

**Access for Infants and Mothers Program
Manual**

ERRATA

Efectivo para el año de beneficios de Octubre 1, 2014 – Septiembre 30, 2015

Se han realizado cambios en el contenido del manual de beneficios para el año 2014-2015. Por favor vea el número de páginas y la lista de cambios de abajo. Los cambios que se hicieron están subrayados y marcados con una línea horizontal.

A partir del 1^{ro} de Julio del 2014, el presupuesto del gobernador para el año fiscal 2014-2015 transfirió el programa AIM al Department of Health Care Services (DHCS), renombrándolo Medi-Cal Access Program. Todas las referencias sobre Managed Risk Medical Insurance Board ahora deben leerse como Department of Health Care Services.

Si tiene alguna pregunta en referencia al Manual de Medi-Cal Access Program o sobre la información que contiene esta página, por favor comuníquese a Medi-Cal Access Program al 1-800-433-2611 (TTY 1-800-735-2929), de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los Sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Manual Completo: Nombre del Programa

Un cambio a la ley del estado cambió de nombre de Access for Infants and Mothers Program a Medi-Cal Access Program a partir de Julio 1, 2014:

Medi-Cal Access for Infants and Mothers (AIM) Program

Manual Completo: El Departamento estatal que administra el Medi-Cal Access Program

El Managed Risk Medical Insurance Board fue cerrado el 1^{ro} de Julio del 2014 y el Medi-Cal Access Program (anteriormente AIM) fue transferido al Department of Health Care Services:

The Managed Risk Medical Insurance Board Department of Health Care Services

Portada: Año de beneficios

El año de beneficios ha sido modificado:

Año de beneficios ~~Enero~~ Octubre 1, 2014 a ~~Diciembre 31, 2014~~ Septiembre 30, 2015

Contraportada: Información del Departamento

The California Managed Risk Medical Insurance Board

P.O. Box 2769

Sacramento, CA 95812-2769

(916) 324-4695

www.mrmib.ca.gov

Department of Health Care Services

Medi-Cal Eligibility Division

Medi-Cal Access Program Unit

1501 Capitol Avenue MS 4607

P.O. Box 994717

Sacramento, CA 95899-7417

(916) 552-9200 - Public

(916) 552-9478 - Fax

www.dhcs.ca.gov

Contraportada: Miembros de la Junta

Board Members

Clifford Allenby, Chair

Samuel Garrison

Ellen Wu

Ex-Officio Members

Jack Campana

Diana S. Dooley

Executive Director

Janette Casillas

Páginas 2, 3, 10, & 18

SECCION: DHCS AIM-Linked Infant and Children's Program (DHCS-ALICP)

El nombre de este programa ha cambiado:

AIM-Linked Infants and Children Program (ALICP)

Medi-Cal Access Infant Program

Páginas 10, 12, A3 & A4

SECCION: Requisito de elegibilidad de 30 semanas.

Efectivo 03/01/2015 - El límite de 30 semanas de embarazo ya no será un requisito para su elegibilidad. Las mujeres embarazadas podrán solicitar MCAP en cualquier momento durante su embarazo. Sin embargo, si su embarazo termina antes de la fecha efectiva de su cobertura en Medi-Cal Access Program su cobertura será descontinuada. Esto quiere decir que su cobertura no tendrá inicio y el Medi-Cal Access Program no cubrirá ningún gasto médico que usted haya recibido. Usted no tendrá que pagar ningún monto de la contribución de la afiliada. Si usted ya hizo algunos pagos, estos serán reembolsados.

Página A4

SECCION: Aviso de Privacidad

Esta información de contacto ha cambiado:

~~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.~~

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservada por el Department of Health Care Services. El funcionario responsable de conservar la información es: Legal Services, Department of Health Care Services, ATTN: PRA Request, P.O. Box 997413, MS 0012, Sacramento, CA 95899-7413. El departamento puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Página 18

SECCION: Quejas acerca del acceso para discapacitados

Esta información de contacto ha cambiado:

Coordinador de ADA

Managed Risk Medical Insurance Board

P.O. Box 2769

Sacramento, CA 95812-2769

(916) 324-4695 (Voice)

Coordinador de ADA

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370
CivilRights@dhcs.ca.gov

Página 20

SECCION: Sus derechos sobre la manera como se usa su información personal

Esta información de contacto ha cambiado:

Privacy officer

~~AIM Program~~

~~Managed Risk Medical Insurance Board~~

~~P.O. Box 2769~~

~~Sacramento, CA 95812-2769~~

~~(916) 224-4695~~

Privacy officer

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

(916) 440-7370

Página 21

SECCION: Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado

~~Contra Costa~~

~~Contra Costa Health Plan~~

Página 29

SECCION: Contra Costa Health Program

Contra Costa Health Plan ya no es un plan disponible bajo Medi-Cal Access Program. Toda la información de esta página ya no es válida.

Página 40

SECCION: Formulario de inscripción para bebés

El formulario de inscripción para bebés ha sido actualizado

Pautas de ingresos de Medi-Cal Access Program y Costo de cobertura de Medi-Cal Access Program

Vigentes del 1° de abril del 2015 al 31 de marzo del 2016

Tamaño de familia para Medi-Cal Access Program (Cuenta una mujer embarazada como 2)	Ingresos mensuales del hogar (Ingresos brutos ajustados modificados después de las deducciones de Medi-Cal Access Program) 213% - 322% FPL (Nivel Federal de Pobreza)	Costo total de cobertura de Medi-Cal Access Program (1.5% de los Ingresos brutos ajustados modificados anuales)
2	\$2,829 to \$4,276	\$509- \$770
3	\$3,567 to \$5,392	\$642 - \$971
4	\$4,306 to \$6,509	\$775 - \$1,172
5	\$5,044 to \$7,625	\$908 - \$1,373
6	\$5,783 to \$8,741	\$1,041 - \$1,574
7	\$6,521 to \$9,857	\$1,174 - \$1,775
8	\$7,259 to \$10,974	\$1,307 - \$1,975
9	\$7,998 to \$12,090	\$1,440 - \$2,176
10	\$8,736 to \$13,206	\$1,573 - \$2,377
Cada familiar adicional	\$740 to \$1,118	\$133 - \$201

Formulario de inscripción para bebés de Medi-Cal Access Infant Program

Después del nacimiento de su bebé y a más tardar 30 días después del nacimiento, llene este formulario y envíelo por correo. La cobertura de su bebé no comenzará hasta que recibamos este formulario y usted indique que quiere afiliarse a su bebé en el sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal bajo el Medi-Cal Access Infant Program. Si los ingresos de su familia han bajado podría ser elegible para Medi-Cal gratuito.

Nombre de la afiliada _____ Fecha de nacimiento de la afiliada: ____/____/____(mes/día/año)

Medi-Cal Access Family Member Number _____

Domicilio _____

No quiero inscribir a mi bebé en el Medi-Cal Access Infant Program (Tiene que completar este formulario para continuar con su cobertura posparto ya sea que quiera o no inscribir a su bebé)

Información del bebé

¿El bebé está inscrito actualmente en un seguro patrocinado por el empleador? Sí No

Si es "Sí", dé la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: ____/____/____ (mes/día/año)

Nota: Si respondió "Sí", su bebé no es elegible para inscribirse en la cobertura pública.

Nombre del bebé _____ Inicial ____ Apellido _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: Mes / Día / año Peso al nacer: ____ libras ____ onzas

Nº de SS: _____ Sí aún no tiene uno, ha solicitado un Nº de SS Sí No

Proveedor personal *opcional*: _____

Dirección y teléfono, si hubo algún cambio: _____

Declaro que cada una de las personas a las que estoy inscribiendo:

- Es ciudadano de EE.UU.
- Es residente de California
- Es nacional de EE.UU.
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- Entiendo el Manual de Medi-Cal Access Program. Entiendo lo que dice acerca de cada beneficio médico, dental y de cuidado de la vista a través del Sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal.
- Doy permiso para que comprueben mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al Medi-Cal Access Program a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha de comienzo de cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 60 días de la terminación de mi embarazo. Medi-Cal Access Program no cubrirá los servicios médicos que yo reciba después de la fecha de cancelación de inscripción. Entiendo que de cualquier modo tendré que hacer todo pago pendiente a Medi-Cal Access Program, aun si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

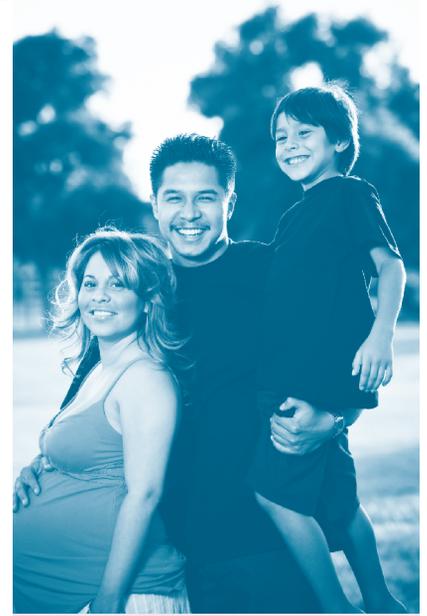
También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario lleno a: Medi-Cal Access Infant Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852

Qué encontrará adentro:

Bienvenida a AIM	2
— ¿Qué es AIM?	2
— ¿Qué es el Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de Department of Health Care Services (DHCS)?	2
Servicios cubiertos para mujeres y recién nacidos	4
— ¿Qué servicios están cubiertos en AIM?	4
— Servicios disponibles para su bebé a través del Sistema de prestación de atención médica Medi-Cal de DHCS	8
¿Quién es elegible para el Programa AIM?	10
Planes de seguro médico	10
— ¿Quién proporcionará servicios de atención médica a usted y su bebé?	10
Cómo satisfacer las pautas de ingresos de AIM	11
— El tamaño de su familia para AIM	11
— ¿De quién son los ingresos que deben contarse?	11
— Los ingresos brutos de su familia	11
— Prueba de los ingresos brutos del hogar	11
— Deducciones de ingresos	11
— ¿Cumple usted con las Pautas de ingresos de AIM?	12
— ¿Cómo solicitar y cuánto tiempo puede estar inscrita en AIM?	12
— ¿Qué pasará con los servicios recibidos antes de inscribirme en AIM?	14
Cómo pagar su cobertura de AIM	15
— ¿Cuánto costará AIM?	15
— Cómo pagar AIM	15
Solicitud para Acceso para bebés y madres	A1
Lo que tiene que saber después de afiliarse	16
— Aviso de privacidad del Programa AIM	20
Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado	21
Descripciones de los planes de seguro médico de AIM	25
— Anthem Blue Cross of California (EPO)	25
— Anthem Blue Cross of California (HMO)	26
— CenCal Health Plan	27
— Central California Alliance for Health	28
— Contra Costa Health Plan	29
— Health Plan of San Joaquin	30
— Kaiser Permanente Northern California	31
— Kaiser Permanente Southern California	32
— Ventura County Health Care Plan HMO	33
Preguntas frecuentes	34
Glosario	37
Formulario de inscripción para bebés	40
Formulario de terminación temprana de embarazo de AIM	42



AIM

Access for Infants and Mothers

Guarde este manual para consultarlo en el futuro

Bienvenida a AIM

¡Felicidades!

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

¿Qué es AIM?

El programa AIM proporciona a las mujeres embarazadas una cobertura amplia de bajo costo, sin copagos ni deducibles por los servicios que cubre. Es posible que sus recién nacidos estén cubiertos por AIM-Linked Infant and Children's Program de DHCS (DHCS-ALICP). AIM es para familias de ingresos medios que no tienen seguro médico y cuyos ingresos son demasiado altos para Medi-Cal sin costo. AIM también es para las mujeres que tienen otros planes de seguro médico que no cubren servicios de maternidad o con un deducible o copago sólo por maternidad mayor de \$500. Puede leer más sobre la coordinación de beneficios entre su otro plan de seguro médico y el plan de salud AIM en el Glosario de términos en este manual de AIM. Si está inscrita en AIM, su bebé es elegible para cobertura en DHCS-ALICP hasta por dos años, a no ser que su bebé esté inscrito en un seguro patrocinado por el empleador o Medi-Cal sin costo o que sus ingresos ya no sean elegibles cuando el bebé cumpla un año.

Servicios disponibles para su bebé a través del Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de DHCS

Medi-Cal proporciona actualmente un grupo básico de beneficios de salud, como consultas médicas, atención hospitalaria, inmunizaciones, servicios relativos al embarazo y atención en hogares para personas mayores, si son médicamente necesarios. Medi-Cal ofrece a la mayoría de los miembros servicios cubiertos a través del sistema de prestación de atención administrada en los 58 condados, aunque es posible que los servicios se proporcionen con cobro por servicio.

ACA garantiza que los planes de salud de Medi-Cal ofrezcan un

paquete de servicios completo, conocido como Beneficios médicos esenciales (EHB). Los diez EHB incluyen las siguientes categorías de servicios: Servicios de paciente ambulatorio; Servicios de emergencia; Hospitalización; Maternidad y atención del recién nacido; Servicios de salud mental y por abuso en el consumo de sustancias, incluyendo tratamiento de salud del comportamiento, Medicamentos de receta; Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; Servicios de laboratorio; Servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas y Servicios pediátricos (incluyendo cuidado oral y de la vista). Medi-Cal cumple actualmente los requisitos para cubrir los diez EHB.

A partir de 2014, todas las personas inscritas que ya estén en Medi-Cal, así como los adultos que acaban de convertirse en elegibles, pueden recibir un conjunto más amplio de servicios de salud mental y para trastornos por uso de sustancias. Los siguientes beneficios de salud mental estarán a su disposición a través de los planes de atención administrada de Medi-Cal o del Sistema de prestación con cobro por servicio: Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (sicoterapia); Pruebas psicológicas, cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una enfermedad de salud mental; Servicios para pacientes externos con fines de vigilancia del tratamiento con medicamentos; Análisis de laboratorio como paciente externo, medicamentos, suministros y suplementos; consultas psiquiátricas; se seguirán ofreciendo los Servicios de salud mental especializados que actualmente proporcionan los planes de salud mental del condado.

Los siguientes servicios para trastornos por abuso en el consumo de sustancias también se ofrecerán a los beneficiarios de Medi-Cal elegibles: Desintoxicación voluntaria para pacientes internos; Servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos; Servicios de tratamiento residenciales; Servicios sin medicamentos y servicios para tratamiento por narcóticos para pacientes externos.

Los servicios de cuidado dental y de la vista están disponibles con ciertas limitaciones. Los servicios dentales estarán disponibles para todos los adultos a partir de mayo de 2014.

¿Cómo inscribo a mi bebé en AIM-Linked Infant and Children's Program de Department of Health Care Services (DHCS-ALICP)?

Cuando usted envíe su Formulario de inscripción para bebés, su bebé quedará inscrito en DHCS-ALICP. Su bebé recibirá atención médica, dental y de la vista a través de los proveedores de atención médica de Medi-Cal y los planes de atención médica administrada.

AIM le enviará por correo un Formulario de inscripción para bebés



Bienvenida a AIM

30 días antes de la fecha esperada del parto. El Formulario de inscripción para bebés pide la siguiente información:

1. Nombre, segundo nombre y apellido de su bebé
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Peso al nacer

Llene el Formulario de inscripción para bebés y envíelo al Programa AIM a más tardar 30 días después del parto. Envíe a AIM el formulario lleno, a la dirección anotada en el formulario. Si no recibe el Formulario de inscripción para bebés, llame al 1-800-433-2611. El Formulario de inscripción para bebés también está en la página 40 y en el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov. Después de que su bebé esté afiliado, si hay una cuota por su bebé, DHCS-ALICP comenzará a facturarle la cuota mensual de su bebé.

La cobertura de su bebé no comenzará hasta que DHCS-ALICP reciba el Formulario de inscripción para bebés requerido.

¿Cuándo comienza la cobertura de DHCS-ALICP de mi bebé?

Una vez que DHCS-ALICP reciba el Formulario de inscripción para bebés y su bebé esté afiliado, la cobertura de salud de su bebé comienza en su fecha de nacimiento. La cobertura del bebé continúa hasta que cumpla un año, dependiendo de la elegibilidad para AIM de su madre y el segundo año de cobertura del bebé puede continuar si el ingreso de la familia sigue siendo elegible.

¿En qué plan de seguro médico estará mi bebé?

Su bebé recibirá atención a través del Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal. Después del parto, DHCS proporcionará la cobertura de salud, dental y de la vista de su bebé a través de los proveedores de Medi-Cal y los planes de atención administrada. Su recién nacido recibirá servicios de **atención médica y de la vista** a través de un plan de seguro médico de Medi-Cal y servicios **dentales** a través del Programa dental Medi-Cal. Recibirá un aviso por correo sobre la forma en que su niño recibirá estos servicios después de inscribir a su bebé.

¿Qué pasa si no necesito cobertura para mi bebé a través de DHCS-ALICP?

Aunque no necesite DHCS-ALICP para su bebé, debe notificar al programa AIM del resultado de su embarazo; para hacerlo, llene el Formulario de inscripción para bebés y marque la casilla que dice “No quiero DHCS-ALICP”. Debe notificar al Programa AIM a más tardar 30 días después del final de su embarazo.

¿Alguna pregunta?

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

Servicios cubiertos para mujeres embarazadas

¿Qué servicios están cubiertos en AIM?

El Programa AIM cubre todos sus servicios médicamente necesarios desde la fecha de comienzo de cobertura en el Programa AIM hasta el final del mes después de cumplir 60 días del final de su embarazo. El Programa AIM **no puede** cubrir los servicios médicos que usted reciba después de que termine su inscripción. Si envía el Formulario de inscripción para bebés, su bebé estará cubierto por el Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de DHCS desde la fecha de nacimiento, a menos que esté inscrito en un seguro patrocinado por el empleador o Medi-Cal sin costo (como se explica en la página 2). Para ver una lista de beneficios disponibles para su bebé, lea la página 10. Mientras esté inscrita en el Programa AIM, la cobertura incluye:

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

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



Servicios de AIM, *continúa*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Medicamentos de receta	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de receta médicamente necesarios • Medicamentos inyectables, agujas, jeringas • Insulina, glucagón, sistemas de análisis y administración • Medicamentos anticonceptivos orales e inyectables, dispositivos anticonceptivos recetados 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos experimentales o de investigación • Medicamentos de patente o de venta libre • Medicamentos que no necesiten receta** • Supresores del apetito, otros medicamentos o medicinas para dietas • El plan de seguro médico puede especificar que se administren medicamentos genéricos equivalentes cuando no exista alguna contraindicación
Servicios de educación de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios funcionales, incluyendo información sobre la salud personal • Recomendaciones sobre el mejor y más eficaz uso de los servicios, organizaciones relacionadas con el plan de seguro médico • Servicios médicos relativos a la prevención del uso de tabaco y para dejar de fumar 	Ninguna
Servicios de atención médica de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia las 24 horas para enfermedades, lesiones o dolor agudo que requieran diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar poner a la afiliada en peligro de pérdida de la vida, de enfermedad grave o de discapacidad • Proporcionados dentro y fuera del área de servicio del plan de seguro médico y de las instituciones participantes 	Ninguna
Transporte médico	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia de emergencia para los servicios de emergencias al primer hospital que acepte a la afiliada para su atención • Ambulancia y servicios de transporte proporcionados mediante el sistema "911" • Transporte médicamente necesario fuera de emergencias para llevar a la afiliada de un hospital a otro hospital o instalación o a su hogar. Se requiere autorización previa del plan de seguro médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de transporte por avión, automóvil, taxi u otro medio de transporte público

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

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Equipo médico duradero	<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico apropiado para su uso en el hogar Oxígeno y equipo de oxígeno Monitores de glucosa en la sangre, bombas de insulina, suministros afines Nebulizadores, tubería, suministros afines Bolsas de ostomía, catéteres urinarios y suministros 	<ul style="list-style-type: none"> Artículos para la comodidad Suministros desechables** Equipo experimental o de investigación Baños sauna, elevadores, otros dispositivos que no sean médicos Modificaciones al hogar o el automóvil Equipo de lujo Más de una unidad de equipo que cumpla la misma función El plan de seguro médico puede determinar si rentar o comprar
Atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento de un padecimiento mental Diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI) y trastornos emocionales graves (SED) 	<ul style="list-style-type: none"> Un máximo de 30 días como paciente interno y 20 consultas como paciente externo por año de beneficios para servicios básicos de atención de salud mental (no es aplicable a SED o SMI) Días y consultas ilimitados para SED y SMI Se puede hacer ciertas sustituciones apropiadas de tratamientos residenciales, tratamiento de un día o tratamiento como paciente externo a cambio de hospitalización como paciente interno Algunos planes de seguro médico pueden decidir proporcionar sesiones de terapia de grupo
Tratamiento de abuso en el consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de educación de salud e intervención de crisis relativos al abuso en el consumo de alcohol o drogass 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente interno: Como sea médicamente apropiado para extraer las sustancias tóxicas del sistema Paciente externo: 20 consultas por año de beneficios Algunos planes de seguro médico pueden decidir proporcionar las consultas adicionales médicamente necesarias

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

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



Servicios de AIM, *continúa*

Beneficios de AIM*	Servicios para mujeres	Exclusiones y limitaciones
Enfermería especializada	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicamente necesarios prescritos por un médico o enfermera de práctica avanzada, en una instalación de enfermería especializada autorizada de un plan de seguro médico, las 24 horas del día 	<ul style="list-style-type: none"> El beneficio de enfermería especializada está limitado a 100 días por año de beneficios
Servicios médicos en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos proporcionados en el hogar por personal médico Prescritos o dirigidos por el médico titular o designatario apropiado de los planes de seguro médico 	<ul style="list-style-type: none"> No hay atención de custodia Elección de un lugar para la atención médica mutuamente conveniente a discreción del médico titular o el designatario apropiado del plan de seguro médico Los planes de seguro médico utilizan administración de casos para considerar las opciones más económicas de entorno de atención médica alternativa mutuamente apropiada
Sangre y productos de sangre	<ul style="list-style-type: none"> Procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos de sangre para paciente interno y externo Recolección y almacenamiento de sangre autóloga (autodonación) cuando sea médicamente indicado 	Ninguna
Servicios de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> Orientación y procedimientos quirúrgicos de esterilización permitidos por las leyes federales y estatales Cobertura para diafragmas y otros dispositivos aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos de acuerdo con el beneficio de medicamentos de receta. Terminación voluntaria del embarazo 	Ninguna

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

¡Su Cuadro de beneficios de salud de Medi-Cal de un vistazo!



Medi-Cal ofrece un conjunto de beneficios de salud a los que usted tiene acceso, como sea médicamente necesario:

Servicios como paciente ambulatorio

- Servicios de un médico
- Servicios en clínicas como paciente interno y externo
- Cirugía como paciente externo (Incluye servicios de un anesthesiólogo)
- Podiatría
- Servicios quiroprácticos
- Atención de alergias
- Terapias de tratamiento (Quimioterapia, radioterapia, etc.)
- Diálisis o hemodiálisis

Medicamentos de receta

- La cobertura es por lo menos la mayor de cada categoría y clase de medicamentos de la farmacopea de EE.UU. (USP)
- Las beneficiarias pueden recibir un suministro de hasta 100 días de muchos medicamentos

Servicios de emergencia

- Sala de emergencias: todos los servicios como paciente interno y externo, necesarios para el tratamiento de un padecimiento médico de emergencia, incluyendo servicios dentales, según los certifique el responsable médico u otro proveedor apropiado
- Servicios de ambulancia

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación

- Terapia física
- Equipo médico duradero
- Audífonos
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Acupuntura
- Rehabilitación cardíaca
- Rehabilitación pulmonar
- Suministros médicos, equipos, aparatos (Incluyendo dispositivos auditivos implantados)
- Ortótica y prótesis
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de una institución de enfermería especializada (90 días)

Hospitalización

- Servicios hospitalarios como paciente interno
- Servicios de un anesthesiólogo
- Servicios quirúrgicos (bariatría, cirugía reconstructiva, etc.)
- Trasplantes de órganos y tejidos

Servicios de laboratorio

- Servicios de laboratorio y radiografías como paciente externo
- Los varios procedimientos de imagen médica avanzada son cubiertos con base en su necesidad médica



<p>Maternidad y cuidado del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Cuidado en el parto y posparto • Educación para lactancia • Servicios de enfermera partera 	<p>Servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos recomendados A y B del Grupo de trabajo de servicios preventivos de Estados Unidos • Vacunas recomendadas por el Comité consultor para prácticas de inmunización • Recomendaciones de Bright Futures de HRSA • Servicios preventivos para la mujer recomendados por el Instituto de medicina • Servicios de planificación familiar • Servicios para dejar de fumar
<p>Servicios de salud mental y por abuso en el consumo de sustancias (SUD), incluyendo tratamiento de salud del comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes externos • Servicios de salud mental especializados para pacientes externos • Servicios de salud mental especializados para pacientes internos • Servicios por abuso en el consumo de sustancias para pacientes externos • Servicios de tratamiento residenciales • Desintoxicación voluntaria para pacientes internos 	<p>Servicios pediátricos, incluyendo cuidado dental y de la vista</p> <p>Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) es un beneficio de Medi-Cal para personas menores de 21 años de edad que tengan elegibilidad para Medi-Cal de alcance completo. EPSDT proporciona exámenes periódicos para determinar las necesidades de atención médica y además de los beneficios de Medi-Cal normales, un beneficiario menor de 21 años puede recibir servicios más amplios médicamente necesarios</p>
<p>OTROS:</p>	
<p>Dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales de emergencia • Dentaduras postizas • Implantes dentales y prótesis retenidas por implantes • Las mujeres embarazadas y con EPSDT reciben beneficios dentales más amplios
<p>Vista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina cada 24 meses: pruebas para anteojos o lentes de contactos de receta, prueba de deficiencia de visión • Las mujeres embarazadas y con EPSDT reciben beneficios de la vista más amplios
<p>Servicios de transporte médico que no sean de emergencia</p>	<p>Ambulancia, taxi médico o vagoneta para silla de ruedas sólo cuando el transporte público o privado ordinario no esté médicamente indicado y se requiera transporte para obtener atención médica necesaria para un beneficio de Medi-Cal</p>
<p>Servicios y respaldos a largo plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de institución de enfermería especializada (más de 91 días) • Servicios de cuidado personal • Servicios de asistencia personal autodirigidos • Community First Choice Option (Programa Opción de primera elección en la comunidad) • Servicios basados en el hogar y en la comunidad

¿Quién es elegible para el Programa AIM?

Para ser elegible para AIM, usted debe:

1. **Estar embarazada:** Usted debe estar embarazada, pero con no más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud. La fecha de la solicitud es la fecha en que la solicitud **completa** y elegible se envía al Programa AIM y esté indicada por la fecha del sello del servicio postal en el sobre de la solicitud o la documentación de otro servicio de entrega. Para contar sus semanas de embarazo cuente hacia atrás desde su fecha de parto aproximada o vaya al sitio web de AIM en <http://www.aim.ca.gov/> para usar una calculadora de embarazo y
2. **Ser residente de California:** Una persona que viva en California y con la intención de quedarse y
3. **No estar inscrita en otros programas:** Usted no debe estar recibiendo beneficios de Medi-Cal sin costo o Medicare Parte A y Parte B a la fecha de la solicitud y
4. **No tener cobertura de ningún otro plan de seguro médico:** No puede tener otro seguro médico, a menos que otro plan de seguro médico no cubra servicios de maternidad o tenga un deducible o copago sólo por maternidad mayor de \$500 en su fecha de la solicitud y
5. **Estar dentro de las pautas de ingresos de AIM:** Debe tener ingresos brutos ajustados modificados federales dentro de las pautas de ingresos de AIM. Lea sobre las pautas de ingresos en la página 11.



Planes de seguro médico

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

Cuando presente su solicitud para AIM, usted elegirá un plan de seguro médico disponible en su condado. Luego, cuando comience su cobertura de AIM, su plan de seguro médico administrará su atención médica. El plan le dirá qué médicos, parteras, grupos médicos, hospitales y otros proveedores puede usar usted y qué servicios hay disponibles. El plan le dirá cómo obtener los servicios que usted necesite. Después de que se inscriba en AIM, su bebé estará afiliado en DHCS-ALICP cuando envíe el Formulario de inscripción para bebés. Su bebé recibirá atención médica, dental y de la vista a través de los proveedores de atención médica de Medi-Cal y los planes de atención médica administrada. Su bebé no estará cubierto hasta que DHCS-ALICP reciba el Formulario de inscripción para bebés necesario (como se explicó en la página 2). Su bebé seguirá cubierto en DHCS-ALICP si en la primera Revisión anual de elegibilidad usted cumple con las pautas de ingresos de DHCS-ALICP. En la segunda Revisión anual de elegibilidad se evaluarán sus ingresos familiares para ver para qué cobertura es elegible el bebé. El programa Medi-Cal tiene un límite de ingresos más bajo que AIM.

Todos los planes de AIM ofrecen la misma cobertura médica. Las únicas diferencias entre los planes son sus opciones de proveedores y los servicios especiales que ofrecen. Para averiguar qué médicos y hospitales trabajan en un plan, llame directamente al plan. Para averiguar qué médicos y hospitales trabajan con un plan, llame al plan directamente. Para averiguar los servicios especiales que ofrece un plan, lea las descripciones del plan en las páginas 25 a 33 de este manual. Las clases de bienestar o las líneas de ayuda telefónica son ejemplos de los servicios especiales.

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



Cómo satisfacer las pautas de ingresos de AIM

Para ver si usted satisface las pautas de Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) de AIM, examinamos su declaración federal de impuestos sobre ingresos para el hogar:

1. ¿Qué son los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI)?
2. ¿De quién son los ingresos que deben contarse?
3. ¿Qué ingresos se cuentan?
4. El tamaño de la familia

1. ¿Qué son los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI)?

MAGI cuenta los ingresos y las personas de su hogar que estén anotadas en su declaración de impuestos federales. Luego, AIM compara su MAGI con el nivel federal de pobreza (FPL) para el tamaño de hogar anotado en su declaración de impuestos.

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

Para ver si usted cumple las pautas de ingresos de AIM, sólo cuente los ingresos de los miembros de la familia que están incluidos o se van a incluir en su declaración federal de impuestos sobre ingresos.

3. ¿Qué ingresos se cuentan?

Sólo anote los ingresos que anotará en su declaración federal de impuestos sobre ingresos para personas que se incluirán en esa declaración.

4. El tamaño de la familia

El Tamaño de la familia es la persona que declara impuestos más todas las personas que se espera que estén anotadas como dependientes fiscales en su declaración federal de impuestos federales. Una mujer embarazada cuenta como una persona MÁS el número de hijos que espera.

Si proporciona su Número de Seguro Social (N° de SS) o Número de identificación de contribuyente individual (ITIN), sus ingresos se verificarán electrónicamente usando los sistemas del estado y federales. Si no puede proporcionar un N° de SS/ITIN para cada persona anotada en su hogar fiscal federal, dé una prueba de sus ingresos brutos del año pasado o sus ingresos brutos actuales. Incluya una copia de la prueba con su solicitud.

Pruebas de ingresos del año pasado:

1. Declaración de impuestos federales 1040 del año pasado o,
2. Los documentos que muestren los ingresos del trabajo por su cuenta u otros, de todas las personas de su hogar fiscal federal.

Pruebas de ingresos actuales:

1. Cheque de nómina o talón de desempleo de todas las personas de su hogar fiscal federal o,

2. Una carta del empleador de todas las personas de su hogar fiscal federal o,

Lo siguiente se debe incluir en la carta o ésta no será aceptada:

- a) Carta en papel impreso con el nombre del negocio, dirección y teléfono.
- b) La fecha de la carta del empleador.
- c) Nombre del empleado.
- d) Ingresos mensuales brutos actuales del empleado de un período que haya terminado cuando mucho a 45 días de la fecha en que el programa reciba el documento.

- e) Declaración: “La información proporcionada es verdadera y correcta según lo mejor del conocimiento del firmante”.

- f) Firma y título de trabajo del personal autorizado.

Vaya a www.aim.ca.gov para encontrar una muestra de carta del empleador y haga clic en la lengüeta de descargas.

3. Otros ingresos.

Documentos para probar otros ingresos.

4. Aviso de acción Medi-Cal (NOA)

El NOA emitido después del 1° de enero de 2014 deberá incluir la cantidad de ingresos de MAGI o una hoja de cálculo de presupuesto (puede estar por separado) y debe emitirse en un plazo de dos meses a partir de la fecha de su solicitud y después del 1° de enero de 2014 y demostrar que usted no es elegible para Medi-Cal sin costo según los límites de MAGI.

5. Deduciones de ingresos

Si no puede proporcionar un N° de SS/ITIN, proporcione documentos sobre deducciones federales de impuestos sobre ingresos reclamados por manutención infantil pagada, intereses de préstamos estudiantiles pagados u otra deducción federal de ingresos tomada. Estas deducciones se restarán de sus MAGI para ver si es elegible para el Programa AIM. Envíe una prueba de cada deducción que toma su hogar fiscal federal.

¿Cumple usted con las Pautas de ingresos de AIM?

Según el hogar fiscal federal y el tamaño de la familia de ese hogar, el Programa AIM determinará si usted cumple con las pautas de elegibilidad de AIM. Si no es elegible, usted tiene otras opciones de cobertura de salud para las que pudiera ser elegible, como Medi-Cal o cobertura de Covered CA.

Si sus ingresos están por debajo de las pautas de elegibilidad de AIM, usted puede ser elegible para Medi-Cal sin costo.

Si usted no es elegible para AIM porque sus ingresos para el tamaño de su familia están por debajo de las pautas de elegibilidad de AIM, es posible que sea elegible para Medi-Cal sin costo. Enviaremos su solicitud a Medi-Cal para que determinen su elegibilidad. El programa Presumptive Eligibility (suposición de elegibilidad) está disponible para todas las mujeres cuyos ingresos familiares sean el 200% o menos de las pautas federales de ingresos. Presumptive Eligibility es un programa federal y estatal para dar acceso a la atención prenatal a las mujeres embarazadas ofreciéndoles cobertura inmediata de Medi-Cal mientras se espera una solicitud formal para Medi-Cal.

Para obtener más información sobre la Presumptive Eligibility llame al 1-800-824-0088 o visite www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/PE_Info_women.aspx.

Si sus ingresos están por encima de las pautas de elegibilidad de AIM, es posible que sea elegible para Covered CA y pueda ser elegible para créditos fiscales para ayudarle a pagar sus cuotas de Covered CA.

Si usted no es elegible para AIM porque sus ingresos para el tamaño de su familia son demasiado altos para las pautas de elegibilidad de AIM, es posible que sea elegible para Covered CA. Enviaremos su solicitud a Covered CA para que hagan una determinación de elegibilidad.

Aviso de privacidad de Medi-Cal

Las leyes federales y estatales nos exigen proporcionar la siguiente información: El Código de bienestar e instituciones, §14011 exige que el solicitante de Medi-Cal proporcione la información pedida en la solicitud. Esta información puede ser compartida con las agencias locales, estatales y federales con fines de verificación de elegibilidad y de situación migratoria de aquellas personas que deseen todo el conjunto de beneficios de Medi-Cal. (Las leyes federales dicen que el Servicio de ciudadanía e inmigración (CIS), antes conocido como Servicio de inmigración y naturalización (INS) no puede usar la información más que en caso de fraude.) También se usará para procesar reclamos de Medi-Cal y para hacer tarjetas de identificación de beneficios (BIC). Si no proporciona la información pedida puede causar que su solicitud sea rechazada.

La información solicitada en este formulario es obligatoria. La Ley de Seguridad Social, §1144(a) (1) exige los Números del Seguro Social, a menos que se esté solicitando únicamente para emergencia o beneficios relacionados con el embarazo.

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

Cómo solicitar

Quién puede solicitar

La solicitante puede ser una mujer embarazada de 18 años o mayor que solicite para ella misma o puede ser el marido de una mujer embarazada. También puede solicitar el padre natural o tutor, padre de crianza o padrastro con quien viva una menor de edad embarazada. Una menor emancipada, que no esté viviendo en la casa de uno de sus padres biológicos o adoptivos, un tutor legal, padre de crianza o padrastro también pueden ser solicitantes.

Cómo solicitar

Llene la solicitud de las páginas A1 a A4 y envíela por correo, junto con los N° de SS/ITIN. Si usted no anotó los N° de SS/ITIN en la solicitud, envíela junto con la prueba de sus ingresos para los miembros del hogar fiscal.

¿Cuándo comienza la cobertura de AIM?

Si su solicitud está completa, AIM la procesará a más tardar en 10 días calendario después de recibirla. Si su solicitud no está completa, se le avisará por escrito de lo que falta y AIM también le llamará para solicitar la información que falte. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a AIM Program al 1-800-433-2611. Toda la ayuda es gratuita. Su solicitud completa y elegible debe tener matasellos de antes del final de su semana número 30 de embarazo.

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

Si usted no es elegible, recibirá una carta que le indicará el motivo.

Una vez que esté inscrita, recibirá un folleto de Prueba de cobertura (EOC) y una tarjeta de seguro del plan de seguro médico que haya elegido. **Es IMPORTANTE que usted lea el folleto EOC del plan para que entienda los beneficios, exclusiones, limitaciones y los términos del acuerdo entre usted y el plan de seguro médico. Si usted no recibe su tarjeta de seguro a más tardar 10 días después de su inscripción en AIM, por favor llame a su plan de seguro médico directamente.**



¿Cuánto tiempo puede estar inscrita en AIM?

¿Cuándo terminará su cobertura?

Si usted está inscrita, el Programa AIM proporcionará servicios completos de atención médica durante su embarazo y proporcionará cobertura hasta el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo. El Programa AIM es sólo para un embarazo a la vez y no puede cubrir servicios recibidos después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la terminación de su embarazo.

¿Qué tiene que hacer en cuanto nazca su bebé?

AIM le enviará por correo un Formulario de inscripción para bebés 30 días antes de la fecha esperada del parto y usted tendrá que llenarlo y devolverlo. También puede usar el Formulario de inscripción para bebés de la página 40. Si usted tiene a su bebé de forma anticipada o no desea inscribir a su bebé para que tenga cobertura pública, debe notificar al Programa AIM a más tardar 30 días después de terminado su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que usted reciba después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.

¿Qué pasa si tiene un embarazo difícil?

El Programa AIM le proporcionará servicios completos de atención médica para su embarazo en un esfuerzo para ayudarlo. AIM comprende que a veces las mujeres tienen embarazos difíciles y lamenta las dificultades que usted sufra. Si usted sigue embarazada después de su fecha de comienzo de cobertura, el Programa AIM proporcionará servicios completos de atención médica durante su embarazo y hasta el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que usted reciba después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.

El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo. Usted debe avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días de la fecha en que terminó su embarazo.

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

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

Debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la terminación de su embarazo, incluso si tuvo una terminación temprana de embarazo. Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 42. **Si el aviso para el programa se recibe después de la fecha de comienzo de la cobertura, deberá presentar algún documento de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo.**

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

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

Debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de terminado su embarazo, de la fecha en que ya no estaba embarazada. El Programa AIM **no puede** cubrir los servicios médicos que usted reciba después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.

Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 42 para informar a AIM que su embarazo terminó. Si usted quiere que se le considere para una reducción de la contribución de la afiliada, deberá enviar documentación de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo.

¿Cómo avisar a AIM?

Debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la fecha en que terminó su embarazo.

Envíe su carta por correo o fax a:

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

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

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

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

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

Deberá proporcionar la siguiente información o el reclamo no será aceptado:

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

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

Envíe su pedido por correo o fax a:

AIM Program

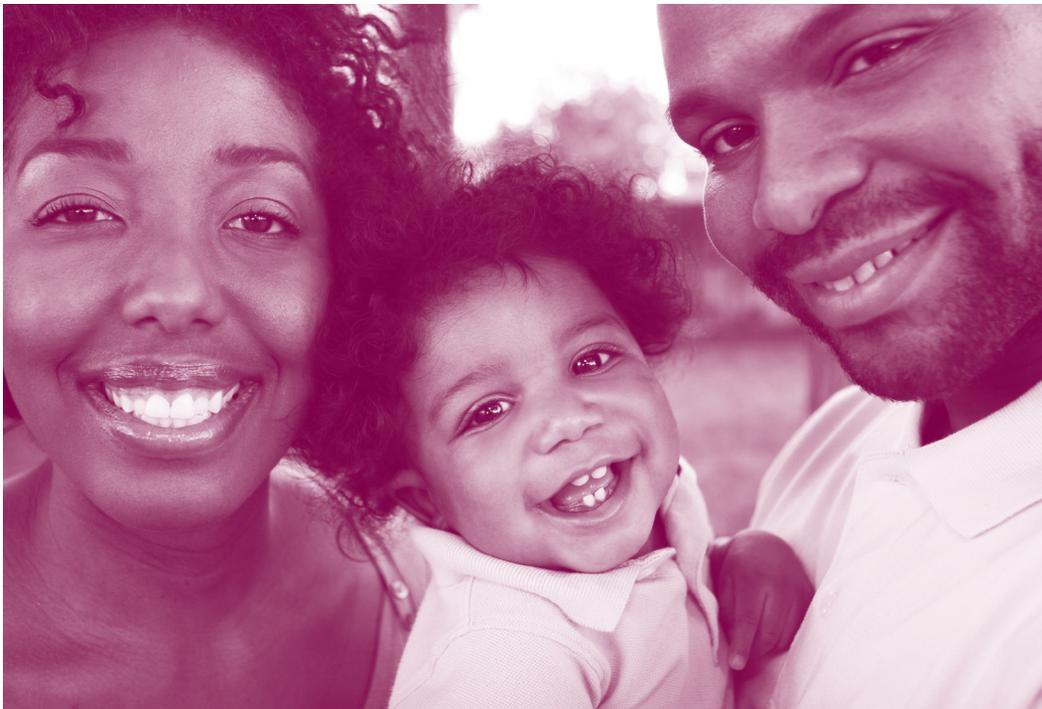
P.O. Box 15559

Sacramento, CA 95852-0559

Fax: 1-888-889-9238

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

El Programa AIM **no puede** cubrir los servicios médicos que usted reciba después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.



Cómo pagar su cobertura de AIM

¿Cuánto costará AIM?

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

- Su costo total será exactamente 1.5% de sus MAGI. **Éste es un costo total, no una cuota mensual**
- Puede pagar su costo del 1.5% cuando envíe su solicitud o puede hacer pagos mensuales durante un año. Le daremos un descuento de \$50 si envía su costo total del 1.5% con su solicitud.

Su 1.5% de MAGI la cubre durante su embarazo y le da cobertura hasta el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que usted recibió después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.

Cómo pagar AIM

El costo total es el 1.5% de MAGI. Usted no tiene que pagar todo junto. El Programa AIM dividirá el costo total en 12 mensualidades para usted. Usted recibirá estados de cuenta mensuales en cuanto sea aceptada al Programa AIM. Usted es responsable de hacer sus pagos mensuales aunque no reciba su estado de cuenta mensual. Los pagos deben recibirse a más tardar el día 1° de cada mes. **Envíe por correo sus pagos a:**

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

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

Por favor recuerde que es muy importante que no se retrase en sus pagos. Esto podría perjudicar su crédito. Si usted no paga a tiempo, se le enviarán recordatorios. Si se retrasa más de 90 días, usted será reportada a las agencias de información de crédito. Esto podría perjudicar su capacidad para obtener crédito en el futuro, cuando compre un automóvil o una casa o cuando solicite una tarjeta de crédito. Si la cuenta se paga totalmente y se paga tarde, el registro de la agencia que informa de crédito se actualizará pero seguirá reflejando que se hizo un pago tardío.

Los reglamentos del estado prohíben que algún proveedor de atención médica o entidad del gobierno



pague este costo por usted. No obstante, un gobierno tribal indígena de California reconocido federalmente puede hacer las contribuciones requeridas a la afiliada a nombre de una miembro de la tribu.

Usted debe pagar por AIM aún si cancela su cobertura

Es su responsabilidad pagar el total de su costo del 1.5%, aún si cancela AIM para usted misma el día que comience su cobertura o después. Esto también se aplica si tiene complicaciones con su embarazo o si su embarazo termina en su primer día de cobertura o después o si decide no usar los servicios que le ofrece el programa.

No obstante, si su embarazo termina dentro del primer trimestre y el Programa AIM recibe documentación, la cantidad de su contribución de la afiliada podría reducirse a una tercera parte del costo original. Tiene que avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días a partir de la terminación de su embarazo. Usted puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 42 o puede usar un formato diferente siempre y cuando contenga la misma información. El Programa AIM le notificará si el costo se redujo y le reembolsará todo pago en exceso.

El costo de 1.5% que paga es una pequeña parte de la cantidad que paga el estado por su cobertura médica.

Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA: Esta sección nos da la información básica acerca de la mujer embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Si usted no tiene un Número de Seguro Social o Número de identificación de contribuyente individual todavía puede ser elegible para los beneficios. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, inicial	Nº de SS o Nº de contribuyente individual (si lo tiene)	Fecha de nacimiento
Domicilio (No aceptamos P.O. Box)		Nº de unidad o apto.	Teléfono ()
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Fecha esperada del parto (obligatoria)	¿Cuántos bebés espera?	¿Usted o alguien en su hogar fuma? SÍ/NO	

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES DE FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:

Apellido	Nombre		
Dirección o P.O. Box	Nº de unidad o apartamento		
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

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

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

SECCIÓN 2

Información de la mujer embarazada	
¿Tiene usted seguro médico en el momento de la solicitud? SÍ/NO	¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO
Si es aplicable ¿cuál es la cantidad en dólares de su deducible o copago sólo por maternidad? \$ _____	

*Es posible que las solicitantes puedan tener otro plan de seguro médico y sigan siendo elegibles para AIM, si el otro plan tiene un deducible o copago sólo por maternidad mayor de \$500 o no cubre maternidad.

SELECCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO: (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Vaya a la página 21 de esta solicitud para ver cuáles planes de salud de AIM están disponibles en su condado. A partir de la página 25 encontrará una descripción de cada plan de seguro médico para que la revise.	
Plan de seguro médico seleccionado:	
Grupo médico o proveedor seleccionados:	Código del proveedor:



Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 3

TAMAÑO DE LA FAMILIA e INGRESOS FAMILIARES: Esta sección nos dará información sobre el tamaño e ingresos de la familia de la mujer embarazada.

Parte A: Para que la solicitante llene por el padre del niño por nacer. **Sólo** llene esta sección si el padre del niño por nacer está viviendo con la mujer embarazada y está casado con ella y es parte del hogar fiscal federal.

Nombre del padre del bebé		Fecha de nacimiento
¿Está casado con la mujer embarazada? SÍ/NO	¿Usted es parte de su hogar fiscal federal? SÍ/NO	Número de Seguro Social o Número de identificación de contribuyente individual (si lo tiene)

Parte B	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4	Miembro del hogar 5
Nombre de la persona del hogar fiscal federal (*F o D y N° de miembro)	(Nombre, apellido)				
Parentesco con la mujer embarazada					
N° de Seguro Social o N° de identificación de contribuyente (si lo tiene)					
Ingresos actuales					
¿Trabaja actualmente? SÍ/NO					
Nombre del empleador					
Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)					
¿Cuánto recibe de ingresos? (ingresos brutos totales)					
Ingresos del trabajo por su cuenta					
¿Trabaja por su cuenta? SÍ/NO					
Tipo de negocio del trabajo por su cuenta					
Cantidad de ingresos netos del trabajo por su cuenta					
Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)					
Otros ingresos no mencionados arriba					
¿Tiene otros ingresos? Sí/No (ingresos que no son de un trabajo)					
Tipo de ingresos					
Cantidad de ingresos brutos					
Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)					
Información sobre los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) y la composición del hogar					
¿Declaró impuestos el año anterior? Sí o No					
¿Usted fue el declarante principal? Sí o No					
Si declaró impuestos el año anterior, ¿cómo declaró? Jefe de la familia, soltero; casado presentando en forma conjunta o por separado o dependiente					
¿Va a declarar impuestos por el año de beneficios? Sí o No					
Si es sí, ¿cómo declarará? Jefe de la familia, soltero; casado presentando en forma conjunta o por separado o dependiente					

*Indique si la persona del hogar fiscal es declarante de impuestos o dependiente. F=Declarante de impuesto D=Dependiente. Si anotó una D, indique el número del miembro del hogar que le anotó como dependiente. **Si hay más de 5 personas en el hogar, agregue los nombres un una hoja de papel por separado**



Solicitud para Acceso para bebés y madres

Lea la página 11 para obtener más información sobre deducciones de impuestos federales

<p>¿La mujer embarazada paga manutención infantil? SÍ o NO Si es sí, ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia la mujer embarazada recibe o paga esta deducción? <input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿La mujer embarazada paga intereses por préstamos estudiantiles? SÍ o NO Si es sí ¿cuánto paga? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia la mujer embarazada recibe o paga esta deducción? <input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿La mujer embarazada tiene alguna otra deducción federal? SÍ o NO \$ _____ Si es sí, indique la frecuencia</p>	<p>¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga manutención infantil? SÍ o NO Si es sí, ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia el padre del bebé recibe o paga esta deducción? <input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga intereses por préstamos estudiantiles? SÍ o NO Si es sí ¿cuánto paga? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia el padre del bebé recibe o paga esta deducción? <input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿El padre del bebé tiene alguna otra deducción federal? SÍ o NO \$ _____ Si es sí, indique la frecuencia</p>
--	--

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

1. Consultorio médico	6. Oficina del gobierno	11. TV o Radio
2. Clínica comunitaria	7. 1-800-BABY-999	12. Feria de salud o evento comunitario
3. Periódico	8. Empleador	13. Agente de seguros
4. Internet	9. Escuela o iglesia	14. Covered CA
5. Hospital	10. Amigo o pariente	15. Otro (especifique) _____

SECCIÓN 4

DECLARACIONES DE LA MUJER EMBARAZADA

Declaro que:

- Si mi solicitud no es elegible para AIM, entiendo que enviarán mi solicitud al condado para una determinación de Medi-Cal o a Covered CA para una determinación.
- Entiendo que mi cobertura del Programa AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo.
- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud.
- Vivo en el estado de California y tengo la intención de quedarme.
- No se me ha reembolsado y ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi contribución de la afiliada, a 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 **sólo por maternidad** de más de \$500 a través de mi otro plan de seguro.
- No estoy inscrita en Medi-Cal sin costo ni a Medicare Parte A y Parte B al momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de AIM de cualquier plan de seguro médico participante en AIM en el que esté inscrita.
- Obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- Acepto pagar la contribución de la afiliada requerida, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de la afiliada.



Solicitud para Acceso para bebés y madres

SECCIÓN 5

AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

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

Aviso de privacidad

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

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

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

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

Entiendo que la cobertura de AIM es secundaria a mi otro seguro médico, lo que significa que AIM sólo pagará por beneficios que no estén cubiertos por mi otro seguro médico. **Avisare inmediatamente a mi plan de seguro médico de AIM que tengo otro seguro médico, para que el plan de AIM coordine mis beneficios.**

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

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

Nota: Si usted es inscrita, la cobertura de AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días después del final del embarazo.

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal: Access for Infants and Mothers Program P.O. Box 15559 Sacramento, CA 95852-0559	Dirección para envíos por servicios de mensajería: (Fed-Ex, etc.) Access for Infants and Mothers Program 625 Coolidge Drive Suite 100 Folsom, CA 95630
--	--

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

Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes de cumplir las 30 semanas de embarazo, para que se le considere para el programa de AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud de un día para otro a través de Fed-Ex, el Servicio postal nacional, etc.



Lo que tiene que saber después de afiliarse

Cómo cambiar su dirección

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

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

Si consigue otro seguro

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

Cómo cambiar a otro plan de seguro médico dentro de AIM

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

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

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

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

2. Usted o su plan de seguro médico pueden hacer el pedido porque ustedes dos no tienen una buena relación. Estos pedidos serán aprobados solamente si

el cambio es conveniente para el programa. Deberá haber otro proveedor de AIM disponible en el área donde usted vive.

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

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

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

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

Cómo se puede cancelar su afiliación

Se cancelará su inscripción si:

1. Usted escribe al Programa AIM y pide que se cancele su cobertura. Si hace su pedido el primer día en que esté inscrita en AIM o después, todavía tendrá que pagar el costo de 1.5%.
2. Usted ya no vive en California. Usted debe escribir al Programa AIM a más tardar 30 días antes para avisarles de la mudanza.
3. Usted comete fraude contra el Programa AIM. Esto incluye dar información falsa en su solicitud.
4. Usted ya no está embarazada después de su fecha de comienzo de la cobertura. Su cobertura AIM no comenzará. Tiene que avisar a AIM a más tardar 30 días después de la terminación de su embarazo. Si el aviso para el programa se recibe después de la fecha de comienzo de la cobertura, deberá presentar algún documento de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo. Puede usar el Formulario de terminación temprana de embarazo de la página 42. Consulte los detalles en la página 14. El Programa AIM no puede cubrir ningún servicio médico que usted reciba si usted ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de cobertura de AIM.
5. Su inscripción se cancelará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo. Usted debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de terminar su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos que reciba si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura en AIM.



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

Inscripción de su bebé en DHCS-ALICP

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

1. Nombre, segundo nombre y apellido de su bebé
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Peso al nacer

Llene el Formulario de inscripción para bebés y envíelo al Programa AIM a más tardar 30 días después del parto. Envíe esta información a AIM a la dirección anotada en el formulario. Si no recibe el Formulario de inscripción para bebés, llame al 1-800-433-2611. El Formulario de inscripción para bebés también está en la página 40. Después que su bebé esté inscrito, el departamento de facturas mensuales de Medi-Cal for Families comenzará a facturar la cuota mensual de su bebé, si su bebé tiene una.

La cobertura de su bebé no comenzará *hasta que DHCS-ALICP reciba el Formulario de inscripción para bebés requerido.*

Aviso a AIM que terminó su embarazo

Usted debe avisar al Programa AIM a más tardar en 30 días de la fecha en que terminó su embarazo, enviando el Formulario de inscripción para bebés.

Envíe su carta por correo o fax a:

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

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

Apelaciones de elegibilidad

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

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

Envíe por correo su apelación a:

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



Cobertura médica del empleador

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

Es una infracción de la ley que un empleador 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 empleador cobre más dinero a una empleada o que 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 empleador recomiende o haga los arreglos para que un empleado individual o su dependiente solicite el Programa AIM con el fin de separar al empleado o su dependiente de la cobertura médica colectiva pagada por el empleador. Esta estipulación es aplicable bajo la Sección 95 del Código laboral de California y puede tener como consecuencia sanciones para el empleador.

Las leyes de California también establecen que es una práctica laboral injusta cambiar la proporción del costo compartido entre empleado y empleador o hacer cualquier otra modificación a la cobertura de atención de maternidad para los empleados o dependientes de empleados, que cause la inscripción de los empleados o los dependientes de los empleados 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 empleador.

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

Acceso para discapacitados

Acceso físico

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

Acceso para quienes tienen problemas de audición

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

Acceso para quienes tienen problemas de la vista

Esta solicitud estará disponible en formatos alternos para las personas con problemas de la vista. Hay formatos disponibles en letras grandes. Nuestros representantes de servicio al cliente de AIM están a sus órdenes por teléfono para explicar todos los aspectos de los requisitos de AIM y la inscripción a 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 elegible será, con base en su discapacidad, excluida de participar, ni se le negaran los beneficios, ni será sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal.

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

Quejas acerca del acceso para discapacitados

Si cree que 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 a la siguiente dirección:

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

Proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico

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

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

¿Qué es el arbitraje obligatorio?

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

disputa que pudiera tener con el plan de seguro. La persona neutral toma una decisión después de revisar y escuchar todos los hechos de ambas partes. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

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

- Anthem Blue Cross EPO y HMO: Sí (incluye negligencia médica)
- Santa Bárbara CenCal Health: Sí (incluye negligencia médica)
- Central California Alliance for Health: No
- Contra Costa Health Plan: No
- Health Plan of San Joaquin: Sí (incluye negligencia médica)
- Kaiser Permanente: Sí (incluye negligencia médica)
- Ventura County Health Care Plan HMO: 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 de beneficios debe presentarse a MRMIB por escrito a más tardar sesenta (60) días calendario después de la decisión del plan. La apelación debe incluir lo siguiente:

- Una copia de cualquier decisión que usted apele o una declaración por escrito de la acción o inacción que usted apele;
- 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 anterior serán devueltas. Usted podrá volver a presentar la apelación completa a más tardar sesenta (60) días calendario después del rechazo del plan o a más tardar veinte (20) días calendario después de recibir la apelación devuelta, la fecha que sea más tarde.

Envíe su apelación por correo o FAX a:

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



Aviso de privacidad del Programa AIM

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

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

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

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

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

Sus derechos sobre la manera como se usa su información personal

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 las operaciones normales y la administración. También tiene derecho a obtener una copia o pedir un cambio a la información personal que proporcionó al Programa

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

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

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

Las afiliadas nuevas 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 Anthem Blue Cross EPO. Por favor consulte la descripción de Anthem Blue Cross EPO en la página 25.
Recuerde que el plan de seguro médico que usted elija será el plan con el que usted se quede durante todo su embarazo.
2. Lea las descripciones de los planes de seguro médico que comienzan en la página 25. Las descripciones incluyen números telefónicos.
3. Visite nuestro sitio web en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp para ver los proveedores ginecólogos y obstetras en su condado o llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, para obtener más información acerca de los proveedores disponibles.

Planes de seguro médico de AIM disponibles en cada condado

Alameda

Anthem Blue Cross HMO

Alpine

Anthem Blue Cross EPO

Amador

Anthem Blue Cross EPO

Butte

Anthem Blue Cross EPO

Calaveras

Anthem Blue Cross EPO

Colusa

Anthem Blue Cross EPO

Contra Costa

Contra Costa Health Plan
Kaiser Permanente Northern California

Del Norte

Anthem Blue Cross EPO

El Dorado

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

Fresno

Anthem Blue Cross HMO

Glenn

Anthem Blue Cross EPO

Humboldt

Anthem Blue Cross EPO

Imperial

Anthem Blue Cross EPO

Inyo

Anthem Blue Cross EPO

Kern

Anthem Blue Cross HMO

continúa



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

Kings

Anthem Blue Cross EPO

Lake

Anthem Blue Cross EPO

Lassen

Anthem Blue Cross EPO

Los Angeles

Anthem Blue Cross HMO
(EXCEPTO Catalina Island)

Madera

Anthem Blue Cross EPO

Marin

Anthem Blue Cross EPO
Kaiser Permanente Northern California

Mariposa

Anthem Blue Cross EPO

Mendocino

Anthem Blue Cross EPO

Merced

Anthem Blue Cross EPO

Modoc

Anthem Blue Cross EPO

Mono

Anthem Blue Cross EPO

Monterey

Central California Alliance for Health

Napa

Anthem Blue Cross EPO
Kaiser Permanente Northern California
(cobertura sólo en estos códigos postales: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599)

Nevada

Anthem Blue Cross EPO

Orange

Anthem Blue Cross EPO

Placer

Anthem Blue Cross EPO
Kaiser Permanente Northern California
(cobertura sólo en estos códigos postales: 95602-04, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765)

Plumas

Anthem Blue Cross EPO

continúa

Riverside

Anthem Blue Cross HMO

Kaiser Permanente Southern California

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

Sacramento

Anthem Blue Cross HMO

San Benito

Anthem Blue Cross EPO

San Bernardino

Anthem Blue Cross HMO

Kaiser Permanente Southern California

(cobertura sólo en estos códigos postales: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427)

San Diego

Anthem Blue Cross EPO

San Francisco

Anthem Blue Cross HMO

San Joaquin

Health Plan of San Joaquin

Kaiser Permanente Northern California

San Luis Obispo

Anthem Blue Cross EPO

San Mateo

Kaiser Permanente Northern California

Santa Barbara

CenCal Health

Santa Clara

Anthem Blue Cross HMO

Santa Cruz

Anthem Blue Cross EPO

Shasta

Anthem Blue Cross EPO

Sierra

Anthem Blue Cross EPO

Siskiyou

Anthem Blue Cross EPO

Solano

Kaiser Permanente Northern California

Sonoma

Anthem Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

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

continúa



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

Stanislaus

Health Plan of San Joaquin

Sutter

Anthem Blue Cross EPO

Tehama

Anthem Blue Cross EPO

Trinity

Anthem Blue Cross EPO

Tulare

Anthem Blue Cross EPO

Tuolumne

Anthem Blue Cross EPO

Ventura

Anthem Blue Cross EPO
Ventura County HCP HMO

Yolo

Anthem Blue Cross EPO

Yuba

Anthem Blue Cross EPO

Descripciones de los planes de seguro médico de AIM

Anthem Blue Cross of California

Anthem Organización de proveedores exclusivos (EPO)

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 7 p.m.

Quién puede inscribirse en Anthem Blue Cross EPO Plan

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

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

Puntos importantes del plan

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

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

Proveedores del plan

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

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

Cómo funciona el plan

Cómo afiliarse

Sólo escriba "Anthem Blue Cross EPO Plan" en la sección "Opción de plan de seguro médico" de la solicitud de AIM. No tiene que elegir grupo médico, proveedor ni código de proveedor.

Una vez que sea aceptada

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

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

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

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

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



Anthem Blue Cross of California



Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Número de servicio al cliente: 1-877-687-0549, TDD: 1-888-757-6034 (español e inglés)
De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 7 p.m.

Quién puede unirse a Anthem Blue Cross HMO Plan

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

Puntos importantes del plan

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

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

Proveedores del plan

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

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

Cómo afiliarse

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

Una vez que sea aceptada

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

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

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

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

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

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

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

Programa AIM de CenCal Health

Programa AIM de CenCal Health

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

Quién puede inscribirse en el Programa AIM de CenCal Health

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

Puntos importantes del plan

Confianza

Las afiliadas del **Programa AIM de CenCal Health** 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 Santa Bárbara. Desde nuestra creación en 1983, pagamos y hacemos los arreglos para los servicios de atención médica en el condado de Santa Bárbara. Usted puede confiar en nuestro dedicado personal.

Beneficios especiales

Como afiliada de **Programa AIM de CenCal Health**, usted recibirá estos beneficios especiales gratuitos:

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

Proveedores del plan

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

Cómo afiliarse

Sólo escriba: "**Programa AIM de CenCal Health**" en la sección "Selección de plan de seguro médico" de la solicitud de AIM.

Una vez que sea aceptada: Cómo iniciar la atención

Su tarjeta del plan de seguro médico

Una vez que esté inscrita y después que haya elegido un ginecólogo obstetra, usted recibirá una tarjeta de identificación del **Programa AIM de CenCal Health**. Presente su tarjeta siempre que vaya al médico.

Su ginecólogo obstetra como su Proveedor personal

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

En caso de emergencia

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

Si necesita asistencia

Sólo tome el teléfono, llame gratis al 1-877-814-1861 y elija el Programa AIM. Usted hablará con un representante que:

- Le explicará los beneficios del Programa AIM.
- 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 del **Programa AIM de CenCal Health**. También tome en cuenta que a partir del 1° de enero de 2014, su cobertura de AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo.



Central California Alliance for Health



Programa AIM de Alliance Care

Servicios a los miembros: 1-800-700-3874. Se habla español.

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

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

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

Puntos importantes del plan

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

Entre los beneficios especiales se incluye:

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

Proveedores del plan

Con más de 1,000 médicos y especialistas y todos los hospitales locales en nuestra red, usted recibe la atención que necesita una ubicación conveniente para usted.

Cómo afiliarse

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

Una vez que sea aceptada: Cómo iniciar la atención

Tarjeta de identificación

Una vez que usted esté inscrita y haya seleccionado un ginecólogo obstetra como su proveedor personal (PCP), le enviaremos una tarjeta de identificación. Su tarjeta de identificación tendrá impreso el nombre de su proveedor

personal. Usted tendrá que mostrar esta tarjeta de identificación cuando necesite atención médica o vaya a la farmacia. También le enviaremos una Prueba de cobertura, que explica sus beneficios y un Directorio de proveedores, que contiene una lista de proveedores de nuestra red.

Su proveedor personal

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

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

Examen de paciente nueva

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

Atención de emergencia

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

Información importante

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

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

Contra Costa Health Plan



1-877-661-6230 Servicios a los miembros (oprima 2) Comercialización (oprima 6)

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

925-313-6000 www.contracostahealthplan.org

Quién puede inscribirse en Contra Costa Health Plan (CCHP)

CCHP está a disposición de las mujeres embarazadas que viven en el condado de Contra Costa y cumplen con los requisitos de elegibilidad de AIM.

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 con clasificación federal.

Prestamos servicios a más de 120,000 personas y cumplimos con los más altos estándares de atención.

Nuestras afiliadas tienen los beneficios de:

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

Proveedores del plan

CCHP ofrece dos “redes de proveedores” para que usted elija: Nuestra Red de centros médicos regionales (RMCN) ofrece atención primaria y acceso a la atención especializada a través de ocho Centros de salud y el hospital más nuevo de la región, el Contra Costa Regional Medical Center. Las afiliadas seleccionarán el centro de salud más conveniente y un médico personal y ginecólogo obstetra que trabajen en ese centro de salud. Los servicios preventivos, de rutina y especializados serán coordinados para la afiliada.

El otro grupo de proveedores es la Red de proveedores comunitarios (CPN) de CCHP. Cuando seleccione un médico personal de CPN, el proveedor de ginecología u obstetricia también deberá ser de esta red. La atención hospitalaria la proporcionará cualquier hospital con el que tenga contrato el médico.

Cómo afiliarse

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

Una vez que sea aceptada: Cómo iniciar la atención

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

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

Información importante

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



Health Plan of San Joaquin



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

Inglés, español, hmong, vietnamita y camboyano

¿Quién puede inscribirse en Health Plan of San Joaquin (HPSJ)?

Si vive en el condado de Stanislaus o el condado de San Joaquin y es elegible para el Programa AIM ¡ahora puede inscribirse en Health Plan of San Joaquin!

Puntos importantes del plan

En Health Plan of San Joaquin, usted tendrá acceso a la atención médica de calidad, de manera oportuna, atenta y sensible culturalmente. Cuando se una a HPSJ, usted tendrá:

- **Acceso**
Puede elegir entre muchos médicos, hospitales y farmacias cerca de donde usted vive y trabaja. Con HPSJ, usted tendrá acceso a la mayoría de las farmacias del área, incluyendo farmacias de vecindario y cadenas reconocidas, como Walgreen's, Rite-Aid, CVS, Save-Mart, Target y Wal-Mart.
- **Información de salud**
Puede hablar con una enfermera consejera por teléfono las 24 horas del día. También ofrecemos una audioteca aprender más sobre paternidad, qué esperar durante su embarazo y muchos otros temas relacionados con la salud. Además ¡le enviaremos boletines informativos para mantenerle al corriente sobre los temas de atención médica más recientes!
- **Servicio personalizado**
HPSJ está ubicado convenientemente en el Valle central y a sólo una llamada telefónica. Puede recibir ayuda con la solicitud o reunirse con un representante de nuestro Departamento de servicios al cliente para hablar de sus beneficios.

Proveedores del plan

Como inscrita en HPSJ, usted podrá elegir entre muchos médicos y hospitales de los condados de San Joaquin y Stanislaus. Con HPSJ, su médico personal puede enviarle a hospitales, con atención especializada como paciente interno disponible a través de asociaciones con hospitales en el Valle central y el Área de la bahía.

Para obtener un directorio completo de proveedores de AIM, visite el sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp o llame a nuestro Departamento de servicios al cliente al 1-888-936-PLAN (7526).

Cómo afiliarse

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

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

Cómo recibir atención

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

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

La atención de emergencia es un beneficio cubierto. Si tiene preguntas sobre los servicios fuera de emergencias, usted puede llamar a su médico personal o a Healthreach, el programa de consejos de enfermería de HPSJ, disponible las 24 horas del día. Si tiene alguna emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si no está segura de tener una emergencia, llame a su médico personal. También puede llamar a la Enfermera consejera las 24 horas del día, 7 días a la semana. La consejera la ayudará a decidir la mejor manera de recibir tratamiento y si tendrá que ir a la sala de emergencias.

Información importante

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

¿Sabía usted que..?

¡Health Plan of San Joaquin también participa en el Programa Medi-Cal! Si usted o su familia son elegibles para Medi-Cal, puede elegir Health Plan of San Joaquin en los condados de Stanislaus y San Joaquin. ¡Llámenos hoy mismo para conocer más! 1-888-896-PLAN (7526).

Kaiser Permanente Northern California



KAISER PERMANENTE®

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

Las 24 horas del día (excepto días feriados)

Quién puede inscribirse en Kaiser Permanente Northern California

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

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

Y en partes de los siguientes condados:

- El Dorado
- Placer
- Napa
- Sonoma

Puntos importantes del plan

¡Felicidades! Le deseamos lo mejor en estos momentos tan especiales. Muchas gracias por considerar 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 al ginecólogo obstetra
- Virtualmente sin papeleo (excepto por los servicios de emergencias recibidos en establecimientos fuera del plan)
- Los representantes de servicios al cliente del plan de seguro médico están disponibles por teléfono y en nuestros establecimientos para responder a sus preguntas acerca de los beneficios y servicios.

Proveedores del plan

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

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

Cómo afiliarse

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

Cómo comenzar

Una vez que esté inscrita, 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 cobertura, usted tendrá acceso inmediato a los beneficios y servicios del área de Kaiser Permanente Northern California. En ese momento, le aconsejamos que haga una cita prenatal y elija un médico personal. Para hacer una cita o para pedir un Directorio de instalaciones médicas, solamente llame a su instalación médica elegida.

Información importante

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

Cobertura de seguro médico para los años por venir

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



Kaiser Permanente Southern California



KAISER PERMANENTE®

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

Las 24 horas del día (excepto días feriados).

Quién puede inscribirse en Kaiser Permanente Southern California

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

- Riverside
- San Bernardino

Puntos importantes del plan

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

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

Beneficios fáciles de usar

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

Proveedores del plan

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

Cómo afiliarse

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

Cómo comenzar

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

Información importante

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

Cobertura de seguro médico para los años por venir

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

Ventura County Health Care Plan HMO



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

Quién puede inscribirse en Ventura County Health Care Plan

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

Puntos importantes del plan

Como inscrita en Ventura County Health Care Plan AIM, usted tiene acceso a un programa completo que ofrece el beneficio que usted necesita para un embarazo saludable:

- Administración de casos para su embarazo de alto riesgo a cargo de una enfermera titulada.
- Programas de bienestar, como orientación dietética y programa para dejar de fumar.
- Boletín informativo con artículos acerca de dietas, ejercicio y prevención de enfermedades.
- Cómoda opción de pedidos por correo para surtir sus recetas de mantenimiento. Medicamentos de receta prenatales sin copago.
- La oficina administrativa del plan está ubicada en el condado de Ventura y cuenta con representantes de servicios al afiliado amables, dispuestos a ayudarla y bilingües: hablan español e inglés.
- Amplia red de médicos personales y especialistas certificados por la junta médica, entre los que se encuentran proveedores obstétricos para embarazos de alto riesgo.
- Acceso a instalaciones de atención de urgencias y atención de emergencia; localmente y en todo el país.

Proveedores del plan

Los consultorios de los médicos personales de Ventura County Health Care Plan que ofrecen atención prenatal están convenientemente ubicados en Newbury Park, Oxnard, Ventura, Simi Valley, Thousand Oaks, Santa Paula, Moorpark, Camarillo, Ojai, Fillmore y Piru. Entre nuestros consultorios de atención primaria, se encuentran las Clínicas de Atención Ambulatoria, Ventura County Medical Center, todas las sucursales de las Clínicas Del Camino Real, Inc. y varios consultorios médicos privados.

Nuestros hospitales principales son Ventura County Medical Center y Santa Paula Hospital. También tenemos contratos con St. John's Regional Medical Center, en Oxnard; John's Pleasant Valley Hospital y Simi Valley Hospital. Para Obtener un directorio completo de proveedores de AIM, que incluya obstetras, por favor comuníquese con nuestro Departamento de servicios a los miembros al número de arriba.

Cómo afiliarse

Todo lo que tiene que hacer es escribir "Ventura County Health Care Plan" en la sección "Opción de plan de seguro médico" de la solicitud de AIM. Luego, seleccione su proveedor de Ventura County Health Care Plan del sitio web de AIM en www.aim.ca.gov/Home/?lang=es y escriba su elección bajo "Opciones de proveedor" y el código de proveedor en el cuadro "Código de proveedor". También puede llamar a nuestro Departamento de servicios a los miembros al número de arriba. Por favor elija un proveedor ubicado en la ciudad donde vive o a no más de 15 millas de su casa.

Una vez que sea aceptada; cómo iniciar la atención

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

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

Información importante

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

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

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



Preguntas frecuentes

- 1. ¿Qué hago si mis ingresos están por debajo de las pautas de AIM?**
Si sus ingresos están por debajo de las pautas de AIM, tal vez sea elegible para Medi-Cal sin costo. El Programa AIM enviará la solicitud al Departamento de servicios sociales cerca de usted, para una determinación de elegibilidad de Medi-Cal.
- 2. ¿Qué es una solicitud completa?**
Una solicitud completa incluye copias de todos los documentos requeridos, si en la solicitud no ha proporcionado los N° de SS o ITTN de todos los miembros del hogar fiscal federal y debe llenar completamente el formulario de solicitud, incluyendo las firmas.
- 3. ¿Puedo enviar por fax mi solicitud?**
Sí, usted puede enviar por fax su solicitud al 1-888-889-9238, el número de fax es gratuito.
- 4. ¿Puedo enviar copias de la solicitud?**
Sí, puede usar una copia de la solicitud. Además, envíe copias válidas de sus documentos de ingresos en lugar de los originales, si no proporciona los N° de SS/ITTN.
- 5. ¿Puedo solicitar en persona? Si no puedo ¿a dónde envío por correo mi solicitud de AIM?**
No, no puede solicitar en persona. Todas las solicitudes se procesan por correo. Puede enviar su solicitud por correo regular o prioritario a: California Access for Infants and Mothers Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852-0559. Puede enviar su solicitud por medio de un servicio de paquetería nocturna a: California Access for Infants and Mothers Program, 625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom, CA 95630.
- 6. ¿Dónde puedo encontrar ayuda para llenar mi solicitud?**
Usted puede llamar a AIM al 1-800-433-2611. **Toda la ayuda es gratuita.**
- 7. ¿Qué tan pronto sabré que he sido inscrita?**
El procesamiento normal de una solicitud completa toma 10 días. Usted recibirá una carta del Programa AIM una vez que esté inscrita. 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 inscrita en AIM, usted recibirá un folleto de prueba de cobertura y una tarjeta de seguros del plan de seguro médico que haya seleccionado. La fecha de comienzo de la cobertura es 10 días después de su afiliación.
- 8. ¿Puedo enviar copias de mi documentación de ingresos?**
Sí, no envíe originales.
- 9. ¿Qué tan pronto podré ver a un médico a través de AIM?**
Puede visitar a un médico de AIM a partir de la fecha de comienzo de cobertura. Sin embargo, tenga en mente que debe llamar al médico para hacer una cita.
- 10. ¿Cuáles son los beneficios de tener AIM en lugar de tener Medi-Cal restringido sólo para embarazos?**
AIM ofrece beneficios completos, entre los que se encuentran servicios para el embarazo y otros sin relación con el embarazo. Para obtener más información, puede pedir una copia de la prueba de cobertura del plan de seguro médico que usted elija.
- 11. ¿Aún tengo que hacer copagos cuando vaya a ver al médico?**
No, AIM no tiene copagos ni deducibles.
- 12. ¿AIM pagará los servicios de control de la natalidad después que nazca mi bebé?**
Consulte el cuadro de beneficios de su plan de seguro médico y la prueba de cobertura.
- 13. ¿Puedo ver a un médico en un condado vecino al condado en el que vivo?**
Usted tendrá que comunicarse con su plan de seguro médico para ver si le permiten que vea algún proveedor específico.
- 14. ¿Cubre AIM embarazos de alto riesgo?**
Sí.
- 15. ¿Puedo seguir viendo a mi médico actual?**
Por favor llame a su plan de seguro médico para averiguar si el médico es un proveedor participante de AIM.
- 16. ¿Están cubiertos los beneficios de la vista y dental con AIM?**
Consulte el cuadro de beneficios de su plan de seguro médico.
- 17. ¿Puedo cambiar de médico si no estoy a gusto con mi nuevo médico de AIM?**
Todos los pedidos de cambio de médico debe hacerlos a través del plan de seguro médico.
- 18. ¿Cuento a mis hijos aún si viven conmigo solamente la mitad del tiempo?**
Sí, si son declarados como sus dependientes en su declaración de impuestos estatal o federal.
- 19. ¿Quién elige mi proveedor y el hospital donde daré a luz?**
La embarazada puede elegir su proveedor a través del plan de seguro médico. Dependiendo del contrato del plan de seguro médico, el proveedor le informará del hospital donde dará a luz.

Preguntas frecuentes, *continúa*

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

Llame a su plan de seguro médico o a los servicios a los miembros. 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.

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

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

22. ¿Puedo cambiarme a otro plan de seguro médico si mi médico u hospital donde daré a luz ya no son reconocidos como proveedores de AIM por mi plan de seguro médico original?

No. Si su obstetra u hospital donde dará a luz ya no tiene contrato con su plan de seguro médico actual, llame a servicios a los miembros 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.

23. ¿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.

24. ¿El Programa AIM cubrirá el tratamiento por complicaciones después del último día del mes en el que se cumplan 60 días del nacimiento de mi bebé?

No. Su cobertura de AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo.

25. ¿Cómo obtengo atención de urgencias o de emergencia fuera del horario de consultas?

Llame a su proveedor personal o a su grupo médico. El sistema de contestadora telefónica la comunicará con la enfermera consejera o el médico de guardia para que le den más indicaciones.

26. ¿Qué ocurre si mi embarazo no tiene éxito?

Si su embarazo termina en la fecha en que comienza su cobertura o después, usted seguirá siendo responsable de pagar la cantidad de contribución del 1.5%. Sin embargo, estará cubierta hasta el último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo. Si ya no está embarazada antes de su fecha de comienzo de la cobertura ésta no comenzará. Si el programa recibe un aviso después de esa fecha, deberá presentar comprobantes de un profesional de atención médica autorizado o certificado, que indiquen la fecha de terminación de su embarazo.

27. ¿Qué pasa si mi embarazo termina en el primer trimestre?

Si su embarazo termina dentro del primer trimestre, cuando comience su cobertura o después, tal vez sea elegible para una reducción de su contribución de la afiliada. El Programa AIM necesitará documentación de un profesional de atención médica autorizado o certificado que indique la fecha de terminación de su embarazo. AIM determinará si usted es elegible para pagar sólo una tercera parte de su contribución del 1.5%.

28. ¿Qué pasa si no aviso a AIM que mi embarazo terminó a más tardar 30 días después?

Debe avisar al Programa AIM que su embarazo terminó. Si no informa a AIM a más tardar 30 días después del final de su embarazo que su embarazo terminó, no recibirá una notificación oportuna de su cancelación de inscripción. Su cobertura terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo o su fecha estimada del parto.

29. ¿Qué pasa si no aviso a AIM que mi embarazo terminó a más tardar 60 días después?

Debe avisar al Programa AIM que su embarazo terminó. Si no avisa a AIM a más tardar en 60 días que su embarazo terminó, el Programa AIM cancelará su inscripción el último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo. El Programa AIM no puede cubrir los servicios médicos recibidos después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo.

30. ¿Qué pasa si tengo facturas médicas después del final de mi cobertura por embarazo?

Si recibe servicios médicos después del último día del mes en que se cumplan 60 días después del final de su embarazo, AIM no pagará esos servicios. Si usted tiene otra cobertura médica, deberá comunicarse con ellos para ver si pueden ayudarlo con esas facturas médicas. Usted será responsable de los servicios médicos que reciba después de su cobertura.

31. ¿Qué pasa si necesito servicios médicos después del final de mi cobertura por embarazo?

El Programa AIM no puede pagar los servicios recibidos después del último día del mes en que se cumplan 60 días del final de su embarazo. Si necesita otra cobertura médica, posiblemente usted sea elegible para Medi-Cal o para cobertura bajo Covered CA. Busque en las páginas blancas de su guía telefónica local la oficina del Departamento de servicios sociales más cercana a usted, para obtener más información acerca de Medi-Cal. También puede llamar a Covered CA al 1-800-300-1506.



Preguntas frecuentes, *continúa*

- 32. Tengo que pagar un deducible o copago de más de \$500 por servicios sólo de maternidad bajo mi otro plan de seguro médico. ¿Aún así puedo solicitar AIM?**

Sí, las solicitantes pueden tener otra cobertura médica con un deducible o copago sólo para maternidad de más de \$500 para ser elegibles para el Programa AIM.

- 33. ¿Qué pasa si mi otro plan de seguro médico tiene un deducible o copago de más de \$500 para todos mis servicios de beneficios, no únicamente para los servicios sólo de maternidad? ¿Aún así puedo ser elegible para el Programa AIM?**

Usted no será elegible para el Programa AIM. El deducible o copago debe ser sólo por servicios de maternidad.

- 34. ¿Tengo que usar mi otro plan de seguro médico en lugar del plan de seguro médico de AIM si soy elegible para el Programa AIM?**

Los servicios relativos al embarazo y aquellos sin relación con el embarazo serán cubiertos por su plan de seguro médico privado y su cobertura de AIM. No obstante, usted deberá usar proveedores de la red del plan de seguro médico de AIM para que el plan de seguro médico de AIM pague por los servicios. Lea la sección de Coordinación de beneficios del Folleto de Prueba de cobertura de su plan o llame a su plan de AIM para obtener más información.

- 35. ¿Y si cambia mi cobertura médica?**

Si cambia su cobertura médica usted deberá llamar a AIM o escribir al Programa AIM a la dirección anotada abajo.

AIM Program

P.O. Box 15559

Sacramento, CA 95852-0559

FAX: 1-888-889-9238

- 36. ¿Y si tengo preguntas sobre mi plan de AIM?**

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de AIM, comuníquese con su plan de AIM.

- 37. ¿Y si tengo más preguntas sobre mi otra cobertura?**

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de seguro médico privado, comuníquese con su otro plan de seguro médico.

- 38. ¿El Programa AIM cubre beneficios de maternidad para una madre sustituta pagada?**

El Programa AIM no cubre beneficios de maternidad para madres sustitutas pagadas. Una madre sustituta pagada es una afiliada que con anticipación a su embarazo aceptó quedar embarazada y dar a luz un niño en lugar de otra persona quien es la madre real, a cambio de una compensación monetaria además de los gastos reales médicos y de vida.



Glosario

AIM-Linked Infant and Children's Program de DHCS

Este programa proporciona cobertura de atención médica y de la vista para su bebé vinculado con AIM a través de planes de seguro médico de Medi-Cal y la cobertura dental a través del programa dental de Medi-Cal. Su hijo recibirá los mismos beneficios cubiertos que un niño inscrito en Medi-Cal.

Afiliada

Una mujer embarazada elegible para el Programa AIM e inscrita en el programa.

Apelación

Una apelación pide una reconsideración de una decisión del Programa AIM.

Arbitraje obligatorio

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

Bebé

El hijo de una afiliada, nacido mientras ella esté inscrita en el programa.

Beneficios

Los servicios médicos que la mujer embarazada recibe del Programa AIM.

Cancelación de inscripción

La cancelación de inscripción es el final de la inscripción en el Programa AIM.

Cobertura

La cobertura son los servicios proporcionados por el Programa AIM para el pago de beneficios a través de un plan de seguro médico que participe en el Programa AIM.

Contribución de la afiliada

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

Coordinación de Beneficios (COB)

Coordinación de beneficios (COB) significa que si usted está cubierta por otro plan de seguro médico, ese plan pagará primero y el plan de seguro médico de AIM pagará segundo por cualquier servicio que usted reciba bajo el Programa AIM. El total de los dos pagos no puede ser más que la cantidad total permitida por plan de seguro médico de AIM. Consulte más detalles sobre COB en el folleto de Prueba de cobertura de su plan de AIM.

Elegible

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

Exclusión

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

Fecha de comienzo de la cobertura

La fecha en que comienza la cobertura de atención médica.

Fecha de solicitud

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

Fuera de la red

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

Inscribir

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



Glosario, *continúa*

Medi-Cal con costo compartido

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

Medi-Cal completo sin costo

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

Médico personal

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

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

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

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

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

Primer trimestre

Primer trimestre significa las primeras 13 semanas de un embarazo, incluyendo las primeras dos semanas antes de la concepción, según documentos de un profesional de atención médica con licencia.

Que vive en la casa

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

Residente

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

Seguro patrocinado por el empleador

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

Servicios de planificación familiar

Los Servicios de planificación son de orientación, procedimientos quirúrgicos para esterilización, como lo permitan las leyes federales y estatales. Esto incluye cobertura para diafragmas y otros dispositivos aprobados de acuerdo con el beneficio de medicamentos de receta y terminación voluntaria del embarazo.

Solicitante

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



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Formulario de inscripción para bebés

Después del nacimiento de su bebé y a más tardar 30 días después del nacimiento, llene este formulario y envíelo por correo. La cobertura de su bebé no comenzará hasta que recibamos este formulario y usted indique que quiere afiliarse a su bebé vinculado con AIM en el Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de DHCS. Si los ingresos de su familia han bajado podría ser elegible para Medi-Cal gratuito.

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

Family Member Number de AIM: _____

Domicilio: _____

No quiero inscribir a mi bebé vinculado con AIM en el Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de DHCS (Debe estar completa, ya sea que quiera o no inscribir al bebé)

1. Información del bebé:

¿El bebé está inscrito actualmente en un seguro patrocinado por el empleador? ____No ____ Sí

Si es sí, dé la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: ____/____/____ (mes/día/año)

Nota: Si respondió "Sí", su bebé no es elegible para inscribirse en la cobertura pública.

¿El bebé estuvo inscrito en un seguro patrocinado por el empleador en los últimos tres meses? ____No ____ Sí

Nombre del bebé _____ Inicial _____ Apellido _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Peso al nacer: ____libras ____ onzas

Proveedor personal *opcional*: _____

Proveedor dental *opcional*: _____

Dirección y teléfono, si hubo algún cambio: _____

Declaro que cada una de las personas a las que estoy inscribiendo:

- Es residente de California
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B.

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- Entiendo el Manual de AIM. Entiendo lo que dice acerca de cada beneficio médico, dental y de cuidado de la vista a través del Sistema de prestación de atención médica de Medi-Cal de DHCS.
- Doy permiso para que DHCS compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha de comienzo de cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 60 días de la terminación de mi embarazo. AIM no cubrirá los servicios médicos que yo reciba después de la fecha de cancelación de inscripción. Entiendo que de cualquier modo tendré que hacer todo pago pendiente a AIM, aún si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

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

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario lleno a: AIM Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



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

Por favor llene este formulario si su embarazo termina temprano. Envíe el formulario lleno por correo o fax a:

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

A. Información de la afiliada:

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

B. Formulario de terminación temprana de embarazo de AIM:

Debe avisar al Programa AIM a más tardar 30 días después de la terminación de su embarazo. El Formulario de terminación temprana de embarazo se debe enviar por correo o fax al Programa AIM. Se puede usar este formulario para certificar el final temprano de un embarazo.

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

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

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

Certifico que la persona anotada arriba ya no está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha
Dirección del establecimiento		Número de suite
Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico ()	Número de fax ()	Fecha en que terminó el embarazo (requerida)
Apellido del profesional de atención médica (en letra de molde) (requerido)		
Nombre del profesional de atención médica (en letra de molde) (requerido)		Inicial
Firma del profesional de atención médica (requerida)		
Título médico (requerido)		Número de licencia médica

C. Para que firme la afiliada a AIM:

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

Entiendo que si mi embarazo termina después de la fecha de comienzo de mi cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 60 días desde el final de mi embarazo. El Programa AIM no cubrirá ningún servicio médico que yo reciba después del último día de mi cobertura.

Entiendo que todavía tendré que hacer todo pago pendiente a AIM, incluso si elijo pagar la contribución de la afiliada durante 12 meses.

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

Firma de la afiliada _____ Fecha _____

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



