-889-9238

Los reclamos con fechas de servicios en la fecha de comienzo de la cobertura AIM o después deberán enviarse directamente a su plan de seguro médico.

El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba después de 60 días de terminado su embarazo.



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN DE LA EMBARAZADA: Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A" Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, Inicial	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio (No aceptamos P.O. Box)			Unidad/ Apto. Número	Teléfono ()
Ciudad	Condado		Estado	Código postal
Primer día de su última regla (obligatorio)		¿Fuma? SÍ/NO	¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO	
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES DE FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:				
Apellido		Nombre		
Dirección o P.O. Box Unidad/Apto. Número				Unit/Apt. Number
Ciudad	Condado		Estado	Código postal

Raza o etnicidad: (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Guameña
<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Laosiana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Amerasiática	<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Indígena nativa americana	<input type="checkbox"/> Camboyana	<input type="checkbox"/> Hawaiana	
¿Qué idioma habla mejor? _____		¿En qué idioma lee mejor? _____	

SECCIÓN 2

1ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO: (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 24 de esta solicitud qué planes de seguro médico de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 28 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico, para que los revise.

1ª opción de plan de seguro médico:

Grupo médico y proveedor elegidos (si son requeridos):	Código de proveedor (si son requeridos):
---	---

2ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO: (La solicitante debe llenar esta sección)

2ª opción de plan de seguro médico: (si la 1ª opción no está disponible)

Grupo médico y proveedor elegidos (si son requeridos):	Código de proveedor (si son requeridos):
---	---



Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN ACERCA DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESOS y SEGUROS: Esta sección nos da la información sobre el tamaño de la familia de la embarazada, ingresos y si la embarazada o el bebé por nacer tienen seguro disponible.

Parte A: Información de la embarazada			
Nombre		¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si está empleada)		Teléfono del patrón () Extensión.	
Dirección del patrón		Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, seguro social, pensión, etc.):	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente)		¿Cuánto dinero recibe?
¿Tiene seguro médico al momento de hacer la solicitud? SÍ/NO		Si contesta "SÍ" a cualquiera de las preguntas, se le EXIGE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico: Dirección: Número de póliza:	
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO			
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____			

Parte B: Para que complete el padre del niño por nacer. Sólo complete esta sección si el padre del niño por nacer vive con la embarazada y está casado con ella o si tienen al menos otro hijo en común.			
Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO	Si no, ¿tienen por lo menos otro hijo juntos? SÍ/NO	¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si está empleado)		Teléfono del patrón () Extensión.	
Dirección del patrón		Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, seguro social, pensión, etc.):	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente)		¿Cuánto dinero recibe?
¿Tiene seguro médico al momento de hacer la solicitud? SÍ/NO		Si contesta "SÍ" a cualquiera de las preguntas, se le EXIGE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico: Dirección: Número de póliza:	
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO			
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____			



Solicitud para Acceso para bebés y madres

Parte C: Vea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada. Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de las personas casadas o sin casar que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes discapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de guardería infantil o de cuidado del dependiente discapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente discapacitado	Fecha de nacimiento	Parentesco con la embarazada	Cantidad mensual pagada

¿La embarazada paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____ ¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____ Documentación requerida	El padre del bebé anotado en la parte B ¿paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____ ¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____ Documentación requerida
--	--

Consulte la página 12 para mayor información sobre las deducciones de ingresos y la documentación de la embarazada necesita enviar.

¿Dónde se enteró del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)

1. Consultorio médico	6. Oficina del gobierno	11. TV o Radio
2. Clínica comunitaria	7. 1-800-BABY-999	12. Feria de salud o evento comunitario
3. Periódico	8. Patrón	13. Agente de seguros
4. Internet	9. Escuela o iglesia	14. Otro (especifique) _____
5. Hospital	10. Amigo o pariente	

SECCIÓN 4

DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Declaro que:

- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- Vivo en el estado de California y tengo la intención de quedarme.
- No se me ha reembolsado y ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi contribución de la afiliada, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago específico por servicios de maternidad de más de \$500 a través de mi póliza de seguro médico.
- No estoy afiliada a Medi-Cal sin costo ni a Medicare Parte A y Parte B al momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico al que esté afiliada.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de seguro médico participantes.
- Entiendo y obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- Acepto pagar la contribución de afiliada requerida, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de la afiliada.



Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 5

AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes, del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione al administrador del programa Acceso para bebés y madres, todos y cada uno de los expedientes relativos a mi historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exige a este programa que avisemos lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es el de identificar a la afiliada y para la administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que todas las personas presenten la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres. La falta esta información puede ser motivo para que se considere que usted no es elegible. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: Los números de seguro social, la información de raza o etnia y quién le recomendó el programa.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Cada plan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no. Algunos planes dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y no podrá exigir que su disputa se resuelva ante un tribunal. Para averiguar más acerca de cómo el plan resuelve las disputas, usted puede llamar al plan y solicitar una Prueba de cobertura o folleto de Certificado de seguros.

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la declaración jurada y las declaraciones anteriores. También certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de afiliada como se describe en este contrato.

X _____
Firma de la solicitante (requerida)

Fecha

Nota: Si resulta afiliada, la cobertura de AIM terminará 60 días después de la terminación de su embarazo.

Opcional: Autorización para enviar la solicitud de AIM a Medi-Cal.

Si mi solicitud no es elegible para AIM, pido que esta solicitud sea enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

X _____
Signature of Applicant (required)

Fecha

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal:
Access for Infants and Mothers Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Por favor no envíe por fax su solicitud

Dirección para envíos por servicios de mensajería: (Fed-Ex, etc.)
Access for Infants and Mothers Program
625 Coolidge Drive
Suite 100
Folsom, CA 95630

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a AIM Program al 1-800-433-2611. Toda la ayuda es gratuita.

No olvide:

- llenar la solicitud
- firmar la solicitud
- reunir todos los documentos de ingresos y embarazo
 - certificado de embarazo
 - documentos de verificación de ingresos
 - prueba de deducciones de ingresos
 - Cheque de caja o giro postal (firmado) de \$50

- haga su cheque de caja o giro postal de \$50 (no se aceptan cheques personales ni efectivo) pagadero a:
Access for Infants and Mothers Program
- haga fotocopias de todos los documentos enviados para sus registros, si así lo desea

Nota: Su aplicación completa tiene que ser recibida por el programa de AIM antes de cumplir las 30 semanas de embarazo en orden de que se le considere para el programa de AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud de un día para otro a través de Fed-Ex, el Servicio postal nacional, etc.



Solicitud para Acceso para bebés y madres

Certificado de embarazo para que lo llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial.
Dirección de la embarazada		Unidad/Apto. Número
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de certificado de embarazo de AIM

Deberá enviar con su solicitud un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos; si no lo envía junto, este documento se debe recibir antes del final de su semana número 30. Puede usar el formulario de abajo para certificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Para ser elegible para AIM, la mujer embarazada no puede tener mas de 30 semanas de embarazo de la fecha en qual el programa recibe la aplicacion. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se encuentran las siguientes:

- Médicos (generales u obstetras)
- Enfermeras tituladas
- Enfermeras parteras certificadas
- Enfermeras vocacionales autorizadas
- Asistentes de los médicos
- Asistentes médicos
- Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada

Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha	
Dirección del establecimiento		Número de oficina	
Ciudad		Estado	Código postal
Código de área y N° de teléfono ()	Número de fax ()	Fecha estimada para el parto	
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica (requerido)		Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica (required)	
Firma del profesional de atención médica (requerido)		Título médico (requerido)	Inicial
			Número de licencia médica



Lista de comprobación de la solicitud de AIM

- Revise** este manual para enterarse de los requisitos de elegibilidad para el Programa AIM.
- Llene** la solicitud de AIM de las páginas A1-A5 de este manual. Todas las preguntas se deben contestar por completo. Si usted no proporciona toda la información necesaria (incluyendo la documentación requerida, firmas y pago), su solicitud no estará completa y eso retrasará su procesamiento.
- Firme y escriba la fecha** en la solicitud de AIM llena, en la página A5.
- Anexe** lo siguiente:
 - Certificado de embarazo** en la página A5 o puede usar un formulario diferente siempre y cuando contenga la misma información.

Documentos de verificación de ingresos:

(Posiblemente pueda usar otros documentos que no se mencionan aquí.)

- Un documento por cada persona que viva en la casa y que tenga un trabajo:**
 - Un talón de pago reciente (de hace menos de 45 días), o
 - Una declaración firmada y fechada de su patrón, que indique sus ingresos brutos y qué tan a menudo se le paga, o
 - La declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado.
- Un documento por cada persona que viva en la casa y que trabaje por su cuenta:**
 - El formulario de la declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado, con el Cuadro C, C-EZ o F, o,
 - Un estado de ganancias y pérdidas firmado y detallado para los últimos 3 meses. Para ver una muestra de un estado de ganancias y pérdidas, vaya a www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp, luego haga clic en *Obtener una solicitud*
- Si usted tiene ingresos por discapacidad, pensiones, jubilación, seguro social, beneficios de veterano, compensación laboral o desempleo, envíe una copia de:**
 - La carta de concesión, cheque o estado de cuenta bancario que muestre un depósito directo por el pago más reciente.
- Si recibe o paga manutención infantil o respaldo conyugal, envíe una copia de:**
 - La orden judicial, talón de cheque de pago que muestre la deducción del respaldo, los recibos o el cheque de respaldo mensual, o
 - Una declaración del Departamento de servicios de manutención infantil o de la persona que pague el respaldo, que indique la cantidad de respaldo mensual, para quién es el respaldo y quién lo recibe.
- Si usted paga Guardería infantil o cuidado de dependientes discapacitados, envíe una copia de:**
 - Un cheque cancelado o recibo o una declaración firmada del proveedor de guardería infantil de su hijo, que muestre cuánto paga cada mes.
- Un cheque de caja o giro postal** por \$50.00 (o toda la contribución de la afiliada y recibirá un descuento de \$50.00) a nombre de **Access for Infants and Mothers Program**. No se aceptarán cheques personales con la solicitud.

Envíe por correo la solicitud (La solicitud está en las páginas A1-A5) a:



The AIM Program

P.O. Box 15559

Sacramento, CA 95852-0559

Lo que tiene que saber después de afiliarse

Cómo cambiar su dirección

Usted debe escribir al Programa AIM para avisar de cualquier cambio en el número de teléfono de su casa, su dirección de facturación o si se muda fuera del estado. Usted deberá enviar esta carta 30 días antes de que se mude. *Envíe su carta por correo o fax a:*

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Fax: 1-888-889-9238

Si consigue otro seguro

Usted debe escribir al Programa AIM (a la dirección de arriba) si consigue otro seguro. Esto es muy importante para coordinar los beneficios si ya no necesita los servicios de AIM. Si obtiene otro seguro, todavía tendrá que pagar el costo de 1.5% por Programa AIM.

Cómo cambiar a otro plan de seguro médico dentro de AIM

En la mayoría de los casos, el plan de seguro médico en que se inscriba será el plan en el que se quede hasta que termine su cobertura. Solamente hay tres razones por las que usted puede cambiar o ser cambiada a otro plan de seguro médico de AIM.

1. Usted puede pedir el cambio de un plan de seguro médico de AIM a otro si usted o su bebé se mudan a un área en la que su plan de seguro médico original no preste servicios.

El pedido debe presentarse por escrito dentro de los 30 días antes de mudarse.

Si se aprueba, el cambio será efectivo 17 días calendario después de la fecha en que el programa reciba su pedido.

2. Usted o su plan de seguro médico pueden hacer el pedido porque ustedes dos no tienen una buena relación. Estos pedidos serán aprobados solamente si el cambio es conveniente para el programa. Deberá haber otro proveedor de AIM disponible en el área donde usted vive.

El cambio será efectivo a más tardar 15 días calendario después de la fecha de aprobación del cambio.

3. Usted puede ser cambiada a otro plan de seguro médico de AIM si en el que esté afiliada ya no participa con AIM. El cambio sería efectivo antes del final del contrato con el plan de seguro médico.

Todos los pedidos de cambios deben ser aprobados por el Programa AIM. *Envíe su carta por correo o fax a:*

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Fax: 1-888-889-9238

Cómo se puede cancelar su afiliación

Se cancelará su inscripción si:

1. Usted escribe al Programa AIM y pide que se cancele su cobertura. Si hace su pedido el primer día en que está afiliada en AIM o después, todavía tendrá que pagar el costo de 1.5%.

2. Usted ya no vive en California. Usted debe escribir al Programa AIM a más tardar en 30 días para avisarles de la mudanza.

3. Usted comete fraude contra el Programa AIM. Esto incluye dar información falsa en su solicitud.

4. Ya no está embarazada después de su fecha de comienzo de la cobertura. Su cobertura AIM no comenzará. Tiene que avisar a AIM a más tardar en 30 días a partir de la terminación de su embarazo. Si el aviso para el programa se recibe después de la fecha de comienzo de la cobertura, deberá presentar algún documento de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo. Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 45. Consulte los detalles en la página 16.

5. Se cancelará su afiliación 60 días después de la terminación de su embarazo. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días después de terminar su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que reciba si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura en AIM.



El Programa AIM le avisará de la cancelación de su cobertura y el motivo. Si se le cancela la afiliación por los motivos del 1 al 3 de arriba, su cobertura de AIM terminará al final del mes calendario en el que se reciba su pedido o al final del mes calendario futuro, como lo haya pedido. **Usted seguirá siendo responsable de pagar todo su costo si usted cancela su inscripción por las razones 1, 2, 3 y 5 de arriba.** Una vez que se cancele su afiliación al Programa AIM, usted no podrá volver a afiliarse por el mismo embarazo.

Inscripción de su bebé en Healthy Families

Nota: Los bebés son elegibles automáticamente para Healthy Families Program a menos que estén afiliados a un seguro patrocinado por el patrón o a Medi-Cal sin costo.

AIM le enviará por correo un Manual de Healthy Families y un Formulario de inscripción para bebés 30 días antes de la fecha esperada del parto. El Formulario de inscripción para bebés le pide la siguiente información:

1. Nombre, segundo nombre y apellido de su bebé
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Peso al nacer
5. Proveedor personal (el médico que quiere para el bebé)
6. Selección de planes de atención dental y cuidado de la vista (puede ver qué planes hay disponibles en su condado en el Manual de Healthy Families o en el sitio web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov.)
7. Información sobre si su bebé está afiliado actualmente en o ha estado afiliado en un seguro patrocinado por el patrón en los últimos 3 meses.

Llene el Formulario de inscripción para bebés y envíelo a Healthy Families a más tardar 30 días después del parto. Envíe esta información a Healthy Families a la dirección impresa en el formulario. Si usted no recibe el Manual de Healthy Families y el Formulario de inscripción para bebés, llame al 1-800-433-2611. El Formulario de inscripción para bebés también está en la página 43. Después de que su bebé esté afiliado, Healthy Families comenzará a facturarle la cuota mensual de su bebé.

La cobertura de su bebé comenzará hasta que Healthy Families Program reciba la información pedida.

Avisar a AIM que terminó su embarazo

Usted debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la fecha en que termine su embarazo.

Envíe su carta por correo o fax a:

**AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Fax: 1-888-889-9238**

Si quiere solicitar un formulario o tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura de AIM, por favor llame al Programa AIM de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-800-433-2611.

Apelaciones de elegibilidad

Si no está de acuerdo con alguna decisión que haya tomado el Programa AIM acerca de su elegibilidad, cancelación de afiliación o cambio, usted podrá apelar ante el director ejecutivo. Su apelación debe ser por escrito y deberá enviarla a la dirección indicada abajo, a más tardar 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión. Una apelación deberá incluir todo lo siguiente:

1. Una declaración describiendo específicamente los asuntos que se cuestionan.
2. Una declaración de la resolución pedida.
3. Cualquier otra información relevante. Esto incluye copias de la carta de decisión y toda la documentación presentada con la solicitud de AIM (con excepción del pago).

Envíe por correo su apelación a:

**Executive Director
AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559**

Cobertura médica del patrón

NOTA a los patrones, agentes de seguros, corredores y afiliados potenciales, acerca del seguro médico pagado por el patrón y el Programa AIM:

Es una infracción de la ley que un patrón retire el seguro de maternidad de una embarazada y que en su lugar le ofrezca la cobertura médica de AIM. También es ilícito que un patrón cobre más dinero a una empleada o haga cambios a su seguro de maternidad para que la mujer se inscriba en AIM.



Las leyes de California establecen que es una práctica laboral injusta que un patrón recomiende o haga los arreglos para que un empleado individual o su dependiente solicite el Programa AIM con el fin de separar al empleado o su dependiente de la cobertura médica colectiva pagada por el patrón. Esta estipulación es aplicable bajo la Sección 95 del Código laboral de California y puede tener como consecuencia sanciones para el patrón.

Además, las leyes de California establecen que es una práctica laboral injusta que el patrón cambie la proporción del pago compartido entre patrón y empleados o que haga cualquier otra modificación a la atención de maternidad para las empleadas o sus dependientes participantes en el Programa AIM. Esta estipulación es aplicable bajo la Sección 95 del Código laboral de California y puede tener como consecuencia sanciones para el patrón.

Las leyes de California también establecen que es una competencia injusta que un agente o corredor de seguros recomiende o haga los arreglos para que una empleada individual o su dependiente solicite el Programa AIM con el fin de separar a la empleada o su dependiente de la cobertura médica colectiva pagada por el patrón. Las leyes estatales de California establecen que los empleados tendrán el derecho personal de hacer aplicar esta estipulación.

Acceso para discapacitados

Acceso físico

La solicitud para AIM se procesa por correo y llamadas telefónicas de seguimiento. No obstante, nuestra oficina en Folsom, California, es completamente accesible para nuestros clientes discapacitados, solamente para recoger solicitudes o entregar solicitudes completas.

Acceso para quienes tienen problemas de audición

Las personas con problemas de audición pueden comunicarse con alguno de nuestros representantes de servicio al cliente de AIM llamando a nuestro **número de TTY: 1-800-735-2929**.

Acceso para quienes tienen problemas de la vista

Esta solicitud estará disponible en formatos alternos para las personas con problemas de la vista. Hay disponibles formatos en letras grandes. Nuestros representantes de servicio al cliente de AIM están disponibles por teléfono para explicar a las personas con problemas de la vista todos los aspectos de los requisitos de AIM y la inscripción.

Ley de estadounidenses con discapacidades

La Sección 504 de la Ley de rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada será, con base en su discapacidad, excluida de participar, ni se le negarán los beneficios, ni será sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal.

La Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990, prohíbe a la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board) y a sus contratistas discriminar por motivo de su discapacidad, protege a sus solicitantes y afiliados con discapacidades en sus programas de servicios y exige que la Junta haga las modificaciones razonables para adaptarse a los solicitantes y afiliados.

Quejas acerca del acceso para discapacitados

Si cree que Programa AIM no ha respondido a sus necesidades de acceso para discapacitados, usted puede presentar una queja ante el coordinador de ADA de la Junta de seguros médicos de riesgos administrados a la siguiente dirección:

ADA Coordinator
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695 (Voz)
1-800-735-2929 (California Relay Service para quienes tienen problemas de audición)

Proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico

Si no está conforme con algo que el plan de seguro médico haya hecho (o no haya hecho), usted deberá resolver el problema con el plan de acuerdo con sus políticas y procedimientos. El procedimiento se explica en el Prueba de cobertura (EOC) o en el folleto del Certificado de seguro (COI). Usted recibirá estos folletos del plan de seguro médico. Usted puede leer estos papeles antes de elegir un plan de seguro médico. Llame al plan directamente para pedir una copia.

Si no puede resolver su desacuerdo con el plan y su plan de seguro tiene una licencia del estado, comuníquese con la agencia gubernamental estatal, el Departamento de atención médica administrada, DMHC) o el Departamento de seguros que haya otorgado la licencia al plan de seguros. El número está en los folletos EOC o COI.

¿Qué es el arbitraje obligatorio?

El arbitraje obligatorio es un acuerdo entre algunos planes de seguro y los afiliados para que las disputas acerca de la atención médica sean revisadas por una persona neutral. Si usted elige un plan de seguros con arbitraje, usted estará renunciando a su derecho de

resolver por medio de juicio por jurado o juez cualquier disputa que pudiera tener con el plan de seguro. La persona neutral toma una decisión después de revisar y escuchar todos los hechos de ambas partes. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

¿Qué planes exigen que sus afiliadas usen el Arbitraje obligatorio para resolver disputas?

- Anthem Blue Cross EPO y HMO: Sí (incluye negligencia médica)
- Santa Bárbara Prenatal Plus 2 de CenCal Health: Sí (incluye negligencia médica)
- Central Coast Alliance for Health: No
- Contra Costa Health Plan: No
- Health Net: Sí (incluye negligencia médica)
- Health Plan of San Joaquin: Sí (incluye negligencia médica)
- Kaiser Permanente: Sí (incluye negligencia médica)
- Molina Healthcare of California: No
- Ventura County Health Care Plan: Sí (incluye negligencia médica)

El proceso de apelación de beneficios de la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board, MRMIB)

Primero deberá tratar de resolver la disputa con el plan de acuerdo con sus políticas y procedimientos establecidos. Si no está satisfecha con la resolución de su queja, usted puede presentar una queja ante la Junta de seguros médicos de riesgos administrados de California (MRMIB).

La apelación debe presentarse a MRMIB por escrito, a más tardar sesenta (60) días calendario después de la decisión del plan. La apelación debe incluir lo siguiente:

- Una copia de cualquier decisión que usted reclame o una declaración por escrito de la acción o inacción que usted reclame;
- Una declaración que describa específicamente el asunto en disputa;
- Una declaración de la resolución que usted pida. y
- Cualquier otra información relevante que usted quiera incluir.

Las apelaciones que no contengan la información de más arriba serán devueltas. Usted podrá volver a presentar la apelación completa a más tardar sesenta (60) días calendario después del rechazo del plan o a más tardar veinte (20) días calendario después de recibir la apelación devuelta, la fecha que sea más lejana.

Envíe su apelación por correo o FAX a:

**Executive Director
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
TELÉFONO: (916) 324-4695
FAX: (916) 327-9661**



Aviso de privacidad del Programa AIM

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Cuando usted solicita el Programa AIM, un contratista privado revisa la información que usted proporciona en la solicitud. El contratista usa su información para determinar si usted es elegible para AIM. El contratista y el estado usarán su información con fines administrativos y de evaluación del programa y para los fines necesarios autorizados por la ley.

Si se determina que usted es elegible para AIM, el contratista enviará su información al plan de seguro médico y proveedor que usted elija, para que pueda comenzar a recibir de la cobertura de seguro médico bajo ese plan.

Una vez que nazca su bebé, su plan de seguro médico y proveedor pueden enviar al estado la información acerca de su bebé y de la atención médica que hayan recibido usted y su bebé. Esta información incluirá lo requerido bajo las leyes estatales para el acta de nacimiento de su bebé, como su nombre, sexo, fecha de nacimiento, peso y el historial de su embarazo. Además, el estado también recibirá un resumen de la información acerca de los tratamientos que hayan recibido usted y su bebé mientras estén cubiertos por AIM. Esta información incluye el número de consultas médicas que usted recibió antes y después del parto y el número de inmunizaciones administradas a su bebé.

Los usos y revelaciones que no son parte de las operaciones del programa serán realizados solamente con su autorización por escrito. Usted podrá revocar más tarde esta autorización cuando lo pida por escrito.

Sus derechos sobre la manera como se usa su información personal

Tiene derecho a pedir que el Programa AIM limite el uso de su información personal. El programa puede no estar de acuerdo con las limitaciones si éstas afectan las operaciones normales y la administración. También tiene derecho a obtener una copia o pedir un cambio a la información personal que proporcionó al Programa

AIM, siempre y cuando el programa conserve dicha información. Tiene derecho a recibir una explicación de cómo se reveló su información personal, cuando sea para otros usos que las operaciones del Programa AIM.

AIM puede revisar las prácticas de privacidad aquí descritas. El programa notificará a sus afiliadas, en manuales del programa actualizados o a través de avisos postales directos, antes de que tengan efecto tales cambios. Puede comunicarse con el Programa AIM si le parece que sus derechos de privacidad han sido violados, si se comunica con:

**Privacy Officer
AIM Program
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695**

Las nuevas afiliadas recibirán una copia del Aviso de prácticas de privacidad con la confirmación de su inscripción.



Planes de seguro de salud de AIM disponibles en cada condado

1. Busque el condado donde vive y encontrará los planes que hay disponibles en su condado. En ciertos condados solamente hay Anthem Blue Cross EPO. Por favor consulte la descripción de Anthem Blue Cross EPO en la página 28.
Recuerde que el plan de seguro médico que usted elija será el plan con el que usted se quede durante todo su embarazo.
2. Lea las descripciones de los planes de seguro médico que comienzan en la página 28. Las descripciones incluyen números telefónicos.
3. Visite nuestro sitio web en [www.aim.ca.gov/Spanish/ AIMhome.asp](http://www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp) para examinar los proveedores ginecólogos y obstetras en su condado o llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, para obtener más información acerca de los proveedores disponibles.

Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado

Alameda

Health Net HMO

Alpine

Anthem Blue Cross EPO

Amador

Anthem Blue Cross EPO

Butte

Anthem Blue Cross EPO

Calaveras

Anthem Blue Cross EPO

Colusa

Anthem Blue Cross EPO

Contra Costa

Contra Costa Health Plan
Kaiser Permanente Northern California

Del Norte

Anthem Blue Cross EPO

El Dorado

Anthem Blue Cross EPO
Kaiser Permanente Northern California
(Cobertura solamente en estos códigos postales:
95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664,
95667, 95672, 95682, 95762)

Fresno

Health Net HMO

Glenn

Anthem Blue Cross EPO

Humboldt

Anthem Blue Cross EPO

Imperial

Anthem Blue Cross EPO

continúa



Planes de seguro de salud de AIM disponibles en cada condado, *continúa*

Inyo

Anthem Blue Cross EPO

Kern

Anthem Blue Cross HMO

Health Net HMO (cobertura solo en estos códigos postales: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93516, 93518-19, 93531, 93560-61, 93581, 93596)

Kings

Anthem Blue Cross EPO
Health Net HMO

Lake

Anthem Blue Cross EPO

Lassen

Anthem Blue Cross EPO

Los Angeles

Anthem Blue Cross HMO

(EXCEPTO Catalina Island)

Health Net HMO

(EXCEPTO Catalina Island)

Madera

Anthem Blue Cross EPO

Marin

Anthem Blue Cross EPO
Kaiser Permanente Northern California

Mariposa

Anthem Blue Cross EPO

Mendocino

Anthem Blue Cross EPO

Merced

Anthem Blue Cross EPO

Modoc

Anthem Blue Cross EPO

Mono

Anthem Blue Cross EPO

Monterey

Central Coast Alliance for Health

Napa

Anthem Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

(cobertura solo en estos códigos postales: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599)

Nevada

Anthem Blue Cross EPO

Orange

Anthem Blue Cross EPO
Health Net HMO

continúa

Planes de seguro de salud de AIM disponibles en cada condado, *continúa*

Placer

Anthem Blue Cross EPO

Health Net HMO (cobertura solo en estos códigos postales: 95602-04, 95631, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95701, 95703, 95713-14, 95717, 95722, 95736, 95746, 95747, 95765)

Kaiser Permanente Northern California

(cobertura solo en estos códigos postales: 95602-04, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765)

Plumas

Anthem Blue Cross EPO

Riverside

Anthem Blue Cross HMO

Health Net HMO (cobertura solo en estos códigos postales: 91752, 92210, 92220, 92223, 92230, 92255, 92258, 92270, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92543-46, 92548, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589, 92590-93, 92595-96, 92860, 92877-83)

Kaiser Permanente Southern California

(cobertura solo en estos códigos postales: 91752, 92220, 92223, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83)

Sacramento

Health Net HMO

San Benito

Anthem Blue Cross EPO

San Bernardino

Anthem Blue Cross HMO

~~**Health Net HMO** (cobertura solo en estos~~
códigos postales: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92268, 92301, 92305, 92307-8, 92311-13, 92316, 92318, 92324, 92327, 92329, 92334-37, 92339-42, 92345-47, 92350, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-77, 92382, 92392-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427)

Kaiser Permanente Southern California

(cobertura solo en estos códigos postales: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427)

San Diego

Anthem Blue Cross HMO

Molina Healthcare of California

San Francisco

Health Net HMO

San Joaquin

Health Plan of San Joaquin

Kaiser Permanente Northern California

continúa



Planes de seguro de salud de AIM disponibles en cada condado, *continúa*

San Luis Obispo

Anthem Blue Cross EPO

San Mateo

Kaiser Permanente Northern California

Santa Barbara

CenCal Health/Prenatal Plus 2

Santa Clara

Anthem Blue Cross HMO

Santa Cruz

Anthem Blue Cross EPO

Shasta

Anthem Blue Cross EPO

Sierra

Anthem Blue Cross EPO

Siskiyou

Anthem Blue Cross EPO

Solano

Kaiser Permanente Northern California

Sonoma

Anthem Blue Cross EPO

Health Net HMO

Kaiser Permanente Northern California

(cobertura solo en estos códigos postales: 94922-23, 94927-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492)

Stanislaus

Health Plan of San Joaquin

Sutter

Anthem Blue Cross EPO

Tehama

Anthem Blue Cross EPO

Trinity

Anthem Blue Cross EPO

Tulare

Anthem Blue Cross EPO

Health Net HMO

Tuolumne

Anthem Blue Cross EPO

Ventura

Anthem Blue Cross EPO

Ventura County HCP

Yolo

Health Net HMO

Yuba

Anthem Blue Cross EPO

Descripciones de los planes de seguro médico de AIM

Anthem Blue Cross of California



Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Número de servicio al cliente: 1-877-687-0549, TDD: 1-888-757-0634 (español e inglés)

De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Quién puede afiliarse a Anthem Blue Cross EPO Plan

Anthem Blue Cross EPO Plan está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM de los condados de: Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kings, Lake, Lassen, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, San Benito, San Luis Obispo, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sonoma, Sutter, Tehama, Trinity, Tulare, Tuolumne, Ventura y Yuba.

Anthem Blue Cross EPO Plan está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM de los siguientes condados, solamente si la comunidad donde viven no está cubierta por otro plan: El Dorado, Kern, Placer, Riverside y San Bernardino.

En algunas áreas rurales, la cantidad de proveedores del Plan EPO es limitada. Si usted vive en un área rural, por favor comuníquese con Anthem Blue Cross para averiguar acerca de los proveedores disponibles.

Puntos importantes del plan

Como afiliada de Anthem Blue Cross EPO Plan de AIM, usted puede elegir alguno de los proveedores de Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO dentro de su área. Esto incluye médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica. Anthem Blue Cross EPO Plan de AIM incluye los siguientes beneficios:

- Usted puede ver a cualquier médico de nuestra red Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan.
- La red Anthem Blue Cross EPO tiene una gran variedad de médicos para elegir cerca de usted.
- Nuestro Programa prenatal, un programa de bienestar voluntario, ha sido creado para reducir los riesgos para el bebé mediante la educación de las futuras madres y ofrece regalos por su participación.
- MedCall® es una línea de ayuda gratuita de enfermería las 24 horas, que cuenta con enfermeras tituladas en su personal. Los servicios incluyen educación de salud, orientación de salud y acceso a información grabada en más de 300 temas de salud, incluyendo y el tabaquismo y el embarazo.
- Tenemos una gran variedad de farmacias participantes para que usted elija. Para su comodidad, también se incluye un programa de pedidos de medicamentos de receta por correo.

Proveedores del plan

Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM ofrece una amplia red de médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica entre los que puede elegir quién la atienda.

Usted debe ver un proveedor participante en la red Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan o no será elegible para los beneficios, excepto en una emergencia. Una vez que su solicitud del Programa AIM haya sido aprobada, le enviarán un Directorio de proveedores de Anthem Blue Cross Prudent Buyer, para que pueda elegir los proveedores cercanos a su casa o trabajo.

Cómo funciona el plan

Cómo afiliarse

Sólo escriba “Anthem Blue Cross EPO Plan” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” en la solicitud de AIM. No tiene que elegir grupo médico o proveedor ni código de proveedor.

Una vez que sea aceptada

Primero, seleccione un médico participante en EPO Plan de su Directorio de proveedores Anthem Blue Cross Prudent Buyer. Debe elegir un médico participante de este directorio.

Segundo, llame y haga una cita con su proveedor tan pronto como reciba su tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross. Recuerde, cuando usted está embarazada ¡es importante que comience su atención médica inmediatamente!

Tercero, llámenos para que podamos verificar si el hospital en que quiere dar a luz a su bebé tiene contrato con nosotros.

Si tiene que consultar al médico, su proveedor está disponible por teléfono, las 24 horas del día. Además, es muy importante recordar que no hay beneficios disponibles por los servicios prestados por un proveedor que no participe en la red Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan, a menos que el servicio sea autorizado y aprobado por Anthem Blue Cross o que sea una emergencia. Para obtener más información acerca de Anthem Blue Cross EPO Plan de AIM, por favor llame al **1-800-289-6574**. Con gusto responderemos todas sus preguntas acerca del Anthem Blue Cross EPO Plan para AIM.

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en el folleto de Prueba de cobertura de Anthem Blue Cross EPO Plan de AIM



Anthem Blue Cross of California



Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Número de servicio al cliente: 1-877-687-0549, TDD: 1-888-757-6034 (español e inglés)
De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Quién puede afiliarse a Anthem Blue Cross HMO Plan

Anthem Blue Cross HMO Plan está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que residan en los condados de: Kern, Los Ángeles (excepto Catalina Island), Riverside, San Bernardino, Santa Clara, San Diego.

Puntos importantes del plan

Como afiliada de Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM, usted tiene acceso a un amplio programa de atención médica de calidad. Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM incluye los siguientes beneficios:

- Programas de bienestar voluntarios, como servicios de nutrición y programas para dejar de fumar.
- Nuestro Programa prenatal, un programa de bienestar voluntario, ha sido creado para reducir los riesgos para el bebé mediante la educación de las futuras madres y ofrece regalos por su participación.
- MedCall® es una línea de ayuda gratuita de enfermería las 24 horas, que cuenta con enfermeras tituladas en su personal. (Los servicios incluyen educación de salud, orientación de salud y acceso a información grabada en más de 300 temas de salud, incluyendo y el tabaquismo y el embarazo.)
- Tenemos una gran variedad de farmacias participantes en Anthem Blue Cross entre las que puede elegir (para su comodidad, también se incluye un programa de medicamentos de receta por correo.)
- Usted puede elegir su médico personal con sólo llamar a Servicio al cliente de Anthem Blue Cross al 1-800-687-0549 cuando se inscriba o en cuanto sea aceptada en el plan.

Proveedores del plan

Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM ofrece una amplia red de médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica entre los que puede elegir quién la atienda.

Una vez que su solicitud del Programa AIM haya sido aprobada y si vive en Kern, Los Ángeles, San Joaquín, Santa Clara o el condado de Tulare, le enviarán un Directorio de proveedores Anthem Blue Cross para que pueda elegir proveedores cercanos a su casa o trabajo.

Si vive en Santa Cruz o el condado de Ventura, puede llamar a Servicio al cliente de Anthem Blue Cross al **1-877-687-0549** para saber cuáles son los grupos médicos participantes de su área.

Cómo funciona el plan

Cómo afiliarse

Sólo escriba "Anthem Blue Cross HMO Plan" en el renglón "Opción de plan de seguro médico" en la solicitud de AIM. Si ya sabe cuáles médicos personales quiere elegir, escriba su decisión bajo "Opciones de grupo médico o proveedor" y el código de proveedor en el cuadro "Código de proveedor". Debe elegir un consultorio a no más de 30 millas de su casa. Si no elige un médico personal, Anthem Blue Cross le asignará uno en cuanto sea aceptada en el programa.

Los servicios para afiliadas de AIM que vivan en Catalina serán proporcionados en Long Beach.

Una vez que sea aceptada

Primero, si el médico personal asignado no es el adecuado para usted, por favor llame al Servicio al cliente de Anthem Blue Cross al 1-877-687-0549 para cambiar a un nuevo proveedor.

Segundo, llame y haga una cita con su proveedor tan pronto como reciba su tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross. Recuerde, cuando usted está embarazada ¡es importante que comience su atención médica inmediatamente!

Tercero, llámenos para que podamos verificar si el hospital en que quiere dar a luz a su bebé tiene contrato con nosotros.

Si tiene que consultar al médico, su proveedor está disponible por teléfono, las 24 horas del día.

Como afiliada a Anthem Blue Cross HMO, usted está cubierta en una emergencia las 24 horas del día, siete días de la semana.

Para obtener más información acerca de Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM, por favor llame al **1-877-687-0549**. Con gusto responderemos todas sus preguntas.

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en el folleto de Prueba de cobertura de Anthem Blue Cross HMO Plan de AIM.

Santa Bárbara Prenatal Plus 2 de CenCal Health



Programa AIM de CenCal Health

Centro de llamadas de servicio al cliente Llame gratis al 1-877-814-1861 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.,

de lunes a viernes

Quién puede afiliarse a Santa Bárbara Prenatal Plus 2

Si vive en el condado de Santa Bárbara y es una embarazada elegible para AIM, usted puede convertirse en una afiliada de Santa Bárbara Prenatal Plus 2, un programa que sirve a todas las comunidades del condado de Santa Bárbara.

Puntos importantes del plan

Confianza

Las afiliadas a Santa Bárbara Prenatal Plus 2 aprovecharán una red establecida de profesionales de salud, entre los que se encuentran médicos, hospitales y farmacias dentro del condado de Santa Bárbara. Somos una organización local, con sede en Goleta. Desde nuestra creación en 1983, pagamos y hacemos los arreglos para los servicios de atención médica en el condado de Santa Bárbara. Usted puede confiar en nuestro dedicado personal.

Beneficios especiales

Como afiliada de Santa Bárbara Prenatal Plus 2, usted recibirá estos beneficios especiales gratuitos:

- Una visita de una enfermera titulada, después que vuelva a casa, para ver cómo sigue y para responder a cualquier pregunta que pueda usted tener.
- Orientación de nutrición, porque la buena salud durante el embarazo favorecerá que tenga un bebé saludable.
- Un especialista en lactancia, si decide dar el pecho, para ayudarla a aprender cómo evitar problemas al amamantar a su bebé.
- Clases gratuitas o uso de acupuntura para dejar de fumar.

Proveedores del plan

Santa Bárbara Prenatal Plus 2 ofrece una completísima red de proveedores en el condado de Santa Bárbara, entre los que se encuentran ginecólogos/obstetras (OB/GYN), hospitales, farmacias y una variedad completa de proveedores especializados para satisfacer todas sus necesidades de atención médica.

Cómo afiliarse

Sólo escriba: “Santa Bárbara Prenatal Plus 2” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” en la solicitud de AIM.

Una vez que sea aceptada—Cómo iniciar la atención

Su tarjeta del plan de seguro médico

Una vez que esté afiliada y después que haya elegido un ginecólogo obstetra, usted recibirá una tarjeta de identificación de Santa Bárbara Prenatal Plus 2. Presente su tarjeta siempre que vaya al médico.

Su ginecólogo obstetra como su Proveedor personal

Usted puede elegir un ginecólogo obstetra para su atención prenatal y la coordinación de todas sus demás necesidades de atención médica.

En caso de emergencia

La atención de emergencia está disponible las 24 horas sin autorización previa en todas las salas de emergencias hospitalarias del condado de Santa Bárbara o llamando al “911”. No obstante, es muy importante que se comunique primero con su proveedor personal, si es posible, para asegurarse de que pueda guiarla y darle consejos.

Si necesita asistencia

Sólo tome el teléfono, llame gratis al 1-877-814-1861 y elija Santa Bárbara Prenatal Plus 2. Usted hablará con un representante que:

- Le explicará los beneficios de Santa Bárbara Prenatal Plus 2.
- La ayudará a elegir un ginecólogo/obstetra para su embarazo de nuestra lista de proveedores participantes.

Información importante

La información aquí presentada es sólo un breve resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en el folleto de Prueba de cobertura de Santa Bárbara Prenatal Plus 2.



Central Coast Alliance for Health



CENTRAL COAST
ALLIANCE
FOR HEALTH

Programa AIM de Alliance Care

Servicios a la afiliada: 1-800-700-3874. Se habla español.

TTY: 1-877-548-0857 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Quién puede afiliarse al Programa AIM de Alliance Care de Central Coast Alliance for Health?

El Programa AIM de Alliance Care de Central Coast Alliance for Health está a disposición de mujeres embarazadas elegibles para AIM que vivan en el condado de Monterey.

Puntos importantes del plan

Cuando elige el Programa AIM de Alliance Care de Central Coast Alliance for Health, está seleccionando un amplio programa que ofrece los beneficios que usted necesita para un embarazo saludable. Tendrá acceso a atención médica de calidad de una red de médicos, hospitales y farmacias locales.

Entre los beneficios especiales se incluye:

- Educación sobre diabetes y orientación de nutrición
- Clases sobre cómo dejar de fumar
- Un especialista en lactancia, si es necesario, para ayudarle a aprender cómo evitar problemas al dar el pecho a su bebé
- Una bomba para extraer leche materna
- Una tarjeta de regalo de \$20 para ver a su médico para una consulta posparto a más tardar 6 semanas después de tener su bebé

Proveedores del plan

Con más de 1,000 médicos y especialistas y todos los hospitales locales en nuestra red, usted recibe la atención que necesita un lugar cómodo.

Cómo afiliarse

Sólo escriba "Central Coast Alliance for Health" en el renglón "Opción de plan de seguro médico" de su solicitud de AIM. Luego escriba el nombre y código de proveedor del médico o clínica que desee como su proveedor personal. Para saber cuáles médicos y clínicas están a su disposición, puede visitar el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp o llamar a nuestro Departamento de servicios a la afiliada al 1-800-700-3874.

Una vez que sea aceptada: Cómo iniciar la atención

Tarjeta de identificación

Una vez que esté afiliada y haya seleccionado un ginecólogo/obstetra como su proveedor personal (PCP), le enviaremos una tarjeta de identificación. Su tarjeta de identificación

tendrá escrito el nombre de su proveedor personal. Tendrá que mostrarla cuando necesite atención médica o vaya a la farmacia. También le enviaremos una Prueba de cobertura y Directorio de proveedores, que explican sus beneficios y tienen una lista de los proveedores de nuestra red.

Su proveedor personal

Tendrá un ginecólogo obstetra como su proveedor personal (PCP). Si no elige un PCP al afiliarse, le asignaremos uno. Su proveedor personal es el médico al que consulta para su atención prenatal y cualquier atención personal o preventiva que necesite. Si tiene que ver a un a especialista o hacerse una prueba especial, su proveedor personal la preautorizará. Su proveedor personal coordinará cualquier otra atención que usted reciba.

Su proveedor personal está disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana para todas sus necesidades de atención médica. Si necesita atención fuera de horas de oficina o en un fin de semana, llame al consultorio de su proveedor personal.

Examen de nueva paciente

Deberá hacer una cita para una consulta con su proveedor personal inmediatamente. Es importante que conozca a su médico y comience a obtener atención prenatal pronto.

Atención de emergencia

Sus servicios de atención de emergencias están cubiertos las 24 horas del día y los 7 días de la semana. No se requiere autorización previa para atención de emergencia. Si cree que necesita atención de emergencia, llame a su proveedor personal si puede hacerlo, para asegurarse de recibir el mejor tratamiento. Si no puede llamar a su proveedor personal, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de una emergencia, deberá llamar a su proveedor personal tan pronto como sea posible.

Información importante

Para obtener más información acerca del Programa AIM de Alliance Care de Central Coast Alliance for Health, por favor llame al 1-800-700-3874. Con gusto responderemos sus preguntas y le ayudaremos a elegir a un médico.

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en la Prueba de cobertura de AIM de Alliance Care.

Contra Costa Health Plan



1-877-661-6230 Servicios a la afiliada (oprima 2) Comercialización (oprima 6)

595 Center Ave., Ste 100 Martinez, CA 94553 Horarios: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

925-313-6000 www.contracostahealthplan.org

Quién puede afiliarse a Contra Costa Health Plan (CCHP)

CCHP está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que residan en el condado de Contra Costa.

Puntos importantes del plan

Contra Costa Health Plan, fundado en 1973, está patrocinado por el condado de Contra Costa, autorizado por el Departamento de atención médica administrada del estado de California y es una Organización de mantenimiento de la Salud calificada federalmente. Por consiguiente, nuestras más de 80,000 personas afiliadas pueden estar seguras que CCHP debe cumplir con las más altas normas de atención.

Nuestras afiliadas aprecian lo siguiente de CCHP:

- Centros de salud en su vecindario con horarios amplios de servicios de atención primaria y de urgencias
- Amplia red de médicos personales privados y de atención especializada en la comunidad
- Servicio de enfermera consejera experta las 24 horas, los 365 días del año.
- Cobertura en todo el mundo para servicios de emergencias
- Amables representantes bilingües de servicios a la afiliada para ayudarla de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes.

Proveedores del plan

CCHP ofrece dos “redes de proveedores” para que usted escoja: Nuestra Red de centros médicos regionales (RMCN) ofrece atención primaria y acceso a atención especializada a través de ocho Centros de salud y en el hospital más nuevo de la región, el Contra Costa Regional Medical Center. Usted solamente elige qué centro de salud le queda más cómodo para usted y selecciona un médico personal y un ginecólogo/obstetra que trabajen en ese centro de salud. Ellos se asegurarán que usted reciba toda la atención preventiva, atención de rutina y las preautorizaciones para la atención especializada que usted necesite.

Nuestro otro grupo de proveedores es la Red de proveedores comunitarios (CPN) de CCHP. Usted elige un médico

personal de CPN. Su ginecólogo obstetra debe estar también en esta red. Usted irá al hospital que su médico use: uno de los cuatro hospitales del área.

Cómo afiliarse

Escriba “Contra Costa Health Plan” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” de la Sección 2 de su solicitud. En el renglón siguiente, por favor indique sus “Opciones de grupo médico y proveedor” como “Regional Medical Center Network” o “Community Provider Network”.

Una vez que sea aceptada; cómo iniciar la atención

Cuando esté afiliada, CCHP le enviará por correo una tarjeta de identificación, un Manual de la afiliada, el Directorio de proveedores y un folleto de Prueba de cobertura combinada y formulario de revelación.

Recomendamos a que todas las nuevas afiliadas llamen inmediatamente a nuestro Departamento de servicios a la afiliada. Nuestros representantes pueden ayudarla a elegir un médico personal, así como responder cualquier pregunta que tenga acerca de cómo acceder a los servicios de su plan.

Usted puede cambiar su médico personal o ginecólogo/obstetra, e incluso cambiar a la otra red de proveedores, con sólo llamar a Servicios a la afiliada.

Información importante

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Para conocer los términos y condiciones específicos, por favor consulte la Prueba de cobertura (EOC) y el Formulario de revelación para Contra Costa Health Plan.



Health Net



Health Net®

Llame gratis al: 1-800-327-0502, de lunes a viernes de 7:30 A.M. a 7:00 P.M.

Se habla español, TDD: 1-800-995-0852

¿Quién puede afiliarse a Health Net?

Health Net está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que residan en los condados de:

- Alameda
- Fresno
- Kings
- Los Angeles (excepto Catalina Island)
- Orange
- Sacramento
- San Francisco
- Sonoma
- Tulare
- Yolo

Y en partes de los siguientes condados:

- Kern
- Placer
- Riverside
- San Bernardino

Puntos importantes del plan

Como uno de los planes de seguro médico más grandes de California, ofrecemos atención médica de calidad, no solamente económica, sino también personal y cómoda.

Nuestro negocio es atenderle. Health Net ofrece los siguientes beneficios:

- Programa de educación y exploración prenatal, así como enfermeras administradoras de caso perinatal dedicadas
- Énfasis en la atención médica integral a través de nuestros exclusivos programas de bienestar, exploraciones, clases y materiales
- Servicio multilingüe al cliente las 24 horas del día los 7 días de la semana
- Línea de consejos de enfermería las 24 horas
- El Comité nacional de aseguramiento de la calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) otorgó a nuestro producto comercial HMO la categoría de acreditación de “excelente”.

Proveedores del plan

Health Net ofrece una de las redes de proveedores más grandes de California. En todo el estado, nuestra red de proveedores ofrece médicos, hospitales y farmacias dentro de la comunidad. Los seminarios ofrecidos a muchos grupos de médicos están concentrados en la atención preventiva y ofrecen a las afiliadas la oportunidad de enriquecer y mejorar la salud y la conciencia de la salud. Llame a Health Net al 1-800-327-0502 para obtener una lista de los médicos participantes en Programa AIM o visite el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp, para leer o imprimir una lista de los proveedores de Health Net que participan en Programa AIM.

Cómo afiliarse

Una vez que haya tomado la decisión de elegir Health Net, tendrá que llenar su Solicitud de inscripción en AIM. Escriba “Health Net” en el cuadro marcado “Opción de plan de seguro médico”.

Si sabe qué proveedor personal (PCP) o grupo médico quiere seleccionar, escriba su selección en el cuadro “Opciones de grupo médico y proveedor” en la solicitud de AIM. Si no elige un proveedor personal, Health Net le asignará uno. Si necesita asistencia para seleccionar un proveedor personal, por favor llame a Health Net al 1-800-327-0502.

Una vez que sea aceptada: Cómo iniciar la atención

Una vez que esté afiliada, usted recibirá una tarjeta de identificación de Health Net y un paquete con materiales para la afiliada nueva. La llamaremos para darle la bienvenida al plan, responder a cualquier pregunta que tenga y para ayudarla para que comience a usar sus beneficios cuanto antes.

Un ginecólogo obstetra o enfermera partera (si usted prefiere) le proporcionará toda su atención prenatal. Una vez que esté afiliada a Health Net, usted elegirá un médico personal que coordinará toda la atención médica que necesite y que no esté relacionada con su embarazo. Usted puede llamar a su médico personal para que atienda todas sus necesidades de atención médica las 24 horas del día. También tiene acceso a la línea de consejos de enfermería las 24 horas y al Departamento de servicios a la afiliada las 24 horas de Health Net.

Si necesita atención de urgencias, puede llamar al su médico las 24 horas del día, siete días de la semana.

La atención de emergencia es un beneficio cubierto. En una emergencia, si es posible llame a su médico personal. Si tiene alguna emergencia y no es posible comunicarse con su médico personal, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Información importante

Si tiene preguntas específicas con respecto a proveedores o Health Net, llame a Health Net al 1-800-327-0502. La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones específicos en el folleto de Prueba de cobertura del Programa AIM de Health Net.

Health Plan of San Joaquin



1-888-936-PLAN (7526) Llame de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes

Inglés, español, hmong, vietnamita y camboyano

¿Quién puede afiliarse a Health Plan of San Joaquín (HPSJ)?

Si vive en el condado de Stanislaus y el condado de San Joaquín, y es elegible para el Programa AIM, ¡ahora puede afiliarse a Health Plan of San Joaquín!

Puntos importantes del plan

En Health Plan of San Joaquín, nos esforzamos para ofrecer acceso a atención médica de alta calidad de manera oportuna, atenta y sensible a la cultura. Cuando se afilie a HPSJ, recibirá:

• Acceso

Puede elegir entre numerosos médicos, hospitales y farmacias cerca de donde vive y trabaja. Con HPSJ, tendrá acceso casi todas las farmacias de la zona, entre ellas farmacias de vecindario y cadenas bien conocidas, como Walgreen's, Rite-Aid, Longs, S-Mart, Target y Wal-Mart.

• Información de salud

Puede hablar con una enfermera consejera por teléfono las 24 horas del día. También ofrecemos una biblioteca de audio para saber más sobre paternidad, qué esperar durante su embarazo y muchos otros temas relacionados con la salud.

Además ¡le enviaremos boletines informativos para mantenerle al corriente sobre los temas de atención médica más recientes!

• Servicio personalizado

HPSJ está ubicado convenientemente en el Valle central y solamente a una llamada telefónica. Puede recibir ayuda con la solicitud o reunirse con un representante de nuestro Departamento de servicios al cliente para hablar de sus beneficios.

Proveedores del plan

Como afiliada a HPSJ puede elegir entre numerosos médicos y hospitales en el condado de Stanislaus. Con HPSJ, su médico personal puede enviarle a hospitales en Modesto, Oakdale y Turlock, con atención especializada como paciente interno disponible a través de asociaciones con hospitales en el valle central y el área de la bahía.

Para obtener un directorio completo de proveedores de AIM, visite el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp o llame a nuestro Departamento de servicios al

cliente al 1-888-936-PLAN (7526).

Cómo afiliarse

Si desea recibir servicios de AIM de HPSJ, sólo escriba "Health Plan of San Joaquín" en el cuadro "Opción de plan de seguro médico" en la solicitud de AIM.

Luego, seleccione su proveedor: visite el sitio web de AIM o llame a nuestro Departamento de servicios al cliente. Una vez que haya seleccionado un proveedor, escriba su elección en "Opciones de grupo médico y proveedor" y el código de proveedor en el cuadro "Código de proveedor".

Cómo recibir atención

Una vez que esté afiliada en HPSJ recibirá por correo un paquete de bienvenida. Este paquete describe sus beneficios y cómo tener acceso a la atención.

Le enviaremos una tarjeta de identificación por correo unos cuantos días después de la inscripción; lleve su tarjeta con usted en todo momento y preséntela a sus proveedores siempre que reciba servicios. Si no selecciona un médico cuando se inscriba, deberá llamar a nuestro Departamento de servicios al cliente para seleccionar uno inmediatamente.

La atención de emergencia es un beneficio cubierto. Si tiene alguna pregunta que no sea de emergencia, puede llamar a su médico personal o a Healthreach, el programa de consejos de enfermería de HPSJ, disponible las 24 horas del día. Una enfermera consejera podrá ayudarla a decidir la mejor manera de obtener tratamiento y puede ayudarla a hacer los arreglos para la atención en la sala de emergencias. Si tiene alguna emergencia y no es posible comunicarse con su médico personal o la línea de consejos de enfermería, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Información importante

Si tiene alguna pregunta con respecto a proveedores o HPSJ, por favor llame al HPSJ al 1-888-936-PLAN (7526). La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones específicos en el folleto de Prueba de cobertura (EOC) y Formulario de revelación de HPSJ.



Kaiser Permanente Northern California



KAISER PERMANENTE®

Centro de llamadas de servicio al cliente 1-800-464-4000

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados y domingos, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Quién puede afiliarse a Kaiser Permanente Northern California

Kaiser Permanente Northern California está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que vivan en estos condados:

- Contra Costa
- San Mateo
- Marin
- Solano
- San Joaquin

Y en partes de los siguientes condados:

- El Dorado
- Placer
- Napa
- Sonoma

Puntos importantes del plan

¡Felicidades! Le deseamos lo mejor en estos momentos tan especiales. Muchas gracias por considerar a Kaiser Permanente como su proveedor de AIM.

Para favorecer un embarazo saludable para usted y un comienzo saludable para su bebé, los médicos de Kaiser Permanente y los participantes en su equipo médico colaboran para ofrecerle:

Beneficios fáciles de usar:

- No se necesitan preautorizaciones para consultas con el ginecólogo obstetra
- Virtualmente sin papeleo (excepto por los servicios de emergencias recibidos en establecimientos fuera del plan)
- Los representantes de servicios al cliente del plan de seguro médico están disponibles por teléfono y en nuestros establecimientos para responder a sus preguntas acerca de beneficios y de servicios.

Proveedores del plan

En Kaiser Permanente, la atención médica de calidad que usted recibe será proporcionada o concertada por los médicos de Kaiser Permanente en las instalaciones de Kaiser Permanente. Representantes de casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas más importantes, nuestros médicos y el equipo médico colaboran para atender a un grupo especial de personas, nuestras afiliadas. Especialmente durante estos momentos tan especiales, es muy importante tener un médico que la atienda como a una persona y en quien usted pueda confiar. Le recomendamos que elija el médico personal que mejor satisfaga sus necesidades. Su parto y otros servicios

hospitalarios serán en los hospitales de Kaiser Foundation o en otros hospitales que tengan contratos con Kaiser Permanente.

Cómo afiliarse

Escriba “Kaiser Permanente” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” en la solicitud de AIM.

Cómo comenzar

Una vez que esté afiliada, le enviarán por correo una tarjeta de identificación del plan de seguro médico e información acerca de su nueva cobertura de AIM. Por favor llame al Centro de citas para elegir un ginecólogo obstetra y hacer su primera cita. También le recomendamos que elija un médico personal. Por favor lleve consigo su tarjeta de identificación y úsela para hacer citas. Será todo lo que usted necesite para recibir los Beneficios y servicios de AIM.

Acceso a la atención

En la fecha de comienzo de su afiliación, usted tendrá acceso inmediato a los beneficios y servicios del área de Kaiser Permanente Northern California. En ese momento, la instamos a que haga una cita prenatal y elija un médico personal. Para hacer una cita o para pedir un Directorio de instalaciones médicas, solamente llame a su instalación médica elegida.

Información importante

La información presentada en estas páginas es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en el folleto de Prueba de cobertura del Kaiser Permanente Northern California Plan.

Cobertura de seguro médico para los años por venir

Después que termine su cobertura de AIM (60 días después de la terminación de su embarazo), posiblemente quiera considerar inscribirse en Steps Plan de Kaiser Permanente. Como afiliada del Steps Plan, podrá seguir recibiendo atención de Kaiser Permanente hasta por dos años más. ¡Nos gustaría atenderla a usted y su familia por muchos años!

Kaiser Permanente Southern California



KAISER PERMANENTE®

Centro de llamadas de servicio al cliente 1-800-464-4000

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados y domingos, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Quién puede afiliarse a Kaiser Permanente Southern California

Kaiser Permanente Southern California está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que vivan en estos condados:

- Riverside
- San Bernardino

Puntos importantes del plan

¡Felicidades! Le deseamos lo mejor en estos momentos tan especiales. Muchas gracias por considerar a Kaiser Permanente como su proveedor de AIM.

Para favorecer un embarazo saludable para usted y un comienzo saludable para su bebé, los médicos de Kaiser Permanente y los participantes en su equipo médico colaboran para ofrecerle:

Beneficios fáciles de usar

- No se necesitan preautorizaciones para consultas con el ginecólogo/obstetra
- Virtualmente sin papeleo (excepto por los servicios de emergencias recibidos en establecimientos fuera del plan)
- Los representantes de servicios al cliente del plan de seguro médico, están disponibles por teléfono y en nuestros establecimientos para responder a sus preguntas acerca de beneficios y de servicios.

Proveedores del plan

En Kaiser Permanente, la atención médica de calidad que usted recibe será proporcionada o concertada por los médicos de Kaiser Permanente en las instalaciones de Kaiser Permanente. Nuestros médicos y el equipo médico representan casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas más importantes y colaboran para atender a un grupo especial de personas, nuestras afiliadas. Especialmente durante estos momentos tan especiales, es muy importante tener un médico que la atienda como a una persona y en quien usted pueda confiar. Le recomendamos que elija el médico personal que mejor satisfaga sus necesidades. Su parto y otros servicios hospitalarios serán en los hospitales de Kaiser Foundation o en otros hospitales que tengan contratos con Kaiser Permanente.

Cómo afiliarse

Escriba “Kaiser Permanente” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” en la solicitud de AIM.

Cómo comenzar

Una vez que esté afiliada, le enviarán por correo una tarjeta de identificación del plan médico e información acerca de su nueva cobertura de AIM. Por favor llame al Centro de citas para elegir un ginecólogo obstetra y hacer su primera cita. También le recomendamos que elija un médico personal. Por favor lleve consigo su tarjeta de identificación y úsela para hacer citas. Será todo lo que usted necesite para recibir los Beneficios y servicios de AIM.

Acceso a la atención

En la fecha de comienzo de su afiliación, usted tendrá acceso inmediato a los beneficios y servicios del área de Kaiser Permanente Southern California. Le recomendamos que en ese momento haga una cita prenatal y elija un médico personal. Para hacer una cita o para pedir un Directorio de instalaciones médicas, solamente llame a su instalación médica elegida.

Información importante

La información presentada en estas páginas es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones exactos en el folleto de Prueba de cobertura del Kaiser Permanente Southern California Plan.

Cobertura de seguro médico para los años por venir

Después que termine su cobertura de AIM (60 días después de la terminación de su embarazo), posiblemente quiera considerar inscribirse en Steps Plan de Kaiser Permanente. Como afiliada de Steps Plan, podrá seguir recibiendo atención de Kaiser Permanente hasta por dos años más. ¡Nos gustaría atenderla a usted y su familia por muchos años!



Molina Healthcare of California



Servicios a la afiliada: 1-888-665-4621 TTY: 1-800-479-3310

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

¿Quién puede afiliarse a Molina Healthcare?

Molina Healthcare está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que vivan en el condado de San Diego.

Puntos importantes del plan

Molina Healthcare ha proporcionado atención de calidad a las familias de California por más de 20 años, por lo que nosotros sabemos cómo concebir nuestros servicios de manera de satisfacer las necesidades de su familia.

En Molina Healthcare, usted tendrá:

- Línea de consejos de enfermería las 24 horas.
- Acceso a nuestro programa prenatal, concebido para mantenerlos saludables a usted y a su bebé.
- Una gran red de farmacias. Usted puede ir a cualquier farmacia justo en su vecindario entre las que se encuentran Sav-On, Rite Aid, Walgreens, Longs, CVS y muchas más.
- Acreditación “Recomendable” de NCQA (Comité nacional de aseguramiento de la calidad).

Proveedores del plan

Con casi 1,072 médicos personales y especialistas, usted puede encontrar un médico justo en su vecindario. Molina Healthcare ha designado médicos generales y familiares; pediatras, internistas y ginecólogos obstetras como médicos personales.

Cómo afiliarse

Una vez que haya decidido afiliarse a Molina Healthcare, su siguiente paso será llenar su Solicitud de afiliación de AIM. Escriba “Molina” en el cuadro marcado “Opción de plan de seguro médico”. Luego, seleccione su proveedor de servicios médicos de Molina Healthcare escribiendo su elección en la sección “Opciones de grupo médico y proveedor” y el código de proveedor en el cuadro “Código de proveedor”. Si no está segura del médico que debe ser, llame a nuestro Departamento de servicios a la afiliada y le ayudaremos a elegir el médico adecuado para usted.

Una vez que sea aceptada; cómo iniciar la atención

Una vez afiliada a Molina Healthcare, le enviaremos su tarjeta de identificación nueva junto con un Paquete de bienvenida que le explicará su cobertura con nosotros. Usted tendrá que llevar consigo su tarjeta de identificación en todo momento y presentarla cuando vaya a consulta con su médico y para obtener medicamentos de receta.

Acceso a la atención

- Usted puede consultar un ginecólogo obstetra o a su médico personal (PCP), si éste es ginecólogo obstetra para su atención prenatal. Para cualquier otro tipo de atención especializada deberá consultar primero a su médico personal para que le den una preautorización.
- En el caso de los servicios de planificación familiar o atención prenatal, puede autopreautorizarse para ver un médico dentro de la red de su médico personal.
- La atención de emergencia es un beneficio cubierto. Si no está segura de necesitar atención de emergencia, llame su médico personal o a la Línea de consejos de enfermería. Nuestra Línea de consejos de enfermería cuenta en su personal con enfermeras tituladas a su disposición las 24 horas del día, 365 días al año.

Información importante

La información aquí presentada es sólo un breve resumen de los servicios proporcionados por Molina Healthcare. Para averiguar los términos y condiciones específicos, llame a nuestro Departamento de servicios a la afiliada o consulte el Manual de la afiliada (Prueba de cobertura). Una vez que nazca su bebé, llámenos tan pronto como sea posible al 1-888-665-4621 para garantizar que su bebé continúe su cobertura con Molina Healthcare.

Ventura County Health Care Plan



Servicios al afiliado: 1-800-600-8247. Se habla español. 8:30 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes

Quién puede afiliarse a Ventura County Health Care Plan

Ventura County Health Care Plan está disponible para todas las embarazadas elegibles para AIM que residan en el condado de Ventura.

Puntos importantes del plan

Como afiliada de AIM de Ventura County Health Care Plan usted está seleccionando un programa completo que ofrece los beneficios que usted necesita para un embarazo saludable:

- Administración de casos para su embarazo de alto riesgo a cargo de una enfermera titulada.
- Programas de bienestar, como orientación dietética y programa para dejar de fumar.
- Boletín informativo con artículos informativos acerca de dietas, ejercicio y prevención de enfermedades.
- Cómoda opción de pedidos por correo para surtir sus recetas de mantenimiento. Medicamentos de receta prenatales sin copago. Recetas prenatales sin copago.
- Las oficinas administrativas del plan, ubicadas en el condado de Ventura, cuentan con amables representantes de servicios a la afiliada, listos para ayudarla en español o inglés.
- Amplia red de médicos personales y especialistas certificados por la junta médica, entre los que se encuentran proveedores obstétricos para embarazos de alto riesgo.
- Acceso a instalaciones de atención de urgencias y atención de emergencia; localmente y en todo el país.

Proveedores del plan

Los consultorios de los médicos personales de Ventura County Health Care Plan que ofrecen atención prenatal están convenientemente ubicados en Oxnard, Ventura, Simi Valley, Thousand Oaks, Santa Paula, Moorpark, Camarillo, Ojai, Fillmore y Piru. Se incluyen las clínicas de atención ambulatoria Ventura County Medical Center, todas las sucursales de Clínicas Del Camino Real, Inc. y varios consultorios médicos privados.

Nuestros hospitales principales son el Ventura County Medical Center; John's Regional Medical Center, en Oxnard; John's Pleasant Valley Hospital y Simi Valley Hospital. Para obtener un directorio completo de proveedores de AIM, que incluya obstetras, por favor comuníquese con nuestro Departamento de servicios a la afiliada al número de arriba.

Cómo afiliarse

Si quiere recibir los servicios de AIM de Ventura County Health Care Plan, todo lo que tiene que hacer es escribir

“Ventura County Health Care Plan” en el renglón “Opción de plan de seguro médico” en la solicitud de AIM. Luego, seleccione su proveedor de Ventura County Health Care Plan del sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp y escriba su elección bajo “Opciones de proveedor” y el código de proveedor en el cuadro “Código de proveedor”. También puede llamar a nuestro Departamento de servicios a la afiliada al número de arriba. Por favor elija un proveedor ubicado en la ciudad donde vive o a no más de 15 millas de su casa.

Una vez que sea aceptada; cómo iniciar la atención

Una vez que esté afiliada y haya elegido un ginecólogo obstetra para darle su atención prenatal, le enviarán por correo una tarjeta de identificación de VCHCP y la información acerca de su cobertura de AIM. Además, usted elegirá un médico personal (PCP) para coordinar toda su atención médica necesaria. Tendrá acceso a los beneficios y servicios de AIM en la fecha de comienzo de su afiliación. Le recomendamos que en ese momento haga inmediatamente su primera cita prenatal bajo el plan.

Su proveedor personal está disponible por teléfono las 24 horas del día para todas sus necesidades de atención médica. Puede tener acceso a cualquier centro de atención de urgencias para enfermedades el mismo día o lesiones leves si no puede tener acceso a su médico personal. En una emergencia llame su médico personal, si es posible, para asegurarse de recibir el mejor tratamiento. Si le parece de manera razonable que existe un padecimiento médico de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Información importante

Para mayor información y ayuda para seleccionar VCHCP, por favor llame a nuestro Departamento de servicios a la afiliada al número de arriba. Esperamos con gusto servirle.

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Para conocer los términos y condiciones específicos, por favor consulte el folleto de Prueba de cobertura del Programa AIM de Ventura County Health Care Plan.

Ventura County Health Care Plan es una HMO sin fines de lucro autorizada por el estado, propiedad del Condado de Ventura y operada por el mismo.



Preguntas frecuentes

- 1. ¿Qué hago si mis ingresos están por debajo de las pautas de AIM?**
Si sus ingresos están por debajo de las pautas de AIM, tal vez sea elegible para Medi-Cal sin costo. Busque en las páginas blancas de su guía telefónica local la oficina del Departamento de servicios sociales cerca de usted para recibir más información acerca de Medi-Cal.
- 2. ¿Qué es una solicitud completa?**
Una solicitud completa incluye un cheque de caja o giro postal (Money Order) por \$ 50 pagadero a AIM Program, un certificado de embarazo firmado por un profesional de la atención médica certificado o con licencia, copias de todos los documentos necesarios y la solicitud completamente llena, incluyendo las firmas.
- 3. ¿Puedo enviar un cheque personal con mi solicitud?**
No, no se aceptan cheques personales con la solicitud. Usted debe enviar un giro postal o cheque de caja a nombre del programa AIM.
- 4. ¿Puedo enviar por fax mi solicitud?**
No, se requiere su firma original en la solicitud y un giro postal o cheque de caja, junto con las copias de su documentación de ingresos y el certificado de embarazo.
- 5. ¿Puedo enviar copias de la solicitud?**
Usted puede usar una copia de la solicitud, siempre y cuando la copia que envíe tenga su firma original. Envíe copias de sus documentos de ingresos y el certificado de embarazo en lugar de los originales.
- 6. ¿Puedo solicitar en persona? Si no puedo ¿a dónde envío por correo mi solicitud de AIM?**
No, no puede solicitar en persona. Todas las solicitudes se procesan por correo. Las solicitudes pueden enviarse por correo regular o prioritario a: California Access for Infants and Mothers Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852-0559. Las solicitudes pueden enviarse por servicio de paquetería nocturna a: California Access for Infants and Mothers Program, 625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom, CA 95630.
- 7. ¿Dónde puedo encontrar ayuda para llenar mi solicitud?**
Usted puede llamar a AIM al 1-800-433-2611. **Toda la ayuda es gratuita.**
- 8. ¿Cuento los ingresos de mi esposo si él trabaja lejos de casa en otra ciudad, estado o país varios meses del año?**
Sí, si él declara que vive en la casa con usted, la embarazada.
- 9. ¿Cuento al padre del bebé y sus ingresos?**
No, a menos que ya tengan algún otro hijo en común.
- 10. ¿Qué tan pronto estaré afiliada?**
El procesamiento normal de una solicitud completa toma 10 días. Usted recibirá una carta del Programa AIM una vez que esté afiliada. Si la solicitud no está completa, usted recibirá una carta pidiéndole la información adicional necesaria y el tiempo de procesamiento será más largo. Una vez que esté afiliada en AIM usted recibirá un folleto de prueba de cobertura y una tarjeta de seguros del plan de seguro médico que haya seleccionado. La fecha de comienzo de la cobertura es 10 días después de su afiliación.
- 11. ¿Puedo enviar copias de mi documentación de ingresos?**
Sí, no envíe originales.
- 12. ¿Qué tan pronto podré ver a un médico a través de AIM?**
A partir de la fecha de comienzo de la cobertura. No obstante, tenga en cuenta que debe llamar al médico para hacer una cita.
- 13. ¿Cuáles son los beneficios de tener AIM en lugar de tener Medi-Cal restringido sólo para embarazos?**
AIM ofrece beneficios completos, entre los que se encuentran servicios para el embarazo y otros sin relación con el embarazo. Para obtener más información, puede pedir una copia de la prueba de cobertura del plan de seguro médico que usted elija.
- 14. ¿Aún tengo que hacer copagos cuando vaya a ver al médico?**
No, AIM no tiene copagos ni deducibles.
- 15. ¿AIM pagará los servicios de control de la natalidad después que nazca mi bebé?**
Consulte el cuadro de beneficios de su plan de seguro médico y la prueba de cobertura.
- 16. ¿Puedo ver a un médico en un condado vecino al condado en el que vivo?**
Sí, tendrá que comunicarse con su plan de seguro médico para ver si le permiten que vea algún proveedor específico.
- 17. ¿Recibiré un cheque de reembolso de AIM si no soy elegible?**
Se le enviará por correo un cheque de reembolso del Programa AIM.
- 18. ¿Cubre AIM embarazos de alto riesgo?**
Sí.
- 19. ¿Puedo seguir viendo a mi médico actual?**
Por favor llame a su plan de seguro médico para averiguar si el médico es un proveedor participante de AIM.
- 20. ¿Están cubiertos los beneficios de la vista y dental con AIM?**
Consulte el cuadro de beneficios de su plan de seguro médico.
- 21. Si tengo que pagar el 20% de mis facturas de hospital ¿se considera que es más del deducible de \$500?**
Depende del costo del parto.
- 22. ¿Puedo cambiar de médico si no estoy a gusto con mi nuevo médico de AIM?**
Todos los pedidos de cambio de médico debe hacerlos a través del plan de seguro médico.
- 23. ¿Se resta la deducción de gastos de trabajo si no estoy trabajando ahora, pero trabajé el año pasado y estoy usando esos ingresos para reunir los requisitos para el programa?**
La deducción por gastos de trabajo se usa para el período en el que se basa la documentación de ingresos recibida.
- 24. ¿Cuento a mis hijos aún si viven conmigo solamente la mitad del tiempo?**
Sí, si son declarados como sus dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal.
- 25. ¿Tenemos que usar mi esposo y yo los ingresos del mismo año?**
No. Cada uno de los cónyuges puede usar los ingresos del año anterior o los ingresos actuales.
- 26. ¿Cuáles son los ingresos brutos después de las deducciones?**
El primer paso para determinar si es elegible es averiguar los ingresos brutos (antes de impuestos). El programa resta entonces todas las deducciones aplicables (lea en la página 12 una lista de deducciones permitidas). Esas deducciones son obligatorias.

Preguntas frecuentes, *continúa*

27. **¿Quién elige mi proveedor y el hospital donde daré a luz?**
La embarazada puede elegir su proveedor a través del plan de seguro médico. Dependiendo del contrato del plan de seguro médico, el proveedor le informará del hospital donde dará a luz.
28. **¿Cómo se calculan los ingresos de quien trabaja por su cuenta?**
El Programa AIM usa los ingresos de las ganancias netas para determinar la elegibilidad (ingresos brutos menos gastos de negocios). Hay dos opciones para mostrar los ingresos de las personas que trabajan por su cuenta. Pueden presentar el formulario 1040 de Impuestos federales de ingresos del año anterior con el Cuadro C. O pueden enviar el estado de ganancias y pérdidas de los 3 meses más recientes. Todas las deducciones por depreciación y los gastos de alimentos y de representación se vuelven a sumar a los ingresos de ganancias netas. Las pérdidas (cantidades negativas en dólares) cuentan como cero (\$0).
29. **¿Cómo puedo obtener un especialista no obstétrico mientras esté en Programa AIM?**
Llame a su plan de seguro médico o a los servicios a la afiliada. Si usted está en una EPO, usted podrá hacer una autopreautorización. Si está en una HMO, usted tiene que obtener una preautorización de su proveedor personal.
30. **¿Cómo puedo averiguar si mi obstetra y el hospital donde daré a luz son parte del Programa AIM?**
Llame a su plan de seguro médico o a los servicios a la afiliada o consulte el directorio de proveedores de su plan de seguro médico.
31. **¿Puedo cambiarme a otro plan de seguro médico si mi médico u hospital donde daré a luz ya no son reconocidos como proveedores de AIM por mi plan de seguro médico original?**
No. Si su obstetra u hospital donde dará a luz ya no tiene contrato con su plan de seguro médico actual, llame a servicios a la afiliada para pedir ayuda. El plan la ayudará a elegir un nuevo proveedor u hospital o le permitirá que siga viendo a su obstetra actual y hospital donde dará a luz para que haya continuidad de atención.
32. **¿Puedo obtener medicamentos de marca cuando haya un sustituto genérico disponible para mi receta?**
Solamente si el proveedor indica que el medicamento de marca no puede ser sustituido por uno genérico.
33. **¿Cubrirá Programa AIM el tratamiento por complicaciones de parto después de los 60 días después de dar a luz a mi bebé?**
No. Los tratamientos relacionados con el embarazo de su bebé están cubiertos hasta un máximo de 60 días después del parto.
34. **¿Cómo obtengo atención de urgencias o de emergencia fuera del horario de consultas?**
Llame su Proveedor personal o a su grupo médico. El sistema de contestación telefónico la comunicará con la enfermera consejera o el médico de guardia para que le den más indicaciones.
35. **¿Cómo afecta la cobertura de seguro privado mi cobertura del Programa AIM?**
El hecho de tener seguro privado no debe afectar su cobertura, siempre y cuando usted tenga un deducible específico para servicios de maternidad de más de \$500. Usted deberá usar los proveedores de la red del plan de seguro médico de AIM para que el plan de seguro médico AIM cubra los servicios.
36. **¿Qué ocurre si embarazo no tiene éxito?**
Si su embarazo termina en la fecha en que comienza su cobertura o después, usted seguirá siendo responsable de pagar la cantidad de contribución de 1.5%. No obstante, usted estará cubierta durante 60 días después de terminar el embarazo. Si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura y se recibe una notificación al programa después de esa fecha, deberá presentar documentos de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo.
37. **¿Qué pasa si mi embarazo termina en el primer trimestre?**
Si su embarazo termina dentro del primer trimestre, cuando comience su cobertura o después, tal vez sea elegible para una reducción de su contribución de la afiliada. El Programa AIM necesitará documentación de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo. AIM determinará si usted es elegible para pagar sólo una tercera parte de su contribución del 1.5%.
38. **¿Qué pasa si no aviso a AIM que mi embarazo terminó dentro de los 30 días?**
Debe avisar al Programa AIM que su embarazo terminó. Si no notifica a AIM que su embarazo terminó dentro de los 30 días después de la terminación de su embarazo, no recibirá una notificación oportuna de la cancelación de su afiliación. Su cobertura todavía terminará 60 días después de la terminación de su embarazo.
39. **¿Qué pasa si no aviso a AIM que mi embarazo terminó dentro de los 60 días?**
Debe avisar al Programa AIM que su embarazo terminó. Si no notifica a AIM que su embarazo terminó dentro de los 60 días después de la terminación, el Programa AIM cancelará su afiliación. Su cobertura todavía terminará 60 días después de la terminación de su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos recibidos después de 60 días de la terminación de su embarazo.
40. **¿Qué pasa si tengo facturas médicas 60 días después del final de mi embarazo?**
Si recibe servicios médicos después de 60 días después de la terminación de su embarazo, AIM no pagará esos servicios. Si usted tiene otra cobertura médica, deberá comunicarse con ellos para ver si pueden ayudarlo con esas facturas médicas. Usted será responsable de los servicios médicos que reciba después de 60 días a partir del día de la terminación de su embarazo.
41. **¿Qué pasa si necesito servicios médicos más de 60 días después del final de mi embarazo?**
AIM no puede pagar servicios recibidos después de 60 días a partir de la terminación de su embarazo. Si necesita otra cobertura médica, posiblemente usted sea elegible para Medi-Cal o Major Risk Medical Insurance Program (Programa de seguro médico para riesgos mayores). Busque en las páginas blancas de su guía telefónica local la oficina del Departamento de servicios sociales cerca de usted para obtener más información acerca de Medi-Cal. También puede llamar a Major Risk Medical Insurance Program al 1-800-289-6574.



Glosario

Afiliada

Una embarazada elegible para el Programa AIM y afiliada en el programa.

Apelación

Es la petición de reconsideración de una decisión del Programa AIM o de un plan de seguro médico.

Arbitraje obligatorio

El arbitraje obligatorio es un acuerdo entre algunos planes de seguro y los afiliados para que las disputas acerca de la atención médica sean revisadas por una persona neutral. Si usted elige un plan de seguros con arbitraje obligatorio, estará renunciando a su derecho de resolver por medio de juicio por jurado o juez cualquier disputa que pudiera tener con el plan de seguro. La persona neutral toma una decisión después de revisar y escuchar todos los hechos de ambas partes. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

Bebé

El hijo de una afiliada nacido mientras esté afiliada al programa.

Beneficios

Los servicios médicos que la embarazada recibe del Programa AIM.

Cobertura

El pago de beneficios proporcionados por un plan de seguro médico que participan en Programa AIM.

Contribución de la afiliada

La cantidad pagada por la embarazada por los servicios de atención médica proporcionados por Programa AIM.

Desafiliación

El final de la inscripción en Programa AIM.

Elegible

Una embarazada que reúne todos los requisitos para tener derecho a la cobertura del Programa AIM.

Exclusión

Un servicio o padecimiento médico no cubierto por un plan de seguros bajo el Programa AIM.

Fecha de comienzo de la cobertura

La fecha en que comienza la cobertura de atención médica.

Fecha de solicitud

La fecha en que una solicitud elegible se envía al Programa AIM, indicada por la fecha del sello del servicio postal en el sobre de la solicitud o la documentación de otro servicio de entrega.

Fuera de la red

Un servicio proporcionado por un médico, dentista u otro proveedor que no tiene contrato con su plan de seguros.

Healthy Families Program

Cobertura médica, dental y de la vista de bajo costo para los niños y adolescentes de California que no son elegibles para la cobertura de Medi-Cal sin costo.

Ingresos familiares

El total de ingresos antes de impuestos de todos los miembros de una familia.

Inscripción

Aceptar a una solicitante como afiliada al avisar al plan de seguro médico para que comience la cobertura.

Medi-Cal con costo compartido

Un programa Medi-Cal estatal que requiere que la afiliada pague cierta cantidad de los gastos médicos cada mes antes de cubrir beneficios. El costo compartido está basado en los ingresos mensuales.

Medi-Cal completo sin costo

El programa Medi-Cal del estado que paga todos los servicios sin requerir pagos ni copagos por parte de la afiliada.

Médico personal

El médico, elegido por la embarazada, que estará a cargo de su atención médica y quien la preautorizará para ver a los especialistas si es necesario.

Miembro de la familia

Las siguientes personas que viven en el hogar de la embarazada:

- a) El hijo por nacer de la embarazada.
- b) Los hijos menores de 21 años de padres casados o no casados que viven en la casa.
- c) Los padres casados o no casados del niño o sus hermanos.
- d) Los padrastros de los hermanos.

Glosario, *continúa*

- e) El hijo por separado de un padre no casado o un padre casado o un padrastro.
- f) Los hijos menores de 21 años de padres casados o no casados que asisten a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes en su declaración de impuestos por ingresos estatales o federales.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Un sistema organizado que ofrece un conjunto de servicios de atención médica a los afiliados del plan en un área geográfica.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Un plan de seguro médico en el cual los afiliados deben obtener atención de una lista de proveedores contratados. Una EPO no requiere que usted elija un médico personal. Las afiliadas también pueden autopreautorizarse para ver un especialista en la red de contratos de la EPO.

Padecimiento preexistente

Cualquier padecimiento diagnosticado antes de la afiliación al Programa AIM, para el cual un practicante médico autorizado recomendó o proporcionó, consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos de receta.

Pautas de ingresos federales (FIG)

Las pautas de ingresos federales son las cantidades de dinero que el gobierno federal dice que una familia necesita para satisfacer sus necesidades básicas. La pauta cambia el 1° de abril de cada año.

Primer trimestre

Primer trimestre significa las primeras 13 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual de una mujer embarazada y hasta el final de la semana número 13 o el primer tercio de un embarazo a término completo, incluyendo las primeras dos semanas antes de la concepción, según lo documente un profesional autorizado de la atención médica.

Que vive en la casa

Una persona que usa la casa como su lugar principal de residencia.

Residente

Una persona que vive en California con la intención de quedarse, excepto cuando esté ausente con fines temporales.

Seguro patrocinado por el patrón

Un beneficio ofrecido por el patrón, a bajo costo o sin costo para sus empleados, que incluye cobertura de plan de seguro médico.

Solicitante

Una embarazada de 18 años de edad o mayor que solicite para sí misma o el tutor o padre natural, padre de crianza o padrastro con quien viva la menor, que solicite la cobertura bajo el programa a nombre de una menor. “Solicitante” también es una embarazada que solicite la cobertura para sí misma, menor de 18 años de edad o menor emancipada o una menor que no vive en la casa de su padre natural o adoptivo, tutor, padre de crianza o padrastro.



Formulario de inscripción para bebés de Healthy Families

Llene este formulario inmediatamente después del nacimiento de su bebé y envíelo por correo a Healthy Families. La cobertura de Healthy Families Program para su bebé no comenzará sino hasta que recibamos este formulario. Para obtener más información acerca de Healthy Families, incluyendo las opciones de servicios dentales y de cuidado de la vista, visite www.healthyfamilies.ca.gov o llame al 1-800-880-5305. Puede reunir los requisitos para Medi-Cal gratuito, si los ingresos de su familia han bajado.

Nombre de la afiliada: _____ Fecha de nacimiento de la afiliada: __/__/__

Family Member Number de AIM: _____

Domicilio: _____

1. Información del bebé:

¿Actualmente está el bebé afiliado a un seguro patrocinado por el patrón? ___ No ___ Sí

Si sí, proporcione la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: __/__/__ (mes/día/año)

Nota: Si responde que sí, su bebé no es elegible para la afiliación en Healthy Families Program.

¿Estuvo el bebé afiliado a un seguro patrocinado por el patrón en los últimos tres meses? ___ No ___ Sí

Nombre del bebé _____ Inicial ___ Apellido _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento: __/__/__ Peso al nacer: ___ libras ___ onzas

Proveedor personal *opcional*: _____

Selección de plan de atención dental (consulte el Manual de Healthy Families) *opcional*: _____

Plan de cuidado de la vista (consulte el Manual de Healthy Families) *opcional*: _____

Cambio de dirección/teléfono: _____

2. ¿Tiene hijos que estén o que hayan estado inscritos en Healthy Families Program? Si es así, por favor anote los nombres y Family Member Numbers más abajo:

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Nota: Si actualmente tiene otros niños afiliados a Healthy Families, su bebé será afiliado en los mismos planes de atención dental y de la vista que sus otros niños. Al tercer mes de haber nacido, su bebé será transferido al mismo plan de salud que sus otros niños.

Declaro que cada una de las personas que estoy inscribiendo:

- Es residente de California.
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y parte B.

Además, declare que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de seguro médico, atención dental y de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen.
- Doy permiso para que Healthy Families compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha efectiva de cobertura, seré dada de baja 60 días después de que termine mi embarazo. AIM no cubrirá cualquier servicio médico que yo reciba después de los 60 días de cuando mi embarazo terminó. Entiendo que de cualquier modo tendré que pagar cualquier pago pendiente a AIM, aún si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

Certifico que he leído y entendido la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____

Fecha _____

Envíe este formulario lleno a: Healthy Families Program, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-8005

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Formulario de terminación temprana de embarazo de Acceso para bebés y madres (AIM)

Si su embarazo termina temprano, por favor complete este formulario. Envíe el formulario lleno por correo o fax a:

AIM Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852 Fax 1-888-889-9238

A. Información de la afiliada:

- Nombre de la afiliada: _____
- Fecha de nacimiento de la afiliada: ____/____/____
- AIM Family Member Number: _____
- Domicilio: _____

B. Formulario de terminación temprana de embarazo de AIM:

Debe avisar al Programa AIM dentro de los 30 días a partir de la terminación de su embarazo. El Formulario de terminación temprana de embarazo se debe enviar por correo o fax al Programa AIM. Este formulario se puede usar para certificar el final temprano de un embarazo.

Puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que esté firmado por un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el final temprano de un embarazo para el Programa AIM están las siguientes:

Médicos (generales u obstetras)	Enfermeras tituladas	Enfermeras parteras certificadas
Enfermeras vocacionales autorizadas	Asistentes de los médicos	Asistentes médicos

Para que la llene la persona que certifica la terminación temprana del embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba ya no está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha
Dirección del establecimiento		Número de oficina
Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico ()	Número de fax ()	Fecha en que terminó el embarazo (requerido)
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica (requerido)		
Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica (requerido)		Inicial
Firma del profesional de atención médica (requerido)		
Título médico (requerido)		Número de licencia médica

C. Para que firme la afiliada a AIM:

Entiendo que si mi embarazo terminó antes de la fecha de comienzo de mi cobertura, ya no seré elegible para AIM y AIM no cubrirá los servicios médicos que recibí.

Entiendo que si mi embarazo termina después de la fecha de comienzo de mi cobertura, se cancelará mi afiliación 60 días después del final de mi embarazo. El Programa AIM no cubrirá ningún servicio médico que yo reciba después de 60 días de terminado mi embarazo. Entiendo que todavía tendré que hacer todo pago pendiente a AIM, incluso si elijo pagar la contribución de la afiliada por 12 meses.

Certifico que he leído y entendido la información anterior. También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la afiliada _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Notas

Notas



El reto de la energía eléctrica de California

California encara un reto de energía eléctrica. Para reducir el riesgo de apagones, todos pueden ayudar reduciendo la demanda de electricidad usando menos electricidad.

California tiene el poder del sexto lugar entre las economías del mundo. Sus esfuerzos, multiplicados por 35 millones de californianos, serán una diferencia real.

Todo lo que usted tiene que hacer es “FLEX YOUR POWER” (Hacer sentir su poder).

Algunas cosas sencillas que usted puede hacer inmediatamente para reducir sus costos de energía eléctrica son:

- Mantenga bajo el consumo de electricidad durante las horas de más demanda, de 5 a.m. a 9 a.m. y de 4 p.m. a 7 p.m.
- Apague todas las luces y aparatos eléctricos innecesarios. Desconecte aquél segundo refrigerador que tiene en la cochera si realmente no lo necesita.
- No use lavadoras de vajillas y ropa, secadoras y hornos eléctricos durante los períodos de más demanda. Lave cargas completas de ropa o de vajilla. Si puede, lave la ropa en frío.
- Cuando haga frío, baje los termostatos hasta 20 °C (68 °F) o menos. Póngalo en 13 °C (55 °F) cuando se vaya a dormir o cuando salga todo el día. Por cada 1.8 °C (1 °F) reducido usted ahorrará hasta el 5% de sus costos de calefacción. Cierre sus persianas en la noche para que el calor no se escape por las ventanas.
- Cuando haga calor, ponga su aire acondicionado a 25 °C (78 °F) o más alto. Cuando salga de casa, ponga el termostato a 29 °C (85 °F). Estos consejos pueden ahorrarle hasta el 20% de sus costos de aire acondicionado.
- Compre aparatos eléctricos, productos y luces “Energy Star”.
- Para obtener más información acerca de cómo ahorrar energía eléctrica y dinero, vaya al sitio web www.my.ca.gov y haga clic en “California’s Energy Challenge” junto al logo de “FLEX YOUR POWER”.



Si quiere ayuda en su idioma...

Por favor llame gratis al 1-800-433-2611

- For English information, Press 11..... ➔ **11**
English
- Si quiere información en español, marque 12..... ➔ **12**
Spanish
- Để biết thông tin bằng tiếng Việt, xin bấm số 13..... ➔ **13**
Vietnamese
- សំរាប់ព័ត៌មានភាសាខ្មែរ, ចុចលេខ 14..... ➔ **14**
Cambodian
- Rau qhia ua lus Hmoob, Nias 15..... ➔ **15**
Hmong
- Հայերեն տեղեկությունների համար սեղմեք 16..... ➔ **16**
Armenian
- 以獲取粵語資料，請按17..... ➔ **17**
Cantonese
- 한국어 사항은, 18을 누르시기 바랍니다..... ➔ **18**
Korean
- Чтобы получить информацию на
русском языке, нажмите 19..... ➔ **19**
Russian
- برای کسب اطلاعات بفارسی 20 را فشار دهید..... ➔ **20**
Farsi
- ພາສາລາວໃຫ້ກິດ 21..... ➔ **21**
Lao



AIM

Access for Infants and Mothers