Desde JULIO 2005 hasta JUNIO 2006

Acceso para bebés y madres

Solicitud y manual

AIM

Access for Infants and Mothers

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

The California Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695 FAX: (916) 324-4878
http://www.mrmib.ca.gov

Board Members
Clifford Allenby, Chair
Areta Crowell, Ph.D.
Richard Figueroa
Virginia Gotlieb, M.P.H.
Sandra Hernández, M.D.

Ex Officio Members
Jack Campana
Kimberly Belshé
Sunne Wright McPeak

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

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 de embarazo.**

Las solicitudes pueden enviarse por servicio de 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 mujeres y bebés **3**
— ¿Qué servicios cubre AIM? 3
— Servicios disponibles para su bebé mediante Healthy Families Program 6
Planes de seguro médico **9**
— ¿Quién proporcionará los servicios de seguro médico para usted y su bebé? 9
— ¿Quién reúne los requisitos para el Programa AIM? 9
Cómo cumplir con las pautas de ingresos de AIM **10**
— El tamaño de su familia de AIM 10
— De quién son los ingresos que cuentan 10
— Los ingresos brutos de su familia 10
— Pruebas de los ingresos brutos de su hogar 11
— Deducciones de ingresos 12
Cómo pagar su cobertura de AIM **14**
— ¿Cuánto costará AIM? 14
— ¿Cómo pagará usted por AIM? 14
— ¿Cómo solicitar y cuándo comienza la cobertura? 16
— ¿Qué hay de los servicios recibidos antes de afiliarse a AIM? 16
Solicitud de Acceso para madres y bebés **A1**
Lo que tiene que saber una vez que esté afiliada **17**
— Aviso de privacidad del Programa AIM 21
Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado **22**
Descripciones de los Planes de seguro médico de AIM **26**
— Blue Cross of California (EPO) 26
— Blue Cross of California (HMO) 27
— Contra Costa Health Plan 28
— Health Net 29
— Kaiser Permanente Northern California 30
— Kaiser Permanente Southern California 31
— Molina Healthcare of California 32
— Santa Barbara Prenatal Plus 2 33
— Ventura County Health Care Plan 34
Preguntas comunes **35**
Glosario de términos **37**

Guarde este manual para consultarlo en el futuro

AIM
Access for Infants and Mothers

Bienvenida a AIM

¡Felicidades!

¡Tiene un bebé en camino! El estado de California quiere ayudarla a que reciba una buena atención médica mientras está esperando y después que nazca su bebé, aún si tiene problemas de dinero. La falta de atención prenatal podría causarle muchos problemas a usted y a 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 algún seguro que cubra su atención médica durante el embarazo y el parto o si el deducible por maternidad de su compañía de seguros es de más de $500, los programas Acceso para bebés y madres (AIM) y Healthy Families podrían ser justo la ayuda que usted y su bebé necesitan.

¿Qué es AIM?

El Programa AIM es una cobertura médica de bajo costo para mujeres embarazadas y sus recién nacidos. 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 reúne los requisitos para AIM, su bebé automáticamente tendrá derecho a afiliarse a Healthy Families Program.

¿Qué es Healthy Families Program?

Healthy Families Program es una cobertura médica de bajo costo para niños y adolescentes hasta los 19 años de edad. Ofrece cobertura completa de salud, dental y visión para los niños que no tienen acceso a los seguros y que no reúnen los requisitos para Medi-Cal sin costo. Si usted reúne los requisitos para AIM, su bebé tendrá derecho automáticamente para afiliarse a Healthy Families Program.

Cómo afiliar a su bebé a Healthy Families

Unos 30 días antes de la fecha esperada del parto, usted recibirá por correo un manual de Healthy Families y un formulario que le pedirá la siguiente información de su bebé.

1. Nombres y apellido de su bebé
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Peso al nacer
5. Médico personal (el médico del bebé)
6. Selección de plan de atención dental y de la vista (el manual de Healthy Families le indicará qué planes hay en su condado.)

Llene estos formularios y envíelos inmediatamente después que nazca su bebé. Envíe esta información y el pago de su primera cuota mensual a Healthy Families. La carta le indicará la cantidad de la cuota mensual y a dónde enviar por correo los documentos.

La cobertura de su bebé no comenzará sino hasta que Healthy Families Program reciba la información pedida y el pago de la cuota.

Una vez que Healthy Families reciba la información pedida y el pago de la cuota, la cobertura de su bebé comenzará a partir de su fecha de nacimiento. Usted y su bebé estarán cubiertos por el mismo plan de seguro médico, aunque usted esté inscrita en AIM y su bebé esté afiliado a Healthy Families.

El bebé seguirá afiliado en el mismo plan que usted tenía en AIM, a menos que usted tenga otros hijos afiliados a Healthy Families. Si usted tiene otros hijos en Healthy Families, el bebé será transferido a los planes de los otros niños en 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 deben ser evaluados una vez año para averiguar si reúnen los requisitos para el programa. Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las normas del programa AIM en la primera Revisión anual de requisitos. Para seguir afiliada a Healthy Families, para la segunda Revisión anual de requisitos del bebé, usted deberá estar dentro de las normas del programa Healthy Families.

Servicios cubiertos para mujeres y bebés

¿Qué servicios están cubiertos en AIM?

El Programa AIM cubre todos los servicios médicamente necesarios, desde de la fecha de comienzo de la cobertura del Programa AIM hasta 60 días después de que haya terminado su embarazo. Si envía la información pedida y la cuota, el recién nacido será cubierto desde la fecha de nacimiento mediante Healthy Families Program. Lea en las páginas 6 a 8 una lista de los servicios a disposición de su bebé. Mientras esté afiliada en el Programa AIM, la cobertura para mujeres embarazadas y nuevas madres incluye:

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones/Limitaciones
Servicios de médicos y profesionales	• Servicios y consultas con un médico u otro proveedor de atención médica autorizado • Consultas en el hospital e institución de enfermería especializada • Consultas profesionales en el consultorio • 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. • Visitas al hogar médicamente necesarias	• Baterías, equipo auxiliar que no sea el cubierto en la compra original de los equipos • Refacciones o reparaciones de audífonos después del período de un año cubierto en la garantía • Más de un reemplazo de audífonos en cualquier período de 36 meses • Dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente
Atención preventiva	• Exámenes periódicos y servicios de exámenes y laboratorio de rutina • Exámenes diagnósticos de cáncer • Servicios directos de nutrición al paciente, evaluación nutricional	Ninguna
Atención de maternidad	• Atención prenatal, atención postnatal • Partos de paciente interna, complicaciones del embarazo	Ninguna
Servicios hospitalarios	• Servicios generales de paciente interna o externa y suministros relacionados	• Artículos personales o de comodidad • Habitación privada, a menos que sea médicamente necesaria
Servicios de radiografía diagnóstica y de laboratorio	• Servicios diagnósticos 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	Ninguna

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

Servicios de AIM, *continuación*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones/Limitaciones
Medicamentos de receta	• Medicamentos de receta médicamente necesarios • Medicamentos inyectables, agujas, jeringas • Insulina, glucagón, sistemas de análisis y administración • Medicamentos anticonceptivos orales e inyectables, dispositivos anticonceptivos recetados	• 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	• Servicios funcionales, incluyendo información sobre la salud personal • Recomendaciones el uso óptimo 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	Ninguna
Servicios de salud mental	• Sin límite de consultas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales graves • Servicios de paciente externo e interno • Ciertos tratamientos residenciales apropiados, guardería 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	• Un máximo de 30 días de paciente interno y 20 días de paciente externo por año de beneficios
Servicios de atención médica de emergencia	• Atención de emergencia las 24 horas para enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos, para evitar poner al inscripto en peligro de perder la vida, enfermedad grave o incapacidad • Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes	Ninguna
Transporte médico	• Ambulancia de emergencia para los servicios de emergencias al primer hospital que acepte al inscripto para su atención • Ambulancia, servicios de transporte proporcionados mediante el sistema "911" • Transporte que no sea de emergencia para transferencia a otro hospital u otra institución o al hogar cuando sea médicamente necesario, previo pedido y previa autorización del plan de seguro médico	• Cobertura de transporte por avión, automóvil, taxi u otro medio de transporte público

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico determina que son médicamente necesarios. Los beneficios, exclusiones y limitaciones descriptos en este manual son ejemplos y no se pretende que incluyan todas las posibilidades ni que sean completos. Consulte más 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 de AIM, *continuación*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones/Limitaciones
Equipo médico duradero	• Equipo médico apropiado para su uso en el hogar • Oxígeno y equipo de oxígeno • Monitores de glucosa en la sangre, bombas de insulina, suministros relacionados • Nebulizadores, tubería, suministros relacionados • Bolsas de ostomía, catéteres urinarios y suministros	• Artículos para 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 para el mismo propósito • El plan de seguro médico puede determinar si rentar o comprar
Abuso en el consumo de alcohol y drogas	• Servicios de educación de salud e intervención de crisis relativos al abuso en el consumo de alcohol o drogas • **Paciente interna**: Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema • **Paciente externa**: 20 consultas por año de beneficios • Algunos planes de seguro médico pueden decidir proporcionar consultas adicionales médicamente necesarias	Ninguna
Enfermería especializada	• Servicios médicamente necesarios prescriptos por un médico o enfermera de práctica avanzada en una instalación de enfermería autorizada de un plan de seguro médico, las 24 horas	• El beneficio de enfermería especializada está limitado a 100 días por año de beneficios
Servicios médicos en el hogar	• Servicios médicos proporcionados en el hogar por personal médico • Prescritos o dirigidos por el medico titular o el designatario apropiado del plan de seguro médico	• 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 seguro médico utilizan administración de casos para considerar las opciones más económicas de lugares para la atención médica alternativa mutuamente conveniente

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico 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 más 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 de AIM, *continuación*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones/Limitaciones
Sangre y productos de sangre	• Procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos de sangre para paciente interna y externa • Extracción y almacenamiento de sangre autóloga (sangre extraída de la misma paciente) cuando sea médicamente indicado	Ninguna
Planificación familiar	• Servicios de orientación de planificación familiar • Esterilización • Diafragmas, otros dispositivos aprobados por la FDA • Anticonceptivos de receta	Ninguna

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico 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 más detalles en la Prueba de cobertura o el Certificado de seguros del plan de seguro médico.

Servicios a disposición de su bebé a través de Healthy Families

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

Beneficios de Healthy Families*	Servicios para niños	Costos al afiliado (copago)
Servicios médicos	• Consultas en el consultorio o en el hogar • Exámenes y tratamiento de alergias	• $5 por consulta • $5 por consulta • Sin cargo (menores de 24 meses)
Atención preventiva	• Exámenes de salud periódicos (incluyendo atención de bebé sano) • Una variedad de servicios de planificación familiar voluntarios • Atención prenatal • Exámenes de audición y visión • Inmunizaciones • Exámenes de enfermedades de transmisión sexual (STD) • Orientación y asesoría confidencial del VIH/SIDA • Exámenes de Papanicolaou anuales • Servicios de educación de salud	• Sin cargo (incluyendo consultas)
Medicamentos de receta	• Suministro de 30 a 34 días de medicamentos de marca o genéricos, incluyendo la receta para un ciclo de medicamentos para dejar de fumar • Suministro de 90 a 100 días de medicamentos de mantenimiento • Mientras esté hospitalizado • Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA	• $5 por receta • $5 por receta • Sin cargo • Sin cargo
Hospital	• **Paciente interno:** habitación y alimentos, atención de enfermería y todos los servicios médicamente necesarios • **Paciente externo:** servicios diagnóstic, terapéuticos y quirúrgicos prestados en un hospital o instalación de paciente externo	• Sin cargo

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico 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 más 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 son proporcionados por 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 familiares menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para tener derecho a 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.

Servicios de Healthy Families, *continuación*

Beneficios de Healthy Families*	Servicios para niños	Costos al afiliado (copago)
Servicios de atención médica de emergencia	• Emergencia las 24 horas para enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar poner al afiliado en peligro de perder la vida, enfermedad grave o incapacidad • Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes	• $5 por consulta, a menos que sea hospitalizado • Sin cobertura si los servicios recibidos no son por emergencia
Maternidad	• Atención prenatal y postnatal, de paciente interno y de sala de cunas	• Sin cargo
Transporte médico	• Transporte de emergencia en ambulancia al hospital o transporte no de emergencia médicamente necesario para transferir al pacientede un hospital a otro hospital o instalación o de la instalación al hogar	• Sin cargo
Servicios de radiografía diagnóstica y de laboratorio	• Paciente interno y externo	• Sin cargo
Equipo médico duradero	• Equipo médico apropiado para su uso en el hogar, oxígeno y equipo para oxígeno; bombas de insulina y todos los suministros afines necesarios.	• Sin cargo
Salud mental	• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales. Los servicios de paciente externo e interno se proporcionan sin límite para las enfermedades mentales graves. Todas las enfermedades mentales leves.	• Sin cargo para paciente interno • $5 por consulta para paciente externo
Abuso en el consumo de alcohol y drogas	• Paciente interno: Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema. • Paciente externo: 20 consultas por año de beneficios (Algunos planes pueden decidir aumentar el número de consultas en un año, si los servicios de paciente externo son considerados médicamente necesarios).	• Sin cargo para servicios de paciente interno • $5 por consulta para servicios de paciente externo
Terapia física, ocupacional y del habla	• La terapia puede ser proporcionada 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 se proporcione la terapia médicamente necesaria.	• Sin cargo para servicios de paciente interno • $5 por consulta para servicios de paciente externo
Atención médica en el hogar	• Debe ser prescrito o dirigido por el médico titular u otra autoridad apropiada designada por el plan.	• Sin cargo
Atención de enfermería especializada	• Paciente interno: Atención de enfermería especializada: 100 días por cada año de beneficios.	• Sin cargo

Beneficios médicos opcionales en Healthy Families

No todos los planes de seguro médico ofrecen estos beneficios. Lea la información sobre qué planes de seguro cubren estos servicios en las páginas 87 a 96.

Beneficios opcionales de Healthy Families*	Servicios para niños	Costos al afiliado (copago)
Acupuntura	• 20 consultas por año de beneficios	• $5 por consulta
Quiropráctico	• 20 consultas por año de beneficios	• $5 por consulta
Biofeedback	• 8 consultas por año de beneficios	• $5 por consulta
Abortos opcionales	• Los planes de seguro varían (vea las páginas 87 a 96)	• Sin cargo

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico 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 más 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 son proporcionados por 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 familiares menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para tener derecho a 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 de la vista de Healthy Families

Beneficios de la vista de Healthy Families*	Servicios para niños	Costos al afiliado (copago)
Exámenes de los ojos	• Una vez cada 12 meses	• $5 por examen
Anteojos de receta	• Una vez cada 12 meses	• $5 por anteojos, armazones o lentes

Beneficios dentales en Healthy Families

Beneficios dentales de Healthy Families*	Servicios para niños	Costos al afiliado (copago)
Atención preventiva (Limpiezas dentales, aplicaciones de flúor)	• Cada 6 meses	• Sin cargo
Empastes	• Como sea necesario	• Sin cargo
Selladores	• Como sea necesario solamente para los 1° y 2° molares permanentes	• Sin cargo
Servicios de diagnóstico	• Radiografías de mordida lateral, completas y panorámicas • Consultas	• Sin cargo
Servicios mayores	• Endodoncia • Cirugía oral • Coronas y puentes • Dentaduras postizas	• $5 • $5 • $5 • $5
Servicios de ortodoncia	• 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 cumple con los criterios del programa CCS	• Sin cargo

* Los beneficios son proporcionados si el plan de seguro médico 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 más 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 son proporcionados por 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 familiares menores de 19 de edad deben tener algún padecimiento médico cubierto por CCS para tener derecho a 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. Para obtener mayor información llame al teléfono anotado en la página de descripción de cada plan de seguro médico.

Planes de seguro médico

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

Cuando solicite AIM, usted elegirá un plan de seguro médico de una lista de planes 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. El plan le dirá cómo obtener los servicios que usted necesite.

Si usted está en AIM, su bebé reúne los requisitos de Healthy Families Program. Su bebé estará en el mismo plan de seguro médico que usted y tendrá la misma cobertura médica.

El bebé seguirá afiliado en el mismo plan que usted tenía en AIM, a menos que usted tenga otros hijos afiliados a Healthy Families. Si usted tiene otros hijos en Healthy Families, el bebé será transferido a los planes de los otros niños en 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.

Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las normas del programa AIM en la primera Revisión anual de requisitos Para seguir afiliada a Healthy Families, para la segunda Revisión anual de requisitos del bebé, usted deberá estar dentro de las normas del programa Healthy Families.

Todos los planes de AIM y Healthy Families ofrecen la misma cobertura médica. Las únicas diferencias entre los planes son sus listas de proveedores y sus servicios especiales Llame al plan para averiguar qué médicos y hospitales trabajan con el plan. Lea acerca de los servicios especiales que ofrece cada plan en las descripciones de los planes de las páginas 26-34 de este folleto. 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. Si quiere usar el mismo médico, hospital o farmacia que usa ahora, muy posiblemente pueda hacerlo. Llame a los planes de seguro médico de su condado para preguntar si ellos trabajan con el proveedor que usted quiera.

¿Quién reúne los requisitos para el Programa AIM?

Para reunir los requisitos para AIM, usted debe:

1. **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 usted envíe la solicitud **completa** al Programa AIM, según la fecha del matasellos del servicio postal nacional en el sobre de la solicitud o documentos de otros servicios de envíos. Cuente 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 para usar la calculadora de embarazo.
2. **Ser residente de California** durante los últimos 6 meses.
3. **No estar en oros programas.** No debe estar recibiendo beneficios de Medi-Cal sin costo o Medicare Parte A y Parte B a la fecha de la solicitud.
4. **No estar cubierta por algún seguro médico privado que cueste menos de $500.** No debe tener beneficios de maternidad de un seguro médico privado, a menos que su cobertura de maternidad tenga un deducible o un copago específico por maternidad mayor que $500 a la fecha de la solicitud.
5. **Estar dentro de las pautas de ingresos de AIM.** Los ingresos mensuales de su hogar (después de deducciones de ingresos) deben estar dentro de las Pautas de ingresos de AIM. Lea acerca de las pautas de ingresos en las dos páginas siguientes.

Cómo cumplir con 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. Las deducciones de ingresos (los gastos que pueden deducirse 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?

La embarazada y el bebé por nacer; cuentan como 2 *(Si está embarazada con más de un bebé, aún será considerada como 2 miembros de la familia hasta el nacimiento.)*	+ **2**
El esposo, cuenta como 1 El padre del bebé, si no están casados, cuenta como 1 (Solamente si tienen otro hijo juntos y él y el hijo viven con usted en su hogar.)	+ _____
Otros hijos. cuente cada uno como 1 (Cuente sus hijos o los de su esposo o los del padre el bebé por nacer si tienen un hijo en común. Los hijos deben ser menores de 21 años, viviendo en casa o que asistan a la escuela en otra población y sean tomados en cuenta como dependientes para fines fiscales por sus padres.)	+ _____
Tamaño total de la familia:	= _____

2. De quién son los ingresos que deben contarse

Para ver si cumple con las pautas de ingresoso de AIM, cuente solamente los ingresos de las siguientes personas:

1. Usted, la embarazada

2. Su esposo ***o***

3. El padre del bebé (pero solamente si vive en 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 totales 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/tiempo extra trabajado
- ganancias de trabajo por su cuenta
- ingresos no ganados (desempleo, incapacidad, seguro social, pension por separación o divorcio, jubilación, etc.)

También debe incluir los ingresos ganados en otros estados o países.
No incluya el mantenimiento infantil y los beneficios de los programas de asistencia pública como ingresos.

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.

Prueba de los ingresos brutos del hogar

Muestre los ingresos brutos del año pasado *o* los ingresos brutos actuales de cada persona. Le pediremos que envíe pruebas 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 la cantidad de Seguro Social, seguro de incapacidad, pensión por divorcio o separación, 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 impuestos federales de ingresos del año anterior Y el Cuadro C (o cuadro equivalente) ***o***

b. Un estado de ganancias y pérdidas del período por 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 entretenimiento se vuelven a sumar a las ganancias netas. Las cantidades negativas (pérdidas) en el 1040 y en el estado de ganancias y pérdidas cuentan como cero.

Lo siguiente debe ser incluido en el estado de ganancias y pérdidas:

1) Fecha.
2) Nombre, dirección y teléfono del negocio.
3) Ingresos brutos y gastos detallados por cada mes por separado en el período de tres meses.
4) La firma de la persona que preparó el estado de cuenta junto con la 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 dentro de los 45 días de la fecha en que el programa reciba el documento. Lo siguiente debe estar incluido 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 debe ser incluido 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 brutos actuales del empleado por un período que haya terminado dentro de los 45 días de la fecha en que el programa reciba el documento.
   e) La declaración: "La información proporcionada es verdadera y correcta según lo mejor del conocimiento del firmante"
   f) Firma y título de trabajo del personal autorizado.
   g) Si le pagan con un cheque comercial, incluya en la carta una copia de adelante y atrás del cheque más reciente procesado por el banco.

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 la cantidad de Seguro Social, seguro de incapacidad, pensión por divorcio o separación, 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 reúne los requisitos Medi-Cal sin costo.

4. Deducciones de ingresos

Las deducciones de ingresos son gastos que se restarán de sus ingresos brutos mensuales para ver si usted reúne los requisitos del 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. Se le pedirán pruebas de cada deducción que haga.

Deducción	Cantidad	Prueba
Relativa al trabajo. Todos los adultos que trabajen o reciban Seguro por incapacidad 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. Aplicada automáticamente a cada uno de los adultos que trabajan y aquellos que reciben Seguro por incapacidad del estado o Compensación laboral. Si los ingresos son menores de $90, la deducción será solamente por la cantidad ganada.
Pensión por divorcio o separación o respaldo conyugal ordenado por un juez.	$50	Copia del cheque de la pensión por divorcio o separación o respaldo conyugal del mes anterior.
Gasto mensual por cuidado infantil para cada hijo menor de 2 años de edad.	$200 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de cuidado infantil del mes anterior.
Gasto mensual por cuidado infantil para cada hijo de 2 años de edad y mayor.	$175 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de cuidado infantil del mes anterior.
Gasto mensual por cuidado de un dependiente (de cualquier edad) que viva en la casa.	$175 cada uno (máximo)	Recibos o cheques cancelados de gastos del mes anterior.
Pensión por divorcio o separación o mantenimiento infantil que pagan usted o su esposo o el padre del bebé (según la definición de la página 10) por orden de un juez.	Cantidad del pago total	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 procurador del estado del período de un mes más reciente.

¿Cumple usted con las Pautas de ingresos de AIM?

Encuentre el tamaño de su familia en el cuadro de abajo. *(Lea acerca del tamaño de su familia de AIM en la página 10.)* Vea si los ingresos mensuales de su familia quedan dentro de lo anotado para el tamaño de su familia. *(Lea acerca de ingresos y deducciones en las páginas 10 a 12.)* Si sus ingresos quedan dentro de lo anotado, entonces usted cumple con las pautas de ingresos de AIM.

Usted tendrá que enviarnos pruebas de sus ingresos y gastos para reunir los requisitos para AIM.

Pautas de ingresos deAIM
Del 1º de abril al 31 de marzo de 2006

Tamaño de la familia para AIM (la embarazada cuenta como 2)	Ingresos mensuales del hogar (ingresos brutos antes de las deducciones de AIM)
2	$2,140 a $3,208
3	$2,683 a $4,023
4	$3,226 a $4,838
5	$3,770 a $5,653
6	$4,313 a $6,468
7	$4,856 a $7,283
8	$5,400 a $8,098

Si sus ingresos están por debajo de las pautas, es posible que reúna los requisitos de Medi-Cal sin costo.

Si usted no reúne los requisitos 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, usted puede reunir los requisitos para Medi-Cal sin costo. El programa Presumptive Elegibility (suposición de cumplimiento de requisitos) está disponible para todas las mujeres cuyos ingresos familiares sean el 200% o menos de las pautas federales de ingresos. Presumptive Elegibility es un programa federal y estatal para dar acceso a la atención prenatal a las mujeres embarazadas ofreciéndoles cobertura inmediata de Medi-Cal mientras una solicitud formal de Medi-Cal está pendiente. Para mayor información acerca del programa Presumptive Elegibility, por favor llame al Departamento de servicios sociales de su condado.
Si usted nos autoriza, enviaremos su solicitud de AIM a Medi-Cal. *(Lea la Sección 5 de la solicitud de AIM.)*

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 requisitos 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 puede ser usada para procesar reclamos de Medi-Cal y para hacer tarjetas de identificación de beneficios (BIC). Si no proporciona la información solicitada, puede causar que su solicitud sea rechazada. La información solicitada en este formulario es obligatoria. Los números de Seguro Social son pedidos de acuerdo 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 a acceder 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?

Para afiliarse a AIM usted debe pagar una cuota pequeña una sola vez. A diferencia de la mayoría de los planes de seguro, AIM no cobra copagos ni deducibles mensuales.

- Su costo total será exactamente el 1.5% de los ingresos anuales ajustados de su hogar después de deducciones de ingresos. Éste es el costo total, no una cuota mensual..
- Usted paga su costo del 1.5% cuando envía su solicitud o puede hacer pagos mensuales por un año.
- Su costo del 1.5% la cubre durante todo su embarazo y 60 días después de la terminación de su embarazo.

El cuadro de abajo muestra cuánto costará AIM

Por favor tenga en cuenta que le pedirán que pague cuotas mensuales por la cobertura de su hijo a través de Healthy Families Program. La cantidad de su cuota mensual dependerá del plan de seguro médico en el que su hijo esté inscripto, pero no excederá $15 por niño por mes.

Costo de la cobertura de AIM
Del 1º de abril de 2005 al 31 de marzo de 2006

Tamaño de la familia para AIM (la embarazada cuenta como 2)	Ingresos mensuales del hogar (ingresos brutos después de las deducciones de AIM)	Costo total de la cobertura de AIM (1.5% de los ingresos mensuales ajustados del hogar)
2	$2,140 to $3,208	$385 to $577
3	$2,683 to $4,023	$483 to $724
4	$3,226 to $4,838	$581 to $871
5	$3,770 to $5,653	$678 to $1,017
6	$4,313 to $6,468	$776 to $1,164
7	$4,856 to $7,283	$874 to $1,311
8	$5,400 to $8,098	$972 to $1,458

Cómo paga por AIM

El costo total es el 1.5% del ingreso anual ajustado de su hogar, después de aplicar deducciones de ingresos. No se preocupe, no tendrá que pagar todo junto. El Programa AIM dividirá el costo para usted en 12 pagos mensuales iguales. Usted tendrá que enviar un cheque de caja o giro postal de $50 con su solicitud, el cual contará para su costo del 1.5%. **No se aceptan cheques personales para este pago.**

Una vez que sea aceptada en el Programa AIM, usted recibirá estados de cuenta mensuales del Programa AIM. Usted es responsable de hacer sus pagos mensuales aún si no recibe su factura 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

O si usted quiere, 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 de AIM: Una muestra

Por ejemplo, su usted y su esposo van a tener su primer hijo, contarían como una familia de tres. Si los ingresos mensuales de usted y su esposo, después de deducciones son $3,000, su costo sería de $540.00. Esto se basa primero en el cálculo para averiguar si sus ingresos mensuales (después de deducciones) reúne los requisitos y luego determinar los ingresos anuales (multiplicando sus ingresos mensuales ajustados por 12) y luego calculando el 1.5%.

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

Ingresos mensuales brutos del hogar	Determine los ingresos mensuales brutos del hogar. Lea en la página 11 una lista de los ingresos aceptados	$3,180.00
Total de deducciones de ingresos del hogar	Determine el total de deducciones de ingresos del hogar (Ejemplo: Dos adultos que trabajan; $90 de deducciones por gastos de trabajo por cada adulto; ninguna otra deducción). Lea en la página 12 una lista de las deducciones aceptables.	– $180.00
Ingresos mensuales ajustados del hogar	Reste el total de deducciones de ingresos del hogar de los ingresos mensuales brutos del hogar. Estos son los Ingresos mensuales ajustados del hogar. Busque esta cantidad en el cuadro del **Costo de la cobertura de AIM** de la página 14 para averiguar si puede reunir los requisitos para AIM.	= $3,000.00
	Multiplique los Ingresos mensuales ajustados del hogar por 12, 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 de su participación en el Programa AIM.	x 1.5%
Contribución anual total de AIM	**Éste es el costo total de su participación en el Programa AIM.**	**= $540.00**

Recuerde, este costo le da cobertura hasta 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 su costo total a tiempo, le enviarán recordatorios. Si se retrasa más de 90 días, usted será reportada con las agencias de información de crédito. Esto perjudicará su capacidad para obtener crédito en el futuro, cuando compre un automóvil o una casa o cuando solicite una tarjeta de crédito. Si paga el total su cuenta más tarde, se actualizará su expediente con las agencias de información de crédito.

Los reglamentos del estado prohíben que cualquier 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 en nombre de una miembro de la tribu.

Usted debe pagar por AIM aún si cancela su cobertura AIM

Usted es responsable por el pago total del costo del 1.5%, aún si usted misma cancela AIM el día que comience su cobertura o después. Lo mismo se aplicará, si usted tiene complicaciones con su embarazo o si tiene un aborto espontáneo el día que comienza su cobertura o después o si decide no usar los servicios que el programa le ofrece.

El costo de 1.5% que usted 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 en el momento en que usted se inscribe al Programa AIM.

Cómo solicita y cuándo comenzará su cobertura

Quién puede solicitar

La embarazada de 18 años o mayor puede solicitar por sí misma o puede hacerlo el cónyuge de la embarazada. También puede solicitar el padre natural o tutor, padre de crianza o padrastro con quien viva la niña embarazada. No obstante, NO tomamos en cuenta el ingreso del padre o tutor para determinar si se cumplen los requisitos. 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 solicita

Usted tiene que llenar la solicitud de este folleto y enviarla por correo al Programa AIM. El Programa AIM procesará su solicitud a más tardar en 10 días desde la fecha en que recibamos su solicitud completa.

Si su solicitud está completa y usted reúne los requisitos, recibirá una carta avisándole que ha sido inscrita en el Programa AIM. La carta también le avisará de la fecha de comienzo de su seguro. **Su seguro comienza 10 días después de la fecha de aprobación de su solicitud.**

Si su solicitud no está completa o si usted no reúne los requisitos, recibirá una carta indicándole qué información adicional necesitamos o por qué usted no reúne los requisitos. Le devolveremos su pago inicial de $50 a más tardar en 4 a 6 semanas.

Una vez que esté inscrita, recibirá, a más tardar en 10 días, 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 en 10 días, por favor llame directamente a su plan de seguro médico.**

Si ya no está embarazada el día que comience su cobertura médica, entonces no comenzará su seguro. Le devolveremos su dinero. Usted deberá escribir de inmediato al Programa AIM (a la dirección de más abajo), para informarnos en qué fecha ya no estaba embarazada. **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 del aborto espontáneo.** ***Envíe su carta por correo o FAX a:***

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
FAX: (888) 889-9238

El número de mujeres inscritas en el Programa AIM está limitado por el dinero proporcionado por el estado. Normalmente hay un fondo suficiente de dinero; una vez que el programa esté completo, ya no podrá afiliarse aunque usted reúna los requisitos y su solicitud esté completa. Si esto sucede, le avisaremos por correo y le devolveremos su pago inicial.

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

El Programa AIM le reembolsará hasta $125 por servicios médicamente necesarios ya pagados en relación con su embarazo, incluyendo pruebas de embarazo y consultas prenatales si ocurre lo siguiente:

- Usted recibió los servicios durante el período que comienza **40 días calendario,** antes que el Programa AIM haya recibido su solicitud completa y terminando en la fecha de la cobertura **y**
- usted envía su petición de pago al Programa AIM a más tardar a **90 días** de la fecha en que recibió los servicios.

Deberá proporcionar la siguiente información:

1. Una factura original o una copia que incluya el nombre y dirección del proveedor médico.
2. Su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de Seguro Social (opcional) en la petición.
3. Las fechas, cantidad **PAGADA**, 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: (888) 889-9238

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

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN SOBRE 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, esto no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, inicial.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección (No aceptamos P.O. Box)Ciudad Condado			Número de unidad/apto	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 PARA FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:				
Apellido			Nombre	
Dirección o P.O. Box				Número de unidad/apto.
Ciudad	Condado		Estado	Código postal

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

☐ 1 Blanca	☐ 5b Nativa de Alaska	☐ J Japonesa	☐ R Guameña
☐ 2 Hispana	☐ 7 Filipina	☐ K Coreana	☐ T Laosiana
☐ 3 Negra/Afroamericana	☐ A Amerasiática	☐ M Samoana	☐ V Vietnamita
☐ 4 Asiática	☐ C China	☐ N India asiática	☐ Z Otra
☐ 5a Indígena nativa americana	☐ H Camboyana	☐ P Hawaiana	

¿Qué idioma habla mejor? _____ ¿Qué idioma lee mejor? _____

SECCIÓN 2

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

Instrucciones: Lea en la página 22 de esta solicitud qué planes de salud de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 26 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico para que los revise.	
1ª Opción de plan de seguro médico:	
Opción de grupo médico y proveedor **(si se solicita)**:	Código del proveedor **(si se solicita)**:

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

2ª Opción de plan de seguro médico: (si la 1ª opción no está disponible)	
Opción de grupo médico y proveedor **(si se solicita)**:	Código del proveedor **(si se solicita)**:

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

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 trabaja)	Teléfono del patrón ( ) Ext.	
Dirección del patrón	Ciudad Estado Código postal	
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?
¿Tiene seguro médico en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:	
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO	Dirección:	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? $ _____	Número de póliza:	

Parte B: Para que la llene el esposo o padre del bebé por nacer, si él y la embarazada viven juntos Y tienen por lo menos otro hijo juntos. Es opcional dar el número de seguro social.		
Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO	¿Trabaja en este momento? YES/NO	
Nombre del patrón (si trabaja)	Teléfono del patrón ( ) Ext.	
Dirección del patrón	Ciudad Estado Código postal	
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?
¿Tiene seguro médico, usted, el padre del bebé, en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:	
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO	Dirección:	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? $ _____	Número de póliza:	

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Parte C: Lea 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 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 cuidado infantil o de cuidado del dependiente incapacitado, 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 incapacitado	Fecha de nacimiento	Parentesco con la embarazada	Cantidad mensual pagada

¿La embarazada paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez?
SÍ/NO

Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? $_____
¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? $_____
Documentación solicitada

¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez?
SÍ/NO

Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? $_____
¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? $_____
Documentación solicitada

Lea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

¿Dónde supo acerca del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)

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

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.
- Soy residente del estado de California y he vivido aquí por lo menos durante seis meses consecutivos antes de la fecha de la firma de esta solicitud de inscripción.
- No se me ha reembolsado y que ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi cuota de inscripción, 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 de salud.
- No estoy inscrita en Medi-Cal sin costo, ni en Medicare Parte A y Parte B en el 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 de cualquier plan de seguro médico en el que esté inscrita.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de salud que participan en el programa.
- Entiendo y que obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM
- Acepto pagar la contribución de afiliada solicitada, 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 afiliada.

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

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 a la administración del programa Acceso para bebés y madres (AIM), todos y cada uno de los expedientes relativos a cualquier 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 exigen que este programa informe lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres (AIM) 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 identificación de la afiliada y administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que cada persona presente la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres (AIM). La falta de esta información puede ser motivo para considerar que usted no reúne los requisitos. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: los números de seguro social, la información de raza o etnicidad y la fuente de la recomendación.

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 bajo 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.

Si se inscribe en ciertos planes, usted acepta que ciertos reclamos (que pueden incluir reclamos por negligencia médica) sean decididos por arbitraje neutral obligatorio. Las afiliadas ceden su derecho a juicio por jurado o en un tribunal. La página 20 tiene la información acerca de los planes y sus requisitos de arbitraje. Usted puede llamar al plan que usted elija para averiguar más.

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la presente declaración jurada. Tamnbién certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. 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 Fecha

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

Si mi solicitud no reúne los requisitos 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 _____ _____
Firma de la solicitante (requerida) Fecha

Después que usted:

- ☑ haya llenado la solicitud
- ☑ haya firmado la solicitud
- ☑ haya reunido todos las pruebas de ingresos y embarazo
  - Certificado de embarazo
  - Documentos de verificación de ingresos
  - Prueba de deducciones de ingresos
  - Cheque certificado o giro postal (firmado)
- ☑ haya hecho su cheque certificado o giro postal por $50 firmado (no aceptamos cheques personales, ni efectivo) a nombre de **Access for Infants and Mothers Program**
- ☑ haya hecho fotocopias de todos los documentos presentados para su expediente- si usted así lo desea

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal:	Dirección para envíos por servicios de mensajería nocturna:
Access for Infants and Mothers Program **P.O. Box 15559** **Sacramento, CA 95852-0559** ***Por favor no envíe por fax su solicitud***	**Access for Infants and Mothers Program** **625 Coolidge Drive** **Suite 100** **Folsom, CA 95630**

Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes del final de su semana número 30 de embarazo para que pueda ser considerada para el Programa 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 US Postal Service, etc.

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Certificación de embarazo para que la llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial
Dirección de la embarazada		Número de unidad/apto.
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de certificación de embarazo de AIM

Con su solicitud usted deberá enviar un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos. 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 reunir los requisitos para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo a la fecha en que el programa reciba la solicitud completa. 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 pueden encontrar los siguientes:

Médicos (generales u osteópatas) **Enfermeras tituladas** **Enfermeras parteras certificadas**
Enfermeras vocacionales autorizadas **Asistentes de los médicos** **Asistentes médicos**
Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada (Planned Parenthood Organization)

El personal del consultorio médico no puede certificar un embarazo a menos que la persona tenga alguna autorización o certificación médica.

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 suite	
Ciudad		Estado	Código postal
Código de área y Nº 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 **(requerido)**		Inicial
Firma del profesional de atención médica **(requerido)**	Título médico **(requerido)**	Número de licencia médica	

Lo que tiene que saber una vez que esté afiliada

Para seguir recibiendo servicios, usted deberá ayudarnos de la siguiente manera:

Afiliando a su bebé en Healthy Families

Aproximadamente 30 días antes de la fecha esperada del parto, usted recibirá por correo un Manual de Healthy Families y un formulario que le pedirá la siguiente información de su bebé:

1. Nombre, segundo nombre y apellido.
2. Fecha de nacimiento.
3. Sexo.
4. Peso al nacer.
5. Médico personal .
6. Selección de plan de atención dental y de cuidado de la vista. (El manual de Healthy Families le indicará qué planes hay en su condado.)

Usted deberá enviar esta información a Healthy Families junto con el pago de su cuota mensual. El formulario le explicará sobre la cantidad de la cuota mensual que debe enviar.

La cobertura de su bebé comenzará a partir del día de su nacimiento. Su bebé será inscrito en el mismo plan de Healthy Families que usted tenga a través de AIM. El bebé seguirá afiliado en el mismo plan que usted tenía en AIM, a menos que usted tenga otros hijos afiliados a Healthy Families. Si usted tiene otros hijos en Healthy Families, el bebé será transferido a los planes de los otros niños en 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.

Su bebé seguirá afiliado a Healthy Families si usted cumple con las normas del programa AIM en la primera Revisión anual de requisitos Para seguir afiliada a Healthy Families, para la segunda Revisión anual de requisitos del bebé, usted deberá estar dentro de las normas del programa Healthy Families.

La cobertura de su bebé no comenzará sino hasta que Healthy Families Program reciba la información pedida y el pago de la cuota

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 para facturación o si se muda fuera del estado. Usted deberá enviar esta carta 30 días antes de mudarse. ***Envíe su carta por correo o FAX a:***

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
FAX: (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.

Cómo cambiar a otro plan de seguro médico dentro de AIM

En la mayoría de los casos, cuando se inscribe en algún plan de seguro médico usted se quedará con el plan hasta que termine su cobertura. Solamente hay tres maneras en las que usted puede cambiar o ser cambiada a otro plan de de salud 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.

   Si se aprueba, el cambio será efectivo diecisiete (17) días 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 quince (15) días después de la fecha en que el programa reciba el pedido de la afiliada.

3. A usted la pueden cambiar 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.

Todos los pedidos de cambios deben ser aprobados por el Programa AIM. Los pedidos deben ser hechos por escrito dentro de los treinta (30) días antes de su mudanza, porque no todos los pedidos son aprobados.
Envíe su carta por correo o FAX a:

AIM Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
FAX: (888) 889-9238

Cómo se puede cancelar su inscripción

Se cancelará su inscripción si:

1. Usted escribe al Programa AIM y pide que se cancele su cobertura.
2. Usted ya no vive en California. Usted debe escribir al Programa AIM para avisarles de su cambio fuera del estado.
3. Usted comete fraude contra el Programa AIM. Esto también incluiría dar información falsa en su solicitud.
4. Usted ya no está embarazada en la fecha de comienzo de su cobertura. 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 del aborto espontáneo.

El Programa AIM le avisará de la cancelación de su cobertura y el motivo. Si se le cancela la cobertura por los motivos del 1 al 3 de más arriba, su cobertura 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 sigue siendo responsable de pagar todo su costo, si se le cancela la cobertura por los motivos del 1 al 3 de más arriba.** Una vez que se cancele su cobertura del Programa AIM, no podrá volver a afiliarse para el mismo embarazo.

Apelaciones a los requisitos

Si no está de acuerdo con alguna decisión que haya tomado el Programa AIM acerca de si usted reúne los requisitos, cancelación o su cambio, usted podrá apelar ante el director ejecutivo. Su apelación debe ser por escrito y presentada ante la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board) a más tardar sesenta (60) días después que usted haya recibido la carta de rechazo, 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 rechazo y toda la documentación presentada con la solicitud de AIM (con excepción del pago).

Envíe por correo su apelación a:

Executive Director
State of California
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769

Acceso para discapacitadas

Acceso físico

La solicitud para AIM se hace por correo, con llamadas telefónicas de seguimiento. No obstante, nuestra oficina en Folsom, California es completamente accesible para que nuestras clientes discapacitadas puedan recoger o entregar solicitudes completas solamente.

Acceso para quienes tienen problemas de audición

Las personas con problemas de audición pueden comunicarse con alguno de nuestros especialistas de requisitos 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. Tenemos ejemplares con formato de caracteres grandes. Nuestros especialistas de requisitos de AIM están disponibles por teléfono para explicarle todos los aspectos de los requisitos de AIM y la inscripción para las personas con problemas de la vista.

Ley de estadounidenses con discapacidades

La Sección 504 de la Ley de rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada será, por su discapacidad, excluida de participar, ni se le negarán 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 y a sus contratistas discriminar por discapacidad; protege a sus solicitantes e inscritos con discapacidades en sus programas de servicios y exige que la Junta haga las modificaciones razonables para adaptarse a los solicitantes e inscritos.

Quejas acerca del acceso para discapacitadas

Si cree que el 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 (Managed Risk Medical Insurance Board) 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)

Nota a los patrones, agentes y corredores de seguros y afiliados potenciales sobre el seguro de salud patrocinado por el patrón y el Programa AIM

Es una infracción a 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 una empleada 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. 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 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 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.

Proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico

Si una afiliada está insatisfecha con alguna acción o inacción del plan u organización de proveedores en el que esté afiliada, primero deberá tratar de resolver la disputa con el plan u organización de proveedores de acuerdo con sus políticas y procedimientos establecidos.

Para obtener información adicional acerca de las provisiones de resolución de disputas de cada plan de seguro médico, llame al plan o consulte el folleto del Formulario de revelación y prueba de cobertura del plan, el cual está a su disposición sobre pedido de cada plan de seguro médico.

¿Qué es el arbitraje obligatorio?

El arbitraje obligatorio es un acuerdo entre algunos planes de salud y los inscritos para que las disputas acerca de la atención médica sean revisadas por una persona neutral. Después de revisar los datos y de escuchar a ambas partes, la persona neutral toma una decisión. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

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

- Blue Cross EPO and HMO: **Sí** (incluye negligencia médica)
- Contra Costa Health Plan: **No**
- Health Net: **Sí** (incluye negligencia médica)
- Kaiser Permanente: **Sí** (incluye negligencia médica)
- Molina Healthcare of California: **Sí** (excluye negligencia médica)
- Santa Barbara Prenatal Plus 2: **No**
- Ventura County Health Care Plan: **Sí** (incluye negligencia médica)

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 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 serán devueltas. Usted podrá volver a presentar la apelación completa a más tardar en sesenta (60) días desde el rechazo del plan o a más tardar en veinte (20) días 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 PODRÁ SER USADA Y REVELADA 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 estado de California contrata al contratista privado para que asista en la administración del Programa AIM. El contratista usa su información para determinar si usted reúne los requisitos 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 reúne los requisitos para AIM, el contratista enviará su información al plan de de salud y proveedor que usted elija, para que pueda comenzar a recibir la cobertura de seguro de salud bajo ese plan.

Una vez que nazca su bebé, su plan de seguro médico y proveedor podrían enviar al estado la información acerca de su bebé y de la atención médica que hayan recibido usted y su bebé. Esta información será la requerida 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 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 sean 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 cómo se usa su información personal

Usted 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 sus operaciones normales y su administración.

Usted también tiene derecho a obtener una copia o pedir un cambio en 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 fines diferentes que el uso de su información por el Programa AIM para sus operaciones.

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. Usted puede counicarse con el Programa AIM si le parece que sus derechos de privacidad han sido violados. Escriba a::

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 médico 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 Blue Cross EPO. Por favor consulte la descripción de Blue Cross EPO en la página 26.

   Recuerde, 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 salud que comienzan en la página 26. Las descripciones incluyen números telefónicos.

3. Visite nuestro sitio web en www.aim.ca.gov para ver los proveedores de ginecología y obstetricia en su condado o llame el 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

Blue Cross HMO
Health Net HMO

Alpine

Blue Cross EPO

Amador

Blue Cross EPO

Butte

Blue Cross EPO

Calaveras

Blue Cross EPO

Colusa

Blue Cross EPO

Contra Costa

Contra Costa Health Plan
Kaiser Permanente Northern California

Del Norte

Blue Cross EPO

El Dorado

Blue Cross EPO (Cobertura solamente en los Códigos postales no cubiertos por otros planes)
Kaiser Permanente Northern California (cobertura para estos códigos postales solamente: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762)

Fresno

Blue Cross HMO

Health Net HMO (cobertura para estos códigos postales solamente: 93210, 93234, 93242, 93602, 93605-09, 93611-13, 93616, 93619, 93621-22, 93624-28, 93630-31, 93634, 93640-42, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93664, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-22, 93724-29, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-62, 93764-65, 93771-80, 93784, 93786, 93790-94)

Glenn

Blue Cross EPO

Humboldt

Blue Cross EPO

Imperial

Blue Cross EPO

continúa

Inyo

Blue Cross EPO

Kern

Blue Cross EPO (cobertura sólo para los códigos postales no cubiertos por otros planes)

Blue Cross HMO (cobertura para **todos** los códigos postales **a exepción de:** 93226, 93287, 93527-28, 93554 and 93556)

Health Net HMO (cobertura para estos códigos postales solamente: 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, 93504-05, 93516, 93518-19, 93523-24, 93531, 93560-61, 93581, 93596)

Kings

Health Net HMO

Lake

Blue Cross EPO

Lassen

Blue Cross EPO

Los Angeles

Blue Cross HMO (cobertura en todo el contdado EXCEPTO en Catalina Island)

Health Net HMO

Madera

Blue Cross EPO

Marin

Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Mariposa

Blue Cross EPO

Mendocino

Blue Cross EPO

Merced

Blue Cross EPO

Modoc

Blue Cross EPO

Mono

Blue Cross EPO

Monterey

Blue Cross EPO

Napa

Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California (cobertura para estos códigos postales solamente: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599)

Nevada

Blue Cross EPO

Orange

Blue Cross HMO

continúa

Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado, *continuación*

Placer

Blue Cross EPO (cobertura sólo para los códigos postales no cubiertos por otros planes)

Health Net HMO (cobertura para estos códigos postales solamente: 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 para estos códigos postales solamente: 95602-04, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765)

Plumas

Blue Cross EPO

Riverside

Blue Cross EPO (cobertura sólo para los códigos postales no cubiertos por otros planes)

Health Net HMO (cobertura para estos códigos postales solamente: 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589, 92590-93, 92595-96, 92639, 92860, 92877-83)

Kaiser Permanente Southern California (cobertura para estos códigos postales solamente: 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

Blue Cross HMO

Health Net HMO

San Benito

Blue Cross EPO

San Bernardino

Blue Cross EPO (cobertura sólo para los códigos postales no cubiertos por otros planes)

Health Net HMO (cobertura para estos códigos postales solamente: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92242, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92301, 92305, 92307-13, 92316, 92318, 92324, 92327, 92329, 92334-37, 92339-42, 92345-47, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-77, 92382, 92392-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427, 93562)

Kaiser Permanente Southern California (cobertura para estos códigos postales solamente: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92333-37, 92339-41, 92345-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-94, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92420, 92423-24, 92427)

San Diego

Blue Cross HMO

Molina Healthcare of California

San Francisco

Blue Cross HMO

Health Net HMO

San Joaquin

Blue Cross HMO

Kaiser Permanente Northern California

continúa

San Luis Obispo
Blue Cross EPO

San Mateo
Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Santa Barbara
Santa Barbara RHA/Prenatal Plus 2

Santa Clara
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Santa Cruz
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Shasta
Blue Cross EPO

Sierra
Blue Cross EPO

Siskiyou
Blue Cross EPO

Solano
Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Sonoma
Health Net HMO

Kaiser Permanente Northern California (cobertura para estos códigos postales solamente: 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-09, 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
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Sutter
Blue Cross EPO

Tehama
Blue Cross EPO

Trinity
Blue Cross EPO

Tulare
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Tuolumne
Blue Cross EPO

Ventura
Blue Cross HMO (cobertura para todos los códigos postales a exepción de: 93022-93024)

Ventura County HCP

Yolo
Blue Cross EPO

Health Net HMO

Yuba
Blue Cross EPO

Descripción de los planes de seguro médico de AIM

Blue Cross of California

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Número de servicio al cliente: 1-800-289-6574, TDD: 1-888-757-6034, inglés y español.
De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 7:00 p.m.

Quién puede afiliarse a Blue Cross EPO Plan

Blue Cross EPO Plan está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos para AIM en los condados de: Alpine; Amador; Butte; Calaveras; Colusa; Del Norte; Glenn; Humboldt; Imperial; Inyo; Lake; Lassen; Madera; Marin; Mariposa; Mendocino; Merced; Modoc; Mono; Monterey; Napa; Nevada; Plumas; San Benito; San Luis Obispo; San Mateo; Shasta; Sierra; Siskiyou; Solano; Sutter; Tehama; Trinity; Tuolumne, Yolo y Yuba.

Blue Cross EPO Plan está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos para AIM en 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 Blue Cross para averiguar acerca de los proveedores disponibles.

Puntos importantes del plan

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

- Usted puede ver a cualquier médico de nuestra red Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan.
- La red Blue Cross EPO Plan 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 gratuita las 24 horas de información médica de enfermería, 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 400 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

El Blue Cross EPO Plan para AIM ofrece una amplia red en todo el estado, de médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica para que usted elija quién la atienda.

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

Cómo funciona el plan

Cómo afiliarse

Sólo escriba "Blue Cross EPO Plan" en el renglón de "Opciones Plan de salud" 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 el EPO Plan de su Directorio de proveedores Blue Cross Prudent Buyer. Usted 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 Blue Cross. Recuerde, cuando usted está embarazada ¡es importante que comience su atención médica inmediatamente!

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

Tercero, llámenos para que verifiquemos en qué hospital tendrá a su bebé.

También, es muy importante recordar que no hay beneficios disponibles por los servicios prestados por un proveedor que no participe en la red Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan, a menos que el servicio sea autorizado y aprobado por Blue Cross o que sea una emergencia.

Para obtener más información acerca del Blue Cross EPO Plan para AIM, por favor llame al 1-800-289-6574. Con gusto responderemos todas sus preguntas acerca del 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 del Blue Cross EPO Plan para AIM.

Blue Cross of California

Organización de mantenimiento de la Salud (HMO)

Número de servicio al cliente: 1-800-289-6574, TDD: 1-888-757-6034, inglés y español.
De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 7:00 p.m.

Quién puede afiliarse a Blue Cross HMO Plan

Blue Cross HMO Plan está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos para AIM que residan en los condados de: Alameda; Fresno; Kern; Los Angeles; Orange; Sacramento; San Diego; San Francisco; San Joaquin; Santa Clara; Santa Cruz; Stanislaus; Tulare y Ventura.

Puntos importantes del plan

Como miembro de Blue Cross HMO para AIM, usted tiene acceso a un amplio programa de atención médica de calidad. El Blue Cross HMO Plan para 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 gratuita las 24 horas de información médica de enfermería, 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 400 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.
- Usted puede elegir su Proveedor personal llamando al Servicio al cliente de Blue Cross al 1-800-289-6574 cuando se inscriba o en cuanto sea aceptada en el programa.

Proveedores del plan

El Blue Cross HMO para AIM ofrece una amplia red de médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica que usted elegir para que la atiendan.

Una vez que su solicitud del Programa AIM haya sido aprobada, le enviarán un Directorio de proveedores de Blue Cross para que pueda elegir los proveedores cercanos a su casa o trabajo.

Cómo funciona el plan

Cómo afiliarse

Sólo escriba "Blue Cross HMO " en el renglón de "Opción de Plan de salud" en la solicitud de AIM. Si ya sabe cuál de nuestros Proveedores personales le gustaría elegir, escriba su elección en "Opción de grupo médico y proveedor" y el código de proveedor en la casilla de "Código de proveedor". Usted debe elegir un consultorio a no más de 30 millas de su casa. Si no elige un Proveedor personal, Blue Cross le asignará uno en cuanto sea aceptada en el programa.

Una vez que sea aceptada

Primero, si el PCP asignado no es el adecuado para usted, por favor llame al Servicio al cliente de Blue Cross al 1-800-289-6574 para cambiar su proveedor.

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

Tercero, llámenos para que verifiquemos en qué hospital tendrá a su bebé.

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

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

Para obtener más información acerca de Blue Cross HMO Plan para AIM, por favor llame al 1-800-289-6574. Con gusto responderemos todas sus preguntas acerca de Blue Cross HMO 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 Blue Cross HMO Plan para AIM.

Contra Costa Health Plan

Comercialización: 1-800-211-8040, Servicios al cliente: 1-877-661-6230 (Oprima la tecla "2" en el menú principal), Administración: 925-313-6000.

Quién puede afiliarse a Contra Costa Health Plan (CCHP)

CCHP está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos 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 60,000 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 locales con horarios amplios de servicios de atención primaria y de urgencias
- Amplia red de médicos personales comunitarios y de atención especializada
- Servicio de consejos expertos de enfermería las 24 horas, los 365 días del año
- Cobertura en todo el mundo para servicios de emergencias
- Amables representantes bilingües de servicios al cliente para ayudarla de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes.

Proveedores del plan

CCHP ofrece dos "redes de proveedores" a su elección: Nuestra Red de centros de salud ofrece atención primaria y acceso a la atención especializada a través de ocho centros de salud y en el hospital más nuevo de la región, el Contra Costa Regional Medical Center. Solamente elija qué centro de salud le queda más cómodo para usted y seleccione 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 médicos comunitarios de CCHP (CPN). Usted elige un médico personal de CPN. Su ginecólogo/obstetra debe estar también en esta red. Usted irá al hospital que su médico use—cualquiera de los seis hospitales del área.

Cómo afiliarse

Escriba "Contra Costa Health Plan" en el renglón de "Opción de Plan de salud" de la Sección 2 de su solicitud. En el renglón siguiente, por favor indique sus "Opción de grupo médico y proveedor" como "Centro de salud" o red de "Médicos comunitarios".

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 todas las nuevas afiliadas que 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, llamando a Servicios al cliente y eligiendo otro médico de cualquier red de médicos de CCHP que usted haya elegido.

Información importante

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 Contra Costa Health Plan.

Health Net

Número gratuito: 1-800-327-0502, TDD: 1-800-995-0852.
Para los que hablan Español: 1-888-231-9473, opción 8.

Quién puede afiliarse a Health Net

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

- Alameda
- Kings
- Los Angeles
- Sacramento
- San Francisco
- Santa Clara
- Santa Cruz
- Sonoma
- Stanislaus
- Tulare
- Yolo

Y partes de los siguientes condados:

- Fresno
- Placer
- Kern
- Riverside
- San Bernardino

Puntos importantes del plan

Como uno de los planes de seguro de salud 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 al cliente multilingüe las 24 horas del día, 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) ha otorgado a Health Net la categoría de acreditación como "Excelente" por su producto comercial HMO.

Proveedores del plan

Health Net ofrece una de las redes de proveedores más grandes de California En todo el estado, nuestra red de proveedores ofrecen médicos, hospitales y farmacias con base en 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 el Programa AIM o visite el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov, para leer o imprimir una lista de los proveedores de Health Net que participan en el Programa AIM.

Cómo afiliarse

Una vez que haya tomado la decisión de elegir Health Net, usted tendrá que llenar su Solicitud de inscripción en AIM. Escriba "Health Net" en la casilla marcada "Opción de plan de seguro médico". Si sabe qué proveedor personal (PCP) o grupo médico le gustaría elegir, escriba su selección en la casilla "Opción de grupo médico y proveedor" de la solicitud de AIM. Si no elige un PCP, Health Net le asignará uno. Si necesita ayuda para elegir un PCP, 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 a 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 del Departamento de servicios al cliente de Health Net, las 24 horas.

La atención de emergencia es un beneficio cubierto. En una emergencia, si es posible llame a su médico personal. Él podrá ayudarla a decidir la mejor manera de obtener tratamiento y puede hacer los arreglos para una atención rápida en la sala de emergencias. Si tiene alguna emergencia y no es posible comunicarse con su médico personal, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Información importante

Si tiene alguna pregunta específica acerca de los proveedores o de Health Net, llame a Servicios al cliente de 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 de Health Net.

Kaiser Permanente Northern California

KAISER PERMANENTE®

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

Quién puede afiliarse a Kaiser Permanente Northern California

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

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

Y en partes de los siguientes condados:

- El Dorado
- Napa
- Placer
- Sonoma

Puntos importantes del plan

¡Felicitaciones! 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 para los servicios de emergencias recibidos en instalaciones fuera del plan)
- Los representantes de servicios al cliente del plan de seguro médico, están disponibles por teléfono y en nuestras instalaciones 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 arreglada 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 pueda servir 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 North" en el renglón de "Opción de Plan de salud" 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 inscripción, usted tendrá acceso inmediato a los beneficios y servicios del área de Kaiser Permanente Northern California. En ese momento, le pedimos a que haga una cita prenatal y elija un médico personal. Para hacer una cita o para pedir un Directorio de instituciones médicas, solamente llame a su institución 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 del plan de seguro médico para los años por venir

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

Kaiser Permanente Southern California

KAISER PERMANENTE®

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

Quién puede afiliarse a Kaiser Permanente Southern California

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

- Riverside
- San Bernardino

Puntos importantes del plan

¡Felicitaciones! 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 para 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 dez
servicios.

Proveedores del plan

En Kaiser Permanente, la atención médica de calidad que usted recibe será proporcionada o arreglada por los médicos de Kaiser Permanente en las instalaciones de Kaiser Permanente. Representantes de casi todas las especialidades medicas 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 South" en el renglón de "Opción de Plan de salud" 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 inscripción, usted tendrá acceso inmediato a los beneficios y servicios del área de Kaiser Permanente Southern California. En ese momento, le pedimos a que haga una cita prenatal y elija un médico personal. Para hacer una cita o para pedir un Directorio de instituciones médicas, solamente llame a su institución 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 plan de seguro médico para los años por venir

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

Molina Healthcare of California

Servicios a la afiliada: 1-800-986-4649
TTY: 1-800-479-3310

¿Quién puede afiliarse a Molina Healthcare?

Molina Healthcare está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos 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 diseñar 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, creado para mantenerlos saludables a usted y 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 y muchas más.
- Acreditación "Recomendable" del NCQA (Comité nacional de aseguramiento de la calidad)

Proveedores del plan

Con casi 1,100 médicos personales y especialistas, usted puede encontrar un médico justo en su vecindario. Molina Healthcare y ha designado médicos generales y familiares; internistas, ginecólogos y 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 al casilla marcada "Opción de plan de seguro de salud". Luego, seleccione su proveedor de servicios médicos de Molina Healthcare escribiendo su elección en la sección "Opción de grupo médico y proveedor" y el código de proveedor en la casilla "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 junto con 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 surtir sus medicamentos de receta.

Acceso a la atención

- Usted puede tener un ginecólogo u obstetra como su Médico personal (PCP), si es un ginecólogo u obstetra para su atención prenatal. Para cualquier otro tipo de atención especializada deberá visitar primero a su médico personal para que le den una preautorización.
- En el caso de los servicios de planificación familiar o atención prenatal, usted puede autorizarse 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 1-800-986-4649 para garantizar que su bebé continúe su cobertura con Molina Healthcare.

Santa Barbara Prenatal Plus 2

Prenatal PLUS 2

Centro de llamadas de servicio al cliente del Programa AIM de Santa Bárbara Regional Health Authority: Número gratuito 1-877-814-1861

Quién puede afiliarse a Santa Bárbara Prenatal Plus 2

Si vive en el condado de Santa Bárbara y es una embarazada que reúne los requisitos para AIM, usted puede convertirse en una afiliada de Santa Bárbara Prenatal Plus 2, un plan de seguro médico que sirve a todas las comunidades del condado de Santa Bárbara.

Puntos importantes del plan

Confianza

Las mujeres afiliadas en 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. Creada 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 hará más probable que tenga un bebé saludable.
- Un especialista en lactancia, si es necesario, para ayudarla a aprender cómo evitar problemas al dar el pecho a su bebé, si decide darle el pecho.
- Clases o uso de acupuntura sin costo 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 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 de "Opción de Plan de salud" 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 las otras necesidades de atención médica.

En caso de emergencia

La atención de emergencia está disponible las 24 horas, sin preautorización 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 médico, 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.

Ventura County Health Care Plan

VCHCP Ventura County Health Care Plan

Servicio al cliente: 1-800-600-8247. Se habla español.

Quién puede afiliarse a Ventura County Health Care Plan

Ventura County Health Care Plan está disponible para todas las embarazadas que reúnan los requisitos 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 caso a cargo de una enfermera titulada para su embarazo de alto riesgo.
- Programas de bienestar, como orientación dietética y programa para dejar de fumar.
- Folleto informativo HealthSmart con artículos internacionales acerca de dietas, ejercicio y prevención de enfermedades.
- Cómoda opción de pedidos por correo para surtir sus recetas de mantenimiento. Recetas prenatales sin copago.
- Las oficinas administrativas del plan, ubicadas en el condado de Ventura, cuentan con representantes amables de servicio al cliente para ayudarla.
- 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 instituciones 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, todos los sitios de Clínicas Del Camino Real, Inc. y varios consultorios médicos privados. Luego, seleccione su proveedor de Ventura County Health Care del sitio web de AIM, www.aim.ca.gov y escriba su elección bajo "Opción de grupo médico y proveedor" y el código de proveedor en la casilla "Código de proveedor".

Nuestros hospitales principales son Ventura County Medical Center; St. John's Regional Medical Center, en Oxnard; St. John's Pleasant Valley Hospital y Simi Valley Hospital. Para obtener un Directorio de proveedores de AIM completo, que incluye obstetras, por favor comuníquese con nuestro Departamento de servicio al cliente al número de más 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 de "Opción de Plan de salud" en la solicitud de AIM. Luego, seleccione su proveedor de Ventura County Health Care del sitio web de AIM, www.aim.ca.gov y escriba su elección bajo "Opción de grupo médico y proveedor" y el código de proveedor en la casilla "código de proveedor". También puede llamar a nuestro Departamento de servicios al cliente al teléfono de más arriba. Por favor elija un proveedor ubicado en la ciudad donde usted vive 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 u 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. A partir de su fecha de comienzo de afiliación, usted tendrá acceso a los beneficios y servicios de AIM. En ese momento, la instamos a que inmediatamente haga su primera cita prenatal bajo el plan.

Su PCP está disponible por teléfono las 24 horas del día para todas sus necesidades médicas. 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 servicio al cliente al número de más arriba. Esperamos con gusto servirle.

La información presentada en esta página es sólo un resumen. Consulte los términos y condiciones específicos en el folleto de Prueba de cobertura de Ventura County Health Care Plan AIM Program.

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, usted puede ser 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. **¿Puedo enviar un cheque personal con mi solicitud?**

   No, no se aceptan cheques personales con la solicitud. Usted debe presentar un giro postal o cheque certificado a nombre del Programa AIM.

3. **¿Puedo enviar por fax mi solicitud?**

   No, se requiere su firma original en la solicitud y un giro postal o cheque certificado, junto con las copias de su documentación de ingresos y el certificado de embarazo.

4. **¿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 y las declaraciones tengan sus iniciales. Envíe copias de sus documentos de ingresos y el certificado de embarazo en lugar de los originales.

5. **¿Puedo solicitar en persona? Si no puedo ¿a dónde envío por correo mi solicitud de AIM?**

   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 mensajería nocturna a: California Access for Infants and Mothers Program, 625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom CA 95630.

6. **¿Cuento a mi esposo y sus ingresos si él trabaja lejos de casa en otra ciudad, estado o país varios meses del año?**
   Sí, si declara que vive en la casa con la embarazada.

7. **¿Cuento al padre de mi bebé y sus ingresos?**
   No, a menos que ya tengan un hijo juntos.

8. **¿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 a 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 inscripción.

9. **¿Puedo enviar copias de mi documentación de ingresos?**

   Sí, no envíe originales.

10. **¿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.

11. **¿Cuáles son los beneficios de tener AIM en lugar de tener solamente Medi-Cal restringido 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.

12. **¿Aún tengo que hacer copagos cuando vaya a ver al médico?**
    No, AIM no tiene copagos, ni deducibles.

13. **¿AIM pagará por servicios de control de la natalidad después que nazca mi bebé?**
    Usted debería comunicarse con su Plan de salud para ver si le permiten ver a algún proveedor específico.

14. **¿Puedo ver a un médico en un condado vecino al condado en el que yo vivo?**
    Sí. Usted deberá comunicarse con su Plan de salud para ver si le permiten que ver a algún proveedor específico.

15. **¿Me devolverán mi giro postal si me niegan la cobertura o recibiré un cheque de reembolso de AIM?**
    Sí. Se le enviará por correo un cheque de reembolso del Programa AIM.

16. **¿AIM cubre embarazos de alto riesgo?**

    Sí.

17. **¿Puedo seguir viendo a mi médico actual?**

    Depende. Por favor llame a su Plan de salud para averiguar si su médico es un proveedor participante de AIM.

18. **¿Están cubiertos los beneficios de la vista y dental con AIM?**
    Consulte el cuadro de beneficios de su plan de seguro médico.

19. **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.

20. **¿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 salud.

21. ¿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.

22. ¿Cuento a mis hijos aún si viven conmigo solamente la mitad del tiempo?

Sí, si son declarados como dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal.

23. ¿Tenemos que usar los ingresos del mismo año mi esposo y yo?

No. Cualquiera de los cónyuges puede usar los ingresos del año anterior o los ingresos actuales.

24. ¿Cuáles son los ingresos brutos después de las deducciones?

El primer paso para determinar si reúne los requisitos es averiguar los ingresos brutos (antes de impuestos). El programa resta todas las deducciones aplicables (lea una lista de las deducciones permitidas en la página 12). Esas deducciones son obligatorias.

25. ¿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 el hospital donde dará a luz.

26. ¿Cómo se calculan los ingresos de quien trabaja por su cuenta?

El Programa AIM usa los ingresos de ganancias netas para determinar si reúne los requisitos (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. Pueden enviar los Estados de ganancias y pérdidas de los 3 meses más recientes. Todas las deducciones por depreciación y los gastos de alimentos y entretenimiento se vuelven a sumar a las ganancias netas. Las pérdidas (cantidades negativas en dólares) cuentan como cero ($0).

27. ¿Cómo puedo obtener un especialista no obstétrico mientras esté en el Programa AIM?

Llame a su plan de seguro médico o a los servicios al cliente. 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.

28. ¿Cómo puedo averiguar si mi obstetra y el hospital donde daré a luz son parte el Programa AIM?

Llame a su plan de seguro médico o a los servicios al cliente o consulte el directorio de proveedores de su plan de seguro médico.

29. ¿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 al cliente 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.

30. ¿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.

31. ¿El Programa AIM cubrirá 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.

32. ¿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 contestador telefónico la comunicará con la enfermera o médico de orientación de guardia para que le den más indicaciones.

33. ¿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 AIM cubra los servicios.

34. ¿Qué pasará si tengo un aborto espontáneo después que comience mi cobertura de AIM?

Si tiene un aborto espontáneo en la fecha que comience su cobertura o después, aún así será responsable de pagar la cantidad de contribución del 1.5%. No obstante, usted estará cubierta durante 60 días después de terminar el embarazo. Si usted ya no está embarazada en la fecha de comienzo de su cobertura y la notificación al programa se recibe después de la fecha de comienzo de la cobertura, deberá presentar documentos de un profesional de atención médica autorizado o certificado, indicando la fecha del aborto espontáneo.

Glosario

Afiliada
Una embarazada que reúne los requisitos para el Programa AIM y que está afiliada al programa.

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

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

Arbitraje obligatorio
Es un acuerdo entre algunos planes de salud y las afiliadas para que las disputas de atención médica sean revisadas por una persona neutral e imparcial. Después de revisar todos los datos y de escuchar a ambas partes, la persona neutral toma una decisión. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

Bebé
El hijo de una afiliada nacido mientras está afiliada al programa.

Beneficios
Los servicios médicos que la embarazada y el bebé reciben del Programa AIM.

Cancelación de inscripción
El final de la inscripción en el Programa AIM.

Cobertura
El pago de los beneficios proporcionados a través de programa.

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

Exclusión
Un servicio o padecimiento médico no cubierto por un plan de seguro médico 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 se envía la solicitud al Programa AIM, según la fecha del matasellos de correos de EE.UU. en el sobre de la solicitud o documentos de otros servicios de envíos.

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

Healthy Families Program
Cobertura médica, dental y de la vista de bajo costo para los niños y adolescentes de California que no tienen acceso a los seguros y que no reúnen los requisitos para la cobertura de Medi-Cal sin costo.

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

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 sin costo
El programa Medi-Cal del estado que paga por todos los servicios sin requerir ningún pago o copago 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 vivan en la casa
c) Los padres casados o no casados del niño o hermanos.
d) Los padrastros de los hermanos.
e) Los hijos por separado de un padre no casado o un padre casado o 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 las afiliadas del plan en un área geográfica.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)
Un plan de seguro médico en el cual las afiliadas 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 a un especialista en la red de contratos de la EPO.

Padecimiento preexistente
Cualquier padecimiento diagnosticado antes de la inscripción en el 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 1º de abril de cada año. Si sus ingresos están por encima del máximo permitido por la pauta, revise si el cuadro de la pauta ha sido actualizado para el año actual.

Que vive en la casa
Que usa la casa como su lugar principal de residencia.

Residente
Una persona que está presente en California con la intención de seguir presente, excepto cuando esté ausente con fines transitorios o temporales.

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

Solicitante
Una embarazada de 18 edad o mayor que solicite para sí misma o el tutor o padre natural, padre de crianza o padrastro con quien viva la niña, que solicite la cobertura bajo el programa a nombre de una niña. "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.

Notas

Notas

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 aquel 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".

Flex your POWER

Lista de papeles para la solicitud

___ Solicitud completa y firmada

___ Certificación de embarazo

___ Documentación de ingresos de los miembros adultos de la familia, como se describe en la página 11 y los documentos de deducciones de ingresos como se describen en la página 12.

___ Cheque certificado (de caja) firmado o giro postal por $50 (o el total de la contribución de afiliada y reciba un descuento de $50.00) a nombre de State of California Access for Infants and Mothers Program. No se aceptan cheques personales con la solicitud.

Envíe todo lo anterior al Programa AIM, a la dirección de más abajo. Si algo mencionado arriba no está completo o no está incluido, su solicitud no será procesada.

Por favor haga fotocopias de todos los documentos que envíe.

The AIM Program
P.O. BOX 15559
Sacramento, CA 95852-0559

1-800-433-2611
www.aim.ca.gov