2005年7月
至
2006年6月

孕婦保險

申請表和手冊

AIM

Access for Infants and Mothers

AIM是為中等收入孕婦提供的加州保險Program。

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

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

Ex Officio Members
Jack Campana
Kimberly Belshé
Sunne Wright McPeak

Executive Director
Lesley Cummings

如果需要申請資料、申請表填寫 助或者詢問
有關申請狀況的問題，請致電 AIM Program:

1-800-433-2611
TTY: 1-800-735-2929
週一至週五早上8:00至晚上8:00，
週六早上8:00至下午5:00

將申請材料郵寄到：
P.O. BOX 15559
Sacramento, CA 95852-0559

***注：懷孕後第30週之前，完整的申請材料必須由我們收到。**

申請材料可以隔夜郵遞到：
Access for Infants and Mothers Program
625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom, CA 95630

AIM
Access for Infants and Mothers

您會在裡面找到的內容：

歡迎加入AIM **2**
— 什麼是AIM？ 2
— 什麼是Healthy Families Program？ 2
婦女和嬰兒承保的服務 **3**
— AIM Program為婦女提供的服務 3
— Healthy Families Program為兒童提供的服務 6
健康計劃 **9**
— 誰為您和您的嬰兒提供醫療服務？ 9
— 誰有資格參保AIM？ 9
符合AIM的收入規定 **10**
— 您的AIM家庭大小 10
— 應計算誰的收入 10
— 總收入 10
— 收入證明文件 11
— 收入扣除額 12
投保AIM的費用 **14**
— AIM費用是多少？ 14
— 如何給AIM付費？ 14
— 您如何申請以及您的承保福利何時開始？ 16
— 參保AIM之前獲得的服務怎麼算？ 16
參保AIM申請 **A1**
您參保後需要了解的資料 **17**
— AIM Program 隱私通知 21
每個郡縣的AIM健康計劃 **22**
AIM健康計劃說明 **26**
— Blue Cross California (EPO) 26
— Blue Cross California (HMO) 27
— Contra Costa Health Plan 28
— Health Net 29
— Kaiser Permanente Northern California 30
— Kaiser Permanente Southern California 31
— Molina Health Care of California 32
— Molina Health Santa Barbara Prenatal Plus 2 33
— Ventura County Health Care Plan 34
常見問題 **35**
詞彙表 **37**

保存本手冊作日後參考之用

AIM
Access for Infants and Mothers

歡迎加入AIM

恭喜您！

您的嬰兒要出生了！如果您的財政狀況比較困難，在您的嬰兒即將出生或出生後，加州政府很樂意幫助您獲得良好的醫療服務。沒有妊娠護理可能會給您和您的嬰兒造成很多問題。研究表明沒有妊娠護理的婦女分娩經常會比較麻煩（和昂貴）。

如果您在懷孕和分娩期間沒有醫療服務保險，或者以如果您的保險公司的產科服務扣除額或共付額超過$500，Access for Infants and Mothers (AIM) 和 Healthy Families Programs 可能是您和嬰兒的需要。

什麼是AIM?

AIM Program是為孕婦和她們的新生嬰兒提供的一種價格較低的健康承保福利。它是為那些沒有健康保險和收入太高而沒有資格加入無需付費的Medi-Cal計劃的中等收入家庭設計的。那些有健康保險而他們的產科服務扣除額或者共付額超過$500的人士也可以參保AIM。如果您有資格參保AIM，您的嬰兒將自動有資格參保到Healthy Families Program。

什麼是HealthyFamilies Program?

Healthy Families Program 是為19歲以下的兒童和青少年提供的價格較低的健康承保福利。它為那些無法獲得保險和沒有資格參保無需付費的Medi-Cal 計劃的兒童提供完整的健康、牙科和視力承保福利。如果您有資格參保AIM，你的嬰兒將自動有資格參保Healthy Families。

您如何為您的嬰兒登記到Healthy Families中？

在您的預產期大約前30天內，您將會收到一份Healthy Families手冊和表格信件，要求您填寫有關您嬰兒的資料。請填寫這些表格，並在您的嬰兒出生後立即郵寄給我們。您將會被問到：

1. 您的嬰兒名字、中間名和姓氏。
2. 出生日期。
3. 性別。
4. 出生時的重量
5. 全科醫生（嬰兒的醫生）。
6. 牙科計劃選擇。（Healthy Families 手冊告訴您所在的郡縣中有哪些計劃）

請填寫這些表格，並在您的嬰兒出生後立即郵寄給我們。將這些資料和您的第一個月保費郵寄到Healthy Families。表格信件會說明每月保費金額以及這些文件需要郵寄到的地址。

您的嬰兒承保福利將在Healthy Families Program 收到要求的資料和保費後開始。

您的嬰兒承保福利將從出生日期開始。盡管您會參保AIM 並且您的嬰兒會參保Healthy Families，您和您的嬰兒將在同一個健康計劃中獲得承保福利。嬰兒將保持在您的AIM中的相同計劃，如果您有其他孩子已經參保Healthy Families除外。如果您有其他孩子參保Healthy Families，嬰兒將在出生後第三個月轉到其他孩子的計劃中。如果您的嬰兒有特別健康護理需要並且您不想將您的嬰兒轉到另外一個計劃中，請致電Healthy Families。

每年必須評估一次參保Healthy Families中的孩子們，以確定他們是否仍然有資格參保計劃。如果在第一次年度資格復審時，您符合AIM計劃指南，您的嬰兒將保持在Healthy Families中。

如果要保持在Healthy Families中，在嬰兒第二次年度資格復審時，您必須在Healthy Families指南中。

婦女和嬰兒承保的服務

AIM承保什麼服務？

AIM Program承保從AIM Program 承保福利生效日期開始一直到您的懷孕期結束後60天期間所有醫療必須的服務。如果您遞交所要求的資料和保費，新生嬰兒將透過Healthy Families Program從出生日期開始享受承保福利。有關您的嬰兒可獲得的福利和服務清單，請見第6頁。當參保AIM Program 時，孕婦和新媽媽的承保福利包括：

AIM福利*	為婦女提供的服務	除外/限制
醫生和專科服務	• 醫生或持牌醫療機構所提供的服務和咨詢 • 醫院及專業護理機構門診服務 • 專科辦公室訪問 • 過敏化驗和治療 • 聽力測試，助聽器和助聽器件 • 眼睛檢查/折射度，以決定是否需要矯正眼鏡、腫脹視網膜眼睛檢查 • 醫療必須的家庭訪問	• 沒有包括在原來保險範圍內的輔助設備中的電池、補助裝置 • 保險範圍內一年保質期後助聽器的替換零件或維修 • 在任何36個月中一次以上替換助聽器 • 外科移植的助聽器件
預防護理	• 周期檢查、例行診斷化驗和化驗室服務 • 癌症檢查化驗 • 直接病人護理營養服務、營養評估	無
產科護理	• 妊娠護理、產後護理 • 住院生產、懷孕并發症	無
醫院服務	• 住院病人或者門診普通服務和相關供應品	• 個人舒適用品 • 除非醫療必須，否則需要私人房間
診斷X光照射和化驗服務	• 評估、診斷和治療所需的診斷服務 • X光照射、化驗室程序 • 心電圖、腦電圖 • 高危險懷孕中胚胎的基因紊亂的產前診斷 • 管理糖尿病，包括膽固醇、甘油三酸酯、微蛋白尿，HDL/LDL和血紅蛋白A-1（甘油血紅蛋白）的化驗室化驗	無

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。本手冊中所述的福利、除外和限制具有代表性，並不是包括一切或者完整齊備。有關進一步的細節，請參閱健康計劃的涵蓋福利證明或者保險證明書。

AIM 福利*	為婦女提供的服務	除外/限制
處方藥物	• 醫療必須的處方藥物 • 注射藥物、針頭、注射器 • 胰島素、抗胰島素、化驗和分娩系統 • 口服和注射避孕藥、處方避孕工具	• 實驗性、調查性藥物 • 成藥或者無需處方的藥物 • 無需處方的藥物** • 食欲抑制藥物、其他節食藥物 • 健康計劃可以規定在沒有衝突的情況下開非名牌同等藥物
健康教育服務	• 包括有關個人健康資料的有效服務 • 健康計劃相關的服務、組織的優化使用的推薦意見 • 與煙草預防、戒煙相關的健康服務	無
精神健康服務	• 嚴重精神病的診斷和治療沒有訪問次數限制 • 門診和住院服務 • 家庭治療、白天照顧或者門診治療可以由某些住院治療代替 • 某些健康計劃可以選擇提供額外訪問或者團體治療	• 每個福利年度住院治療最多30天，門診治療最多20天
緊急醫療服務	• 要求立即診斷和治療以防止承保人喪命、嚴重疾病或者致殘的24小時疾病、外傷或者嚴重疼痛的緊急護理 • 在健康計劃的服務區域和參與的機構內外均提供	無
醫療服務交通	• 到第一個接受承保人進行護理的醫院的緊急救護車 • 透過『911』響應系統提供的救護車、交通服務 • 當醫療必須健康計劃提前要求並提前授權時，轉入另一間醫院或者從某機構轉入家庭的非緊急交通	• 飛機、小汽車、出租車或者其他形式的公共交通工具的承保福利

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。本手冊中所述的福利、除外和限制具有代表性，並不是包括一切或者完整齊備。有關進一步的細節，請參閱健康計劃的涵蓋福利證明或者保險證明書。

** 胰島素和戒煙藥物並非在承保福利以外。

AIM 福利*	為婦女提供的服務	除外/限制
耐久性醫療器材	• 適用於家庭的器材 • 氧氣和氧氣器材 • 血糖檢測器、胰島素泵、相關用品 • 噴霧器、軟管、相關用品 • 造瘺袋、導尿管和相關用品	• 舒適、方便物品 • 一次性用品** • 實驗或者研究器材 • 桑拿浴、電梯、其他非醫療器具 • 對房屋或者汽車的改造 • 奢侈器材 • 功能相同的器材多於一部 • 健康計劃也許可以決定租賃或者購買
酒精和藥物濫用	• 健康教育服務和與酒精、藥物濫用相關的介入危機 • 住院：醫療必須將有毒物質從系統中除去 • 門診：每個福利年度20次訪問 • 某些健康計劃也許可以選擇提供額外醫療必須的訪問	無
專業護理	• 健康計劃醫生或者在一間24小時服務的專業護理機構中的開業護士提供的醫療必須處方服務	• 專業護理福利每個福利年度最多100天
家庭健康服務	• 由醫療服務人員提供的在家中的健康服務 • 由當值醫生或者健康計劃指定的人士開處方或者給出指導意見	• 沒有監管護理 • 當值醫生或者健康計劃指定的適當人士在相互合適的醫療服務環境之間謹慎選擇 • 健康計劃採用病例管理來考慮在相互合適的醫療服務環境之間選擇成本較低的那個

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。本手冊中所述的福利、除外和限制具有代表性，並不是包括一切或者完整齊備。有關進一步的細節，請參閱健康計劃的涵蓋福利證明或者保險證明書。

** 與醫護承保福利指南一致的造瘺管、導尿管和相關用品並不排除在承保福利外。

AIM 服務，*接上頁*

AIM 福利*	為婦女提供的服務	除外/限制
血液和血液產品	• 血液和血液產品的住院和門診處理、儲存、管理 • 醫療要求時，自體同源血液的收集和儲存	無
家庭計劃	• 家庭計劃咨詢服務 • 絕育手術 • 子宮帽、FDA 指定的其他工具 • 處方避孕用具	無

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。本手冊中所述的福利、除外和限制具有代表性，並不是包括一切或者完整齊備。有關進一步的細節，請參閱健康計劃的涵蓋福利證明或者保險證明書。

透過Healthy Families Program 您的嬰兒可獲得的服務

Healthy Families Program 包括所有醫療必須的兒童和青少年的健康、牙科和視力服務。參保Healthy Families 時，您的孩子承保福利包括：

Healthy Families 福利*	為兒童提供的服務	會員需支付的費用（共付額）
醫生服務	• 辦公室訪問、家庭訪問 • 過敏化驗和治療	• 每次訪問$5 • 每次訪問$5 • 24個月內無需付費
預防護理	• 定期健康檢查（包括健康嬰兒照顧） • 義務家庭計劃服務種類 • 妊娠護理 • 視力和聽力測試 • 免疫接種 • 性傳播疾病（STD）化驗 • 保密HIV/愛滋病咨詢和化驗 • 年度子宮頸塗片檢查 • 健康教育服務	• 無需付費（包括辦公室訪問）
處方藥物	• 30-34天提供名牌或者非名牌藥物，包括用於一個周期戒煙藥物的處方 • 90-100天提供長期藥物 • 在住院時 • FDA批准的避孕藥物和工具	• 每個處方$5 • 每個處方$5 • 無需付費 • 無需付費
醫院	• **住院**：食宿、護理和所有醫療必須的服務 • **門診**：診斷、治療和在醫院或者門診設施中進行的外科服務	• 無需付費
緊急醫療服務	• 24小時疾病、外傷或者嚴重疼痛的緊急護理，這些要求立即診斷和治療以防止被保險人喪命、嚴重疾病或者致殘 • 在健康計劃的服務區域和參與的機構內外均提供	• 除非送醫院，否則每次訪問$5 • 如果收到的不是緊急服務，則不提供承保福利

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。如經判定有所需要，本保健計劃便會提供有關醫療福利。本手冊所述之福利、豁免及限制僅供參考，欲知詳情，請細閱本計劃的承保範圍或保單。

除了這些醫療福利之外，加州兒童服務計劃及郡衛生部門還提供好些服務，家庭必須符合住戶要求，至於未滿19歲的成員，其病情須在加州兒童服務計劃條款的覆蓋範圍以內，方可享用有關服務，未滿19歲的成員若被診定患上嚴重情緒困擾，將獲郡衛生部提供各種醫療服務。

Healthy Families服務，*接上頁*

Healthy Families 福利*	為兒童提供的服務	會員需支付的費用（共付額）
產科	• 妊娠護理和產後護理，住院和新生嬰兒保育護理	• 無需付費
醫療服務交通	• 緊急救護車送院服務及醫療上必須的非緊急交通服務，以將會員從一間醫院送往另一間醫院或診所，又或從醫院或診所送回他們的居所	• 無需付費
診斷X光照射和化驗室服務	• 住院和門診	• 無需付費
耐久性醫療器材	• 到醫院的緊急救護車交通和醫療必須的非緊急交通將會員從一個醫院轉到另一個醫院或者設施中，或者從設施中轉入到家中。	• 無需付費
精神健康	• 精神病的診斷和治療。對於嚴重精神病提供無限門診和住院服務。所有非嚴重精神病限制為20次門診服務和30次住院服務。	• 住院服務無需付費 • 門診服務每次訪問$5
酒精和藥物濫用	• **住院**：醫療必須將有毒物質從系統中除去 • **門診**：每個福利年度20次訪問（如果門診服務確定為醫療必須，某些計劃也許可以選擇增加每個福利年度的訪問次數）	• 住院服務無需付費 • 門診服務每次訪問$5
物理治療、職能治療、語言治療	• 在醫療辦公室或者其他合適的門診環境中、醫院中、專業護理機構或者家中可以提供治療。只要提供醫療必須的治療，計劃可以要求定期評估。	• 住院服務無需付費 • 門診服務每次訪問$5
家庭護理服務	• 必須由當值醫生或者計劃指定的其他權威人士開處方或者提供指導意見	• 無需付費
專業護理服務	• 執照專業護理設施中提供的服務，每個福利年度有100天	• 無需付費

Healthy Families中可選的健康福利

並非所有健康保險計劃提供這些福利。有關包括這些服務的保險計劃的資料，請參閱Healthy Families手冊或者訪問www.healthyfamilies.ca.gov網址。

Healthy Families 可選擇福利*	為兒童提供的服務	會員需支付的費用（共付額）
針灸	• 每個福利年度20次訪問	• 每次訪問$5
脊椎推拿	• 每個福利年度20次訪問	• 每次訪問$5
生物心理治療	• 每個福利年度8次訪問	• 每次訪問$5
選擇性墮胎	• 保險計劃變動	• 無需付費

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。如經判定有所需要，本保健計劃便會提供有關醫療福利。本手冊所述之福利、豁免及限制僅供參考，欲知詳情，請細閱本計劃的承保範圍或保單。

除了這些醫療福利之外，加州兒童服務計劃及郡衛生部門還提供好些服務，家庭必須符合住戶要求，至於未滿19歲的成員，其病情須在加州兒童服務計劃條款的覆蓋範圍以內，方可享用有關服務，未滿19歲的成員若被診定患上嚴重情緒困擾，將獲郡衛生部提供各種醫療服務。

Healthy Families Program視力福利

Healthy Families 護眼福利*	為兒童提供的服務	會員需支付的費用（共付額）
眼睛檢查	• 每12個月一次	• 每次檢查$5
處方鏡片	• 每12個月一次	• 每副鏡片、鏡架或矯正鏡片$5

Healthy Families Program牙科福利

Healthy Families 牙科福利*	為兒童提供的服務	會員需支付的費用（共付額）
預防護理（牙齒清洗、局部氟化）	• 每6個月	• 無需付費
補牙	• 按需要	• 無需付費
封牙	• 根據需要只對第一個和第二個恆臼齒	• 無需付費
診斷服務	• X光照射（咬翼照射、全口照射和環口照射） • 咨詢	• 無需付費
主要服務	• 根管 • 口腔外科手術 • 牙冠和矯義齒 • 假牙	• $5 • $5 • $5 • $5
牙齒矯正服務	• 當條件滿足加州兒童服務Program的標準時，透過加州兒童服務Program提供給19歲以下的承保人	• 無需付費

* 提供保險計劃確定為醫療必須的福利。
如經判定有所需要，本保健計劃便會提供有關醫療福利。
本手冊所述之福利、豁免及限制僅供參考，欲知詳情，請細閱本計劃的承保範圍或保單。
除了這些醫療福利之外，加州兒童服務計劃及郡衛生部門還提供好些服務，家庭必須符合住戶要求，至於未滿19歲的成員，其病情須在加州兒童服務計劃條款的覆蓋範圍以內，方可享用有關服務，未滿19歲的成員若被診定患上嚴重情緒困擾，將獲郡衛生部提供各種醫療服務。

注：前幾頁上的福利圖表只是AIM和Healthy Families Programs中每個健康計劃提供的福利摘要。這些摘要只作參考。這不是合約。有關每個計劃的醫療服務福利、條款、除外和限制的准確條款和條件，請參閱每個健康計劃的涵蓋福利證明手冊或者承保證明書。欲知詳情，請撥各個健康計劃說明頁上的電話號碼查詢。

健康計劃

誰將為您和您的嬰兒提供醫療服務？

當您申請AIM，您將從您所在縣中的計劃清單中選擇一個健康計劃。然後當您的AIM承保福利開始時，您的健康計劃將管理您的健康護理。計劃將讓您知道您可以使用的醫生、助產士、醫療團體、醫院和其他醫療提供者以及可以使用的服務。計劃將讓您知道如何獲得您需要的服務。

如果您目前在AIM中，您的嬰兒將有資格加入Healthy Families計劃。您的嬰兒將在與您相同的健康計劃中並且享有與您相同的健康承保福利。

嬰兒將保持在您的AIM中的相同計劃，如果您有其他孩子已經參保Healthy Families除外。如果您有其他孩子參保Healthy Families，嬰兒將在出生後第三個月轉到其他孩子的計劃中。如果您的嬰兒有特別健康護理需要並且您不想將您的嬰兒轉到另外一個計劃中，請致電Healthy Families。

如果在第一次年度資格復審時，您符合AIM計劃指南，您的嬰兒將保持在Healthy Families中。如果要保持在Healthy Families中，在嬰兒的第二次年度資格復審時，您必須在Healthy Families指南中。

AIM和Healthy Families中的所有計劃提供相同的健康承保福利。計劃中的不同之處是它們的醫療提供者清單和他們的特別服務。要查看哪些醫生和醫院與計劃合作，請致電計劃。要查看一個計劃的特別服務，請參閱本手冊第26-34頁上的計劃說明。健康課程或者電話協助專線是特別服務的例子。

許多醫療提供者與AIM和AIM中的健康計劃合作。如果您想要使用與您目前使用的醫生、醫院和藥店，您也許可以。致電您所在縣中的健康計劃以查看它們是否與您想要的醫療提供者合作。

誰有資格參保AIM Program？

如果想要有資格參保AIM，您必須：

1. **孕婦：**您必須懷孕，但是不能超過申請日期後30週。申請日期表示**完整**的申請資料送到AIM Program的日期，此日期以申請資料信封上的美國郵戳或者其他遞送服務的證明文件為准。從您上次月經的第一天開始計算您的懷孕週數，或者訪問AIM網址：www.aim.ca.gov，使用懷孕計算器。
2. **加州居民：**您必須在過去的6個月中一直居住在加州。
3. **不在其他計劃中：**從申請日期開始您不能接受無需付費的Medi-Cal計劃或者Medicare計劃的A部分和B部分福利。
4. **沒有加入保費低於$500的私人保險：**您不能透過私人保險獲得產科福利，除非您的承保福利有扣除額或者共付額專門用於產科服務，並且此金額從申請日期起超過$500。
5. **在AIM收入指南範圍內：**您的每月家庭收入（去掉收入扣除額後）必須在AIM收入指南範圍內。請閱讀以下兩頁上的收入指南。

符合AIM的收入指南

要確定您是否符合AIM收入指南，我們查看：

1. 您的家庭大小。
2. 應該計算誰的收入。
3. 總收入（扣除一些支出之前的總收入）。
4. 收入扣除額（可以從您的總收入扣除的支出額）。

1. 您的AIM家庭大小

請使用以下圖表為參保AIM確定您的家庭大小。

誰居住在您的家中？

孕婦和未出生嬰兒*（按兩個人算） + 2
（如果您懷有兩個或者兩個以上嬰兒，在嬰兒出生之前仍按兩個家庭成員計算。）

丈夫（按一個人算） + _____

如果您未婚，嬰兒的父親按一個人計算
（只有您與另外一個嬰兒一起居住，並且父親和嬰兒與您一起居住。）
其他孩子們，每個孩子按一個人計算

（如果你們共同有一個孩子，將您的孩子們或者您丈夫的孩子們或者未出生 + _____
嬰兒的父親的孩子們計算在內孩子們必須在21歲以下，住在家中或者住在學校，
並由這個家中的父母聲明為稅務撫養人。）

家庭總人數 = _____

2.應計算誰的收入？

要確認您是否符合AIM收入指南，請只計算以下人員的收入：

1. **您——孕婦本人**
2. **您的丈夫*或***
3. **嬰兒的父親（但他必須與您同住，並且您們還共同擁有另一個孩子）**

3.總收入

要確認您是否符合AIM收入指南，您需要出示您的家庭**總收入**（任何扣除額之前的總收入）*（請參見應該計算誰的收入，第10頁。）*收入包括：

收入包括：

- 稅前工資
- 佣金
- 小費
- 獎金/加班費
- 個體經營淨利潤
- 非勞動收入（失業、殘障、社會安全、贍養費、養老金等）

不要將兒童照顧和公共協助計劃福利作為收入。

您計算的收入可以是去年的、當前的收入或者兩個人的總收入，這取決於您的就業狀況。例如，您可以使用您當前收入和您丈夫去年的收入。

家庭總收入證明

您也許可以使用以下任何證明文件證明您的家庭總收入：

去年收入證明 ：

1. 上一年度的1040聯邦收入退稅表；*或者*

2. 所有表示非勞動收入的證明文件。

例如，日曆年中的授予書、支票或者去年的表示社會安全金額的銀行聲明、殘障保險、贍養費、配偶贍養費等影印件。

個體經營、合夥經營或者獨立承包的收入要求：

a. 遞交去年Federal Income Tax表1040和Schedule C（或者同等資料）；***或者***

b. Program收到證明文件之前最近三個月的盈虧清單。

注：可計算的收入是淨利潤。折舊、餐飲和娛樂費用加入到淨利潤。1040表格和和盈虧清單中的負數（損失）計為零。

以下資料必須包括在盈虧清單中：

1) 日期。
2) 公司的名稱、地址和電話號碼。
3) 三個月中每個月的總收入和支出的明細。
4) 準備此聲明的人士簽字和『所提供的資料真實正確』的字樣。

當前收入證明：

1. 薪水支票或者失業存根

表示在Program收到證明文件後45天內的總收入。

以下資料必須包括在存根中：

a) 總工資和淨工資。
b) 雇員名字。
c) 發薪水日期或者發薪水周期。
d) 公司名稱；***或者***

2. 雇主的信函

以下資料必須包括在信函中：

a) 可以識別公司名稱、地址和電話號碼的信紙。
b) 雇主的信函日期。
c) 雇員的名字。
d) 當Program 收到證明文件45天後，雇員當前每月的總收入。
e) 聲明：『據簽字人知道的一切，此處提供的資料真實正確。』
f) 被授權人士的簽字和職務。
g) 如果透過公司支票支付，請將以下資料包括在信函中：一份最近的銀行處理的支票正面和背面影印件。

3. 非勞動收入

所有表示非勞動收入的證明文件。例如，日歷年中的授予書、支票或者表示社會安全金額的銀行聲明、殘障保險、贍養費、配偶贍養費等影印件。

4. Medi-Cal行動通知（NOA）

NOA必須包括收入額或者預算表（可以是分開的），並且必須在您申請日期後兩個月內發布，證明您沒有資格參保無需付費的Medi-Cal。

4. 收入扣除額

收入扣除額是從您的月總收入中將扣除的費用，以便確定您是否有資格參保AIM Program。您可以扣除的費用列於以下。如果您和您的丈夫（或者嬰兒的父親）目前工作或者在進行職業訓練並且不在家中提供健保服務，兒童健保和殘障撫養人健保費用將被扣除（高達最大值）。您將被要求提供每個扣除額的證明。

扣除額	金額	要求的證明文件
與工作相關的。工作或者收到州政府傷殘保險或者工人補償每個成年人將扣除$90。如果一個人的收入低於$90，將只扣除收入扣除額。	$90	沒有。自動應用到每個工作的成人和那些收到州政府殘障撫恤金或者工人補償的人士。如果收入低於$90，扣除額將僅用於收入額。
收到的法庭指令的贍養費或者配偶照顧費。	$50	收到上個月的贍養費影印件或者配偶贍養支票的影印件。
每個兩歲以下兒童每月照顧費用。	每個$200（最多）	上個月兒童照顧費用收據或者注銷的支票。
每個兩歲和兩歲以上兒童每月的日間照顧費用。	每個$175（最多）	上個月兒童照顧費用收據或者注銷的支票。
住在家中（任何年齡）的傷殘撫養人的每月費用。	每個$175（最多）	上個月費用收據或者注銷的支票。
您或您的丈夫或者嬰兒（第10頁上有定義）的父親支付的每月法庭指令的贍養費或者兒童撫養費。	全部支付款額	注銷的支票影印件，薪水單存根或者表示照顧扣除額或者來自地方檢察官Family Support Division的最近一個月帳目清單。

您是否符合AIM收入指南？

請在以下圖表中找到您的AIM家庭大小。*（有關AIM的家庭大小，請閱讀第10頁。）*請確定您的家庭月收入在為您的家庭大小所列的範圍內。*（關於收入和扣除額，請閱讀第10-12頁。）*如果您的收入在範圍內，您符合AIM收入指南。

您將需要將您的收入和支出證明發送給我們以便您有資格參保AIM。

AIM 收入指南
2005年4月1日至2006年3月31日

AIM家庭大小（孕婦按兩個人算）	家庭月收入（去除AIM扣除額後的總收入）
2	$2,140 至 $3,208
3	$2,683 至 $4,023
4	$3,226 至 $4,838
5	$3,770 至 $5,653
6	$4,313 至 $6,468
7	$4,856 至 $7,283
8	$5,400 至 $8,098

若您的收入低於規定，便可能符合參加免費Medi-Gal的資格。

如果您因為家庭收入（去掉扣除額後）低於所列最低額而沒有資格參保AIM，您也許可以有資格參保無需付費的 Medi-Cal 計劃。家庭收入是聯邦收入指南中的200%或者低於200%的任何婦女均可獲得假定參保資格。假定參保資格是一項聯邦/州政府Program，透過在正式Medi-Cal 申請之前立即提供Medi-Cal 承保福利為孕婦提供妊娠護理。有關假定參保資格的詳細資料，請致電您所在郡縣的社會服務部。如果您給我們授權，我們將把您的AIM 申請轉交給Medi-Cal 計劃。

Medi-Cal 計劃的隱私通告

聯邦政府和州政府法律要求我們提供以下資料：福利和機構法案4011要求Medi-Cal 計劃申請人提供本申請中要求的資料。這些資料可以由聯邦、州和當地機構共享，用來核實參保資格並且核實那些尋求全部Medi-Cal 計劃福利人士的移民狀況。（法律規定U.S. Citizenship and Immigration Services (CIS)（前Immigration and Naturalization Service (INS) 不得使用這些資料，欺詐除外。）它也可以用來處理Medi-Cal 費用申請並制作福利識別卡。不提供所要求的資料可能會導致申請遭到拒絕。本表格要求的資料是強制性的。除非只申請緊急或者於懷孕相關的福利，社會安全法144(a)(1)要求提供社會安全號碼。

您有權查閱您的Medi-Cal 紀錄。請與您所在郡縣的Medi-Cal辦公室聯絡。

為您的AIM承保福利支付費用

AIM費用是多少？

要參保AIM，您必須一次性支付少量費用，但這是您必須支付的唯一費用。與大多數保險計劃不同，AIM不收取共付額或者每月扣除額。

- 您花的總費用將是去掉收入扣除額後調整後年家庭收入的1.5%。這是總費用，不是月費
- 當您遞交申請時您也許可以支付您的1.5%費用，或者支付一年中的每月費用。

您的1.5%費用為您在懷孕期間和懷孕結束後60天提供保險。

從以下圖表您可以看到您需繳付AIM的費用。

請注意，您將被要求單獨支付每月保費為您的孩子透過您的每月保費額取決於您的孩子參保的健康計劃，但是每個孩子不會超過$15/月。

AIM 的收費
2005年4月1日至2006年3月31日

AIM 家庭大小（孕婦按兩個人算）	家庭月收入（去除AIM扣除額後的總收入）	AIM 總費用（調整後的家庭年收入之1.5%）
2	$2,140 至 $3,208	$385 至 $577
3	$2,683 至 $4,023	$483 至 $724
4	$3,226 至 $4,838	$581 至 $871
5	$3,770 至 $5,653	$678 至 $1,017
6	$4,313 至 $6,468	$776 至 $1,164
7	$4,856 至 $7,283	$874 至 $1,311
8	$5,400 至 $8,098	$972 至 $1,458

如何給AIM付費？

總費用是去掉收入扣除額後您的調整後家庭年收入的1.5%。不要擔心，您不必一次支付全部費用。您可以分12個月支付給AIM Program。您將填寫好的申請表連同$50銀行本票或者匯票郵寄，這也將計入您的1.5%費用中。**不接受個人支票。**

一旦您被AIM Program接受了，您每個月將收到一份帳目清單。即使您沒有收到每月帳單，您也必須負責支付每個月費用。付款必須在每個月1號之前收到。***將您的付款郵寄到：***

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

或者您也可以選擇連同申請表一次性支付1.5%費用。如果您連同申請表支付1.5%的全部費用，將給您$50的折扣。

符合AIM指南，並計算您的AIM總費用：樣本

例如，您和您的丈夫將要有第一個嬰兒，您的家庭大小將計為三個人。如果您和您的丈夫月收入去掉扣除額後為$3,000，您的費用將為$540.00。

這是基於第一次計算確定您的月收入（去掉扣除額後）是使您否有資格參保，然後確定年收入（您的每月調整後家庭收入乘以12），最後計算1.5%。

以下圖表說明家庭收入、扣除額和AIM總費用。

家庭月總收入	確定家庭月總收入。有關需要遞交可接受收入清單，請參閱第11頁	$3,180.00
家庭收入總扣除額	確定家庭收入總扣除額（例如：兩個有工作的成年人，每個人$90工作扣除額，沒有其他扣除額）有關需要遞交可接受收入扣除額清單，請參閱第12頁	– $180.00
調整後家庭月收入	將家庭收入總扣除額從家庭月總收入中減去。請查閱第14頁上的收入指南中的此金額，確定您是否有資格參保AIM	= $3,000.00
	將調整後家庭閱收入乘以12以確定調整後家庭年收入	x 12個月
調整後家庭年收入	這是調整後家庭年收入	= $36,000.00
	將調整後家庭年收入乘以1.5%計算出參與AIM Program的費用	x 1.5%
AIM年總費用	**這是參與AIM Program的總費用**	**= $540.00**

請記住，此費用為您提供承保福利直到您的懷孕結束後60天為止。

請記住不要推遲付款，這很重要。否則會對您的信用度有負面影響。如果您沒有按時支付總費用，我們將給您郵寄提醒通知。如果您的付款遲到90天，我們將您報告到信用報告代理機構。這將影響到您將來購買汽車或者房屋或者申請信用卡時的信用度。如果以後全額支付費用，信用報告代理機構的紀錄將會更新。

任何醫療服務提供者或者任何政府實體為您支付費用將違反州政府規定。但是聯邦政府認可的California Indian Tribal Government可以代表部落中的某位成員提供承保人所要求的貢獻。

即使您注銷您的AIM承保福利，您也必須支付AIM費用

即使您在承保福利開始時或者第一天後注銷AIM，您也有責任支付1.5%全部費用。<u>如果承保福利開始第一天或者第一天後您有懷孕并發症或流產，或者您選擇不使用計劃提供給您的服務，您也得支付這筆費用。</u>

您支付的1.5%費用是州政府支付您的健康計劃金額的一小部分。事實上，州政府在您參保AIM Program時提前為您的醫療服務支付了健康計劃的費用。

您如何申請以及您的承保福利何時開始？

誰可以成為申請人？

申請人可以是18歲以上自己申請的孕婦或者是孕婦的配偶。申請人也可以是法定監護人、親生父母、寄養家長、或者與懷孕孩子同住的繼父母；但是，**不**計算父母或者法定監護人的收入來決定參保資格。不在親生父母、養父母、法定監護人、寄養家長或者繼父母的家中居住的被解救的未成年人也可以成為申請人。

您如何申請？

您需要填寫本手冊中的申請表，並郵寄給AIM Program。AIM Program將在收到您填寫好的申請表後10天內處理您的申請資料。

如果您的申請表填寫完整並且您有資格參保，您將收到一封信告訴您已經參保到AIM Program中。此信也將告訴您保險開始的日期。**您的保險從您的申請批准後10天開始。**

如果您的申請填寫不完整或者您沒有資格參保，您將收到一封信說明需要的額外資料或者您沒有資格參保的原因。您的$50最初付款將在 4 至 6 周內退還給您。

一旦您參保後，您將在10天內從您選擇的健康計劃那裡收到一份涵蓋福利證明手冊和保險卡。**如果您沒有在10天內收到保險卡，請直接致電您的健康計劃。**

如果您在健康承保福利開始第一天時不再懷孕，您的保險將不會生效。付款將退還給您。您必須立即寫信給AIM Program（地址如下）告訴我們您不再懷孕的日期。**如果給Program的通知在保險生效日期後收到，必須遞交由執照專科醫生或者經核准的專科醫生開具的證明文件，其中標有流產日期。**

將您的信件郵寄或者傳真到：

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

參保AIM的婦女數量受州政府資金的限制。盡管一般情況下有足夠的資金，但是一旦Program滿員，即使您有資格參保並且您的申請資料齊備，您也將不能參保。如果發生此情況，將透過信函通知您，最初付款將退還給您。

參保AIM之前獲得的服務怎麼算？

AIM Program將為您以前支付的懷孕相關、醫療必須的服務補償高達$125，其中包括懷孕化驗和產前看醫生，如果發生以下情況：

- 您在AIM Program收到您填寫好的申請表前**40個日曆天**開始到承保福利開始日期期間您收到服務，**並且**
- 您在收到服務日期**90個日曆天**內向AIM Program遞交付款申請。

必須提供以下資料：

1. 原始帳單或者有醫療提供者的名字和公司地址的影印件。
2. 付款申請上您的名字、地址、出生日期和社會安全號碼（自願填寫）。
3. 您收到醫療服務的日期、已**支付**的金額和類型。

將您的請求郵寄或者傳真到：

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

AIM承保福利*開始時或者開始後*，應該直接向您的健康計劃遞交具有服務日期的費用申請。

Access for Infants and Mothers 申請

第 1 部分

孕婦資料：本部分給我們提供有關孕婦的基本資料。如果問題不適用，請寫『N/A』。遞交社會安全號碼是自願的。抽煙問題回答『是』並不會影響參保。

姓氏	名字，中間名	社會安全號碼	出生日期	
街道地址（不接受郵政信箱）			單位/公寓號碼	電話號碼 (　　)
城市	郡縣		州	郵遞區號
最近月經第一天 - **（必須填寫）**		您是否抽煙？　是/否	您的家中是否有人抽煙？ 是/否	
如果與上面地址不同，請將帳單郵寄地址和郵政地址用印刷體寫上：				
姓氏			名字	
街道地址或者郵政信箱				單位/公寓號碼
城市	郡縣		州	郵遞區號

種族：（可選項：請勾選最適合您的人種）

☐ 1 白種人	☐ 5b 阿拉斯加土著	☐ J 日本人	☐ R 關島人
☐ 2 拉丁裔	☐ 7 菲律賓人	☐ K 韓國人	☐ T 寮國人
☐ 3 黑人/美國非洲人	☐ A 美亞混血人	☐ M 薩摩亞人	☐ V 越南人
☐ 4 亞洲人	☐ C 中國人	☐ N 印度人	☐ Z 其他
☐ 5a 美國印第安土著	☐ H 柬埔寨人	☐ P 夏威夷人	

您那種語言說得最好？ _____　　您那種語言讀得最好？ _____

第 2 部分

健康計劃的第一選擇：（申請人必須填寫此部分）

說明：請翻到本申請資料的第22頁，確定您所在郡縣中有哪些AIM健康計劃。從第26頁開始，您將會找到每個健康計劃的說明供您復審。	
健康計劃的第一選擇：	
醫療團體/醫療服務提供者的選擇 **（如果要求的話）：**	醫療服務提供者代碼 **（如果要求的話）：**

健康計劃的第二選擇：（申請人必須填寫此部分）

健康計劃的第二選擇：（如果沒有第一選擇）	
醫療團體/醫療服務提供者的選擇（**如果要求的話）：**	醫療服務提供者代碼 **（如果要求的話）：**

Access for Infants and Mothers 申請

第 3 部分

家庭大小、收入和保險資料：此部分將給我們提供有關孕婦家庭大小、收入以及孕婦或未出生嬰兒是否可以獲得保險方面的資料。

A 部分：孕婦資料		
姓名	目前您是否工作？ 是/否	
雇主名稱（如果工作的話）	雇主的電話號碼 (　　)　　分機號碼	
雇主的街道地址	城市　　州　　郵遞區號	
收入來源（工作、社會保障、退休金等）	多長時間有一次收入？ （每週一次、每兩週一次、每月兩次、每月一次、每年一次）	收入有多少？
申請時，您是否有健康保險？ 是/否	如果您對其中任何問題回答是，將要求您提供以下資料： 保單或者健康計劃的名稱： 地址： 保單號碼：	
您的保險是否承保您的懷孕？ 是/否		
如果適用的話，您的產科服務扣除額或者共付額是多少？ $ _____		

B 部分：由丈夫或者未出生嬰兒的父親（如果他和孕婦住在一起並且至少和另外一個孩子住在一起）完成。遞交社會安全號碼是自願的。		
嬰兒父親的名字（如果與孕婦同住）	出生日期	社會安全號碼
是否已與孕婦結婚？　　是/否	目前您是否工作？　　是 / 否	
雇主名稱（如果工作的話）	雇主的電話號碼 (　　)　　分機號碼	
雇主的街道地址　　州		郵遞號碼
收入來源（工作、社會安全、退休金等）：	多長時間有一次收入？ （每週一次、每兩週一次、每月兩次、每月一次、每年一次）	收入有多少？
申請時，您作為嬰兒的父親是否有健康保險？是/否	如果您對其中任何問題回答是，將要求您提供以下資料： 保單或者健康計劃的名稱： 地址： 保單號碼：	
您的保險是否承保懷孕？ 是/否		
如果適用的話，您的*產科服務扣除額*或者共付額是多少？ $ _____		

Access for Infants and Mothers 申請

C 部分：有關收入扣除額和要求孕婦遞交的證明文件的詳細資料，請參閱第12頁。

請列出所有已婚或未婚人士（他們共同有一個孩子住在家中）的 — 或者住在學校中作為稅收撫養人的21歲以下未婚孩子/繼子女。請包括住在孕婦家中的傷殘撫養人、由孕婦或嬰兒父親（如果與孕婦同住）支付的每月兒童照顧費或者傷殘撫養人照顧費。如果沒有這些費用，請寫『N/A』或者『zero』。如果需要更多空間，請單獨寫在一張紙上並與申請材料一起郵寄。

兒童或者傷殘撫養人的名字	出生日期	與孕婦的關係	每月已支付的金額

孕婦是否支付法庭指令的兒童撫養或者配偶贍養費？ 是/否 如果是，兒童撫養費是多少？ $_____ 贍養費是多少？ $_____ **要求的證明文件**	嬰兒的父親，如B部分中所列，是否支付法庭指令的每月兒童撫養費或者配偶贍養費？ 是/否 如果是，兒童撫養費是多少？ $_____ 贍養費是多少？ $_____ **要求的證明文件**

有關收入扣除額和要求孕婦遞交的證明文件的詳細資料，請參閱第12頁。

您是從什麼地方第一次聽說AIM Program的？（請在其中一項上畫圈）

1. 醫生辦公室
2. 社區診所
3. 報紙
4. 互聯網
5. 醫院
6. 政府辦公室
7. 1-800-BABY-999
8. 雇主
9. 學校/教堂
10. 朋友/親戚
11. 電視/廣播
12. 健康大會/社區活動
13. 保險代理
14. 其他（請說明） _____

第4部分

孕婦聲明

本人聲明

- 我聲明我相信從申請日期開始到現在我懷孕沒有超過30週，並且我隨信附上一份我的懷孕證明文件。
- 我聲明我是加州居民並且在簽署此參保申請資料日期之前已經在加州連續居住至少六個月。
- 我聲明任何健康服務提供者或者政府實體現在不會並且將來也不會給我補償我的承保費用，California Indian Tribal Government除外，如果適用的話。
- 我聲明我沒有健康保險承保我的懷孕，也沒有透過我的健康保單獲得專門用於產科服務的超過$500 的扣除額或者共付額。
- 我聲明在申請時，我沒有參保無需付費的Medi-Cal計劃，也沒有參保Medicare計劃的A部分和B部分。
- 我聲明我允許AIM Program 核准我的家庭收入、健康保險狀況、居住地點和申請表上的其他資料。
- 我聲明遵守我參保的任何參與健康計劃的參保規則、使用復審程序和爭執解決程序。
- 我聲明我已經復審了參與健康計劃提供的福利。
- 我聲明我理解並遵守AIM Program 的規則和規定。
- 我聲明我同意支付要求的承保人費用，即使我沒有完全使用AIM提供的承保福利或者服務，我認可AIM Program將採取行動征收全部的承保人費用。

Access for Infants and Mothers 申請

第5部分

參保授權和條件

根據1980年1月1日的醫療資料保密法案的第56節和加州民事法規續的要求，所有申請人必須年滿18歲：我授權任何保險公司、醫生、醫院、診所或者醫療服務提供者提供給 Access for Infants and Mothers 管理者任何和所有有關任何醫療史、提供給申請人的服務或者治療的紀錄，和本申請資料所列的申請人懷孕的嬰兒的紀錄，用於復審、調查或者評估。本授權立即生效，並且持續有效直到管理者要求為止。本授權書的影印件與原件同樣有效。

隱私通知

1977年的資料做法法案和聯邦隱私法案要求Program提供以下資料給Access for Infants and Mothers Program申請計劃要求提供資料的人士（保險法規第2節第6.3部分）：要求個人資料的主要目的是為識別承保人和Program管理。Program規定要求每個人給Access for Infants and Mothers Program提供合適的申請資料。不提供這些資料可能會導致無法參保。申請表中的以下資料是自願填寫的：社會安全號碼、人種和介紹人。

每個人有權查看醫療保險風險管理董事會保存的個人資料的紀錄。負責保存這些資料的官員是：Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. 董事會可以收取一小筆費用以支付複印這些資料的成本。

我明白這是州政府Program，我的權力和義務根據加州保險法規第2節第6.3部分和加州規定法規第10章第5.6部分來決定。

如果您參保某些計劃，您同意由中立約束仲裁決定的某些費用申請（可能包括醫療誤診費用申請）。會員們放棄使用陪審團或者法庭審判的權力。<u>第20頁</u>上有關於每個計劃和仲裁要求的資料。您可以致電您選擇需要了解更多資料的計劃。

我，申請人，證明我已經閱讀並理解前面的宣誓書和聲明。我也證實據我所知此表中我所提供的資料真實正確。作為申請人，我同意支付要求的承保人費用並且明白州政府將採取適當行動征收本合約所列的全部承保人費用。

X _____ _____

申請人簽字 日期

自願 — 將AIM申請資料轉給Medi-Cal的授權

如果我的申請資料對於AIM不合格，我請求將此申請資料遞交給郡縣政府，並且將它作為Medi-Cal計劃申請。在偽證懲罰的前提下，我聲明據我知道的一切，此表中的訊息真實正確。

X _____ _____

申請人必須簽字 日期

您已經完成以下事情之後：

- ☑ 填寫好申請表
- ☑ 在申請表上簽字
- ☑ 收集了所有必要的收入和懷孕證明文件
  - 懷孕證明
  - 收入證明文件
  - 收入扣除額證明
  - $50銀行本票或者匯票（簽過字的）
- ☑ 將您的$50銀行本票或者匯票（不是個人支票或者現金）支付給：**Access for Infants and Mothers Program**
- ☑ 影印將要遞交的所有文件作為您的紀錄 — 如果您選擇這樣做的話

將您的申請表和其他資料郵寄到：

郵寄地址：	隔夜郵遞地址：
Access for Infants and Mothers Program **P.O. Box 15559** **Sacramento, CA 95852-0559** ***請不要傳真申請資料***	**Access for Infants and Mothers Program** **625 Coolidge Drive** **Suite 100** **Folsom, CA 95630**

***注：** AIM Program必須在您懷孕第30週之前收到您的申請，您才會被AIM Program考慮。如果您懷孕接近第30週，您可以透過Fed-Ex、US Postal Service等隔夜郵遞您的申請資料。

Access for Infants and Mothers 申請

申請人需要填寫的懷孕證明：

孕婦的姓氏	孕婦的名字	中間名
孕婦的地址		單位/公寓號碼
城市	州	郵遞區號

AIM懷孕證明表格

在美國開具的懷孕證明必須與您的申請資料一起寄回。以下表格可以用來證明懷孕。您也許可以使用不同表格，只要其中資料與此表格相同並且由以下所列其中一位人士簽字即可。

要有資格參保AIM，孕婦懷孕時間自Program收到申請資料後不得超過30週。懷孕證明必須由執照醫療服務專科醫生或者經核准的醫療服務專科醫生簽字。可以為AIM Program證明您懷孕的人士包括但不限於以下：

醫生（醫藥博士、產科博士）
執照職業護士
計劃的親子關係組織授權的人士
註冊護士
醫生助理
經核准的護士助產士
醫療助理

醫療辦公室人員不能證明懷孕，除非此人有醫療執照或者證書。

由證明懷孕的人士填寫：

我證明上面所列人士已經懷孕。

機構名稱	日期	
機構地址	房間號碼	
城市	州	郵遞區號
城市區號和電話號碼 (　　)	傳真號碼 (　　)	估計到達日期
用印刷體書寫醫療服務專科醫生的姓氏**（必須填寫）**	用印刷體書寫醫療服務專科醫生的名字**（必須填寫）**	中間名
醫療服務專科醫生的簽字 **（必須填寫）**	醫療頭銜 **（必須填寫）**	醫療執照號碼

REV 07.01.2005

您參保後需要了解的資料

如想繼續享用該等服務，您須：

將您的嬰兒註冊到Healthy Families中

在您的預產期大約前30天內，您將會收到一份Healthy Families Handbook 和表格信件，要求您填寫有關您嬰兒的資料。

1. 名字、中間名和姓氏。
2. 出生日期。
3. 性別。
4. 出生時的重量。
5. 家庭醫生（嬰兒的醫生）。
6. 牙科及視力計劃選擇。（Healthy Families手冊告訴您所在的郡縣中可參保的計劃）。

您必須將這些資料和您的每月保費郵寄到Healthy Families。每月保費金額多少請參閱表格信函。

您的嬰兒承保福利將從出生日期開始。您的嬰兒將參保到您透過AIM參保的HealthyFamilies中的相同計劃。嬰兒將保持在您的AIM中的相同計劃，如果您有其他孩子已經參保Healthy Families除外。如果您有其他孩子參保Healthy Families，嬰兒將在出生後第三個月轉到其他孩子的計劃中。如果您的嬰兒有特別健康護理需要並且您不想將您的嬰兒轉到另外一個計劃中，請致電Healthy Familes。

如果在第一次年度資格復審時，您符合AIM計劃指南，您的嬰兒將保持在Healthy Families中。如果要保持在Healthy Families中，在嬰兒的第二次年度資格復審時，您必須在Healthy Families指南中。

您的嬰兒承保福利將在Healthy Families Program收到要求的資料和保費後開始。

變更您的地址

您必須寫信給AIM Program告訴他們您的家庭電話或者帳單郵寄地址的變更或者如果您要搬到外州。此信件必須在您搬家前30內寄出。***將您的信件郵寄或者傳真到：***

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

如果您獲得其他保險

如果您獲得其他保險，您必須寫信給AIM Program（地址如所示）。這對於協調福利或者如果您不再需要AIM服務時很重要。

在AIM中轉換到另一個健康計劃

在大多數情況下，當您登記某個健康計劃，您將繼續在此計劃中直到您的承保福利結束為止。只有三種方式您可以轉換到另一個AIM健康計劃。

1. 如果您或您的嬰兒搬到沒有您原來健康計劃的區域，您也許可以要求從一個AIM健康計劃轉換到另一個健康計劃。

   如果被批准，轉換將在Program收到您的請求17個日曆天內生效。

2. 因為您和您的健康計劃關係不好，您或您的健康計劃可以請求轉換。只有此轉換對Program最有利時，可批准這些請求。在您居住的地區也必須有另一個AIM提供者。

   轉換將在承保人的轉換請求得到批准後15個日曆天內生效。

3. 如果您參保的計劃不再參與AIM，您也許可以轉換到另一個AIM 健康計劃。此轉換將在合約結束之前生效。

所有轉換申請必須由AIM Program批准。因為並非所有請求會被批准，此申請必須在您轉換前30天內書面遞交。***將您的信件郵寄或者傳真到：***

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

您如何可以退保

您將退保，如果：

1. 您寫信給AIM Program並要求注銷您的承保福利。
2. 您不再加州居住。您必須寫信通知AIM Program退保。
3. 您對AIM Program有欺詐行為。這也包括在您的申請表中提供虛假資料。
4. 在您的保險生效日期時候您不再懷孕。如果給Program的通知在保險生效日期後收到，必須遞交由執照專科醫生或者經核准的專科醫生開具的證明文件，其中標有流產日期。

AIM Program將通知您退保及其原因。如果您退保的原因是以上1-3條，您的AIM 承保福利將在請求收到的日曆月末或者在申請中要求的日曆月末結束。**如果您退保的原因是以上1-3條，您仍需負責支付您的所有費用。**一旦您從AIM Program退保，您將無法為同一次懷孕重新參保。

參保資格申訴

如果您不同意AIM Program關於您的參保資格、退保或者轉換所做出的決定，您可以向執行主任提出申訴。您必須以書面形式在您收到拒絕信後60個日曆天內向醫療保險風險管理董事會提出。申訴應該包括以下所有資料：

1. 明確說明爭執問題的聲明。
2. 請求的解決聲明。
3. 任何其他相關資料。這包括拒絕信和連同AIM申請一起遞交的所有證明文件的影印件（付款除外）。

將您的申訴郵寄到：

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

殘障服務

實地服務

AIM須通過郵遞申請，再輔以電話跟進。然而，我們位於加州福爾松（Folsom）的辦事處完全只為方便我們的傷殘客戶前來索取申請表格或遞交申請書而設。

為聽力殘障人士開放

聽力殘障人士可以透過撥打我們的**TTY號碼與我們的AIM參保資格專業人士聯絡：1-800-735-2929。**

為視力殘障人士開放

本申請資料可以製成供視力殘障人士使用的其他形式。有大號印刷版和放大的電腦磁碟形式供使用。可以透過打電話給我們的AIM參保資格專業人士，他們會向視力殘障人士解釋AIM參保資格和參保事宜。

傷殘美國人法案

1973年的康復法案第504節聲明不得基於殘障程度，在從聯邦財政資獲益的Program或者活動中，排除任何有資格的殘障人士在參保之外、不得拒絕提供福利給傷殘人士或者歧視傷殘人士。

1990年傷殘美國人法案禁止醫療保險風險管理董事會和其承包者基於殘障進行歧視，從而保護Program服務中的傷殘申請人和承保人，並且要求該董事會為申請人和承保人提供合理的方便條件。

殘障服務申訴

如果您確實認為AIM Program沒有滿足您的殘障服務需要，您可以透過醫療保險風險管理董事會的傷殘美國人法案協調人提出申訴，地址如下：

ADA Coordinator
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695 （語音服務）
1-800-735-2929（為聽力殘障人士提供的加州轉接服務）

有關雇主贊助的健康保險和AIM Program，給雇主、保險代理、經紀人和潛在承保人的提示：

雇主將孕婦的產科保險注銷而為其提供AIM健康承保福利是違法的。雇主多收取雇員費用或者變更婦女的產科保險而使其參保AIM也是違法的。

加州法律聲明雇主介紹或者安排雇員或者他們的撫養人申請AIM Program，目的是為了將雇員或者他們的撫養人從雇主贊助的團體健康承保福利中分離出來，這是不公平勞工做法。按照加州勞工法第95節，本條款是強制性的，不執行雇主將受到懲罰。

加州法律進一步聲明雇主變更雇員—雇主分擔費用比例或者對雇員或者雇員的撫養人的產科護理承保福利進行任何其他修改，造成雇員或者雇員的撫養人參保AIM Program，是不公平的勞工做法。按照加州勞工法第95節，本條款是強制性的，不執行雇主將受到懲罰。

加州法律聲明保險代理、經紀人或者管理人員介紹或者安排雇員或者他們的撫養人申請AIM Program，目的是為了將雇員或者他們的撫養人從雇主贊助的團體健康承保福利中分離出來，這是不公平競爭。加州法律聲明雇員有個人訴訟權加強本條款。

健康計劃爭執解決程序

如果承保人不滿意他們參保的計劃或者提供者組織的任何行為或者怠惰，承保人應該首先根據其建立的政策和步驟嘗試與參與計劃或者提供者組織解決爭執。

有關每個保險計劃的爭執解決條款的詳細資料，請致電該計劃或者參閱該計劃的披露表格和涵蓋福利證明手冊（可以向每個健康計劃申請索取）。

什麼是具約束力的仲裁？

具約束力的仲裁是某些保險計劃和承保人之間透過中間人復審醫療服務爭執的協議。復審所有事實並聽取雙方的意見後，中間人將做出決定。雙方同意接受決定。

哪些計劃要求他們的成員採用具約束力的仲裁解決爭執？

- Blue Cross EPO和HMO：**是**（包括醫療誤診）
- Contra Costa Health Plan：**否**
- Health Net：**是**（包括醫療誤診）
- Kaiser Permanente：**是**（包括醫療誤診）
- Molina Healthcare of California：**是**（不包括醫療誤診）
- Santa Barbara Prenatal Plus 2：**否**
- Ventura County Health Care Plan：**是**（包括醫療誤診）

醫療保險風險管理董事會福利申訴程序

您應該首先根據其建立的政策和步驟嘗試與計劃解決爭執。如果您不滿意您的申訴解決結果，您可以向加州醫療保險風險管理董事會申訴。

必須在計劃決定後60個日曆天內向醫療保險風險管理董事會遞交申訴。申訴必須包括以下資料：

- 一份正在被申訴的決定影印件、一份書面訴訟聲明或者未執行而被申訴的書面聲明；
- 一份明確說明您爭執問題的聲明；
- 一份您請求的解決聲明；和
- 您想要包括的任何其他相關資料。

沒有包括以上資料的申訴將被退回。計劃否決後60個日曆天內或者收到退回的申訴20個日曆天內，以這兩種情況中最遲的為准，您可以重新遞交完整的申訴。***將您的申訴郵寄或者傳真到：***

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

AIM 計劃私隱通知

本通告說明您的醫療資料可能會被使用和披露，您如果獲得這些資料。請仔細閱讀此通知。

當您申請AIM 計劃時，您在申請表中提供的資料被私營承包者進行復審。私營承包者由加州政府聘請來協助管理AIM 計劃。承包者使用您的資料來確定您是否有資格參保AIM。承包者和州政府使用您的資料用於管理和評估計劃，以及其他法律授權的必要目的。

如果您被確定有資格參保AIM，然後承包者將您的資料發送到健康保險計劃和您選擇的保險提供者，從而您可以開始按此計劃獲得健康保險承保福利。

一旦您的嬰兒出生後，您的健康計劃和提供者將向州政府提供有關您的嬰兒和您以及您嬰兒收到的醫療服務資料。這資料將包括州法律對您的嬰兒出生證明要求的內容，諸如：嬰兒名字、性別、出生日期、重量和您的懷孕史。另外，州政府也將收到您的嬰兒收到的AIM保險有關治療的摘要資料。本資料包括您在產前和產後看醫生的次數，為您的嬰兒提供免疫接種的次數。

不屬於計劃的運作部分資料的使用和披露只有經過您的書面授權方可進行。授權以後可以在您書面請求下撤回。

有關您的個人資料如何使用的權力

您有權要求AIM 計劃限制使用您的個人資料。如果影響到計劃的正常運作和管理，計劃可以不同意這些限制。

只要計劃保留您的個人資料，您也有權獲得一份資料或者請求變更您提供給AIM 計劃的個人資料。除了由AIM 計劃使用您的資料進行計劃的運作以外，您有權對您的個人資料如何被披露得到解釋。

AIM 可以修改此處所述的隱私做法。計劃將透過更新的計劃手冊或者在這些修改生效之前直接郵寄通知其承保人。如果您確實認為您的隱私權受到侵犯，您可以聯絡以下地址向AIM 計劃申訴：

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

新承保人將收到他們的參保確認一起郵寄的一份隱私做法通知。

每個郡縣的AIM健康計劃

1. 找出您所居住的郡縣並確定您的郡縣中有哪些計劃。在某些郡縣中只有Blue Cross EPO。請參閱第26頁上的Blue Cross EPO說明。
   請記住您選擇的健康計劃將是您在懷孕期間一直保持的計劃。
2. 請從第26頁閱讀健康計劃的說明。這些說明包括電話號碼。
3. 如欲查看所在郡縣的婦產科醫生名單，請瀏覽我們的網頁：*www.aim.ca.gov* 或致電AIM Program：1-800-433-2611查詢。

每個郡縣的AIM健康計劃

Alameda
Blue Cross HMO
Health Net HMO

Alpine
Blue Cross EPO

Amador
Blue Cross EPO

Butte
Blue Cross EPO

Calaveras
Blue Cross EPO

Colusa
Blue Cross EPO

Contra Costa
Contra Costa Health Plan

Kaiser Permanente Northern California

Del Norte
Blue Cross EPO

El Dorado
Blue Cross EPO（只保險那些沒有被其他計劃保險的郵遞區號）

Kaiser Permanente Northern California（只有這些郵遞區號內才有承保福利：95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762 ）

Fresno
Blue Cross HMO

Health Net HMO (只有這些郵遞區號內才有承保福利：93210, 93234, 93242, 93602, 93605-09, 93611-13, 93616, 93619, 93621-22, 93624-28, 93630-31, 93634, 93640-42, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93664, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-22, 93724-29, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-62, 93764-65, 93771-80, 93784, 93786, 93790-94)

Glenn
Blue Cross EPO

Humboldt
Blue Cross EPO

Imperial
Blue Cross EPO

接下頁

Inyo

Blue Cross EPO

Kern

Blue Cross EPO（只保險那些沒有被其他計劃保險的郵遞區號）

Blue Cross HMO （**除了**以下郵遞區號，保險其他**所有**郵遞區號：93226, 93287, 93527-28, 93554 和 93556)

Health Net HMO（只有這些郵遞區號內才有承保福利： 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93255, 93263, 93268, 93276, 93280, 93283, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93516, 93518-19, 93523-24, 93531, 93560-61, 93581, 93596)

Kings

Health Net HMO

Lake

Blue Cross EPO

Lassen

Blue Cross EPO

Los Angeles

Blue Cross HMO（Catalina Island除外，承保整個郡縣）

Health Net HMO

Madera

Blue Cross EPO

Marin

Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Mariposa

Blue Cross EPO

Mendocino

Blue Cross EPO

Merced

Blue Cross EPO

Modoc

Blue Cross EPO

Mono

Blue Cross EPO

Monterey

Blue Cross EPO

Napa

Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California（只有這些郵遞區號內才有承保福利：94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599)

Nevada

Blue Cross EPO

Orange

Blue Cross HMO

接下頁

Placer

Blue Cross EPO（只保險那些沒有被其他計劃保險的郵遞區號）

Health Net HMO（只有這些郵遞區號內才有承保福利： 95602-04, 95631, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95701, 95703, 95713-14, 95717, 95722, 95736, 95746, 95747, 95765)

Kaiser Permanente Northern California（只有這些郵遞區號內才有承保福利：95602-04, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765)

Plumas

Blue Cross EPO

Riverside

Blue Cross EPO （只保險那些沒有被其他計劃保險的郵遞區號）

Health Net HMO （只有這些郵遞區號內才有承保福利： 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92292, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92536, 92543-46, 92548-49, 92551-57, 92561-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589, 92590-93, 92595-96, 92639, 92860, 92877-83)

Kaiser Permanente Southern California（只有這些郵遞區號內才有承保福利： 91752, 92220, 92223, 92320, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83)

Sacramento

Blue Cross HMO

Health Net HMO

San Benito

Blue Cross EPO

San Bernardino

Blue Cross EPO（只保險那些沒有被其他計劃保險的郵遞區號）

Health Net HMO （只有這些郵遞區號內才有承保福利：91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92242, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92301, 92305, 92307-13, 92316, 92318, 92324, 92327, 92329, 92334-37, 92339-42, 92345-47, 92350, 92352, 92354, 92356-59, 92365, 92368-69, 92371-77, 92382, 92392-95, 92397-99, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427, 93562)

Kaiser Permanente Southern California（只有這些郵遞區號內才有承保福利：91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91784-86, 91798, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92333-37, 92339-41, 92345-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-94, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92420, 92423-24, 92427)

San Diego

Blue Cross HMO

Molina Healthcare of California

San Francisco

Blue Cross HMO

Health Net HMO

San Joaquin

Blue Cross HMO

Kaiser Permanente Northern California

接下頁

每個郡縣的AIM健康計劃，*接上頁*

San Luis Obispo
Blue Cross EPO

San Mateo
Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Santa Barbara
Santa Barbara RHA/Prenatal Plus 2

Santa Clara
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Santa Cruz
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Shasta
Blue Cross EPO

Sierra
Blue Cross EPO

Siskiyou
Blue Cross EPO

Solano
Blue Cross EPO

Kaiser Permanente Northern California

Sonoma
Health Net HMO

Kaiser Permanente Northern California (只有這些郵遞區號內才有承保福利：94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-09, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492)

Stanislaus
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Sutter
Blue Cross EPO

Tehama
Blue Cross EPO

Trinity
Blue Cross EPO

Tulare
Blue Cross HMO

Health Net HMO

Tuolumne
Blue Cross EPO

Ventura
Blue Cross HMO（除了以下郵遞區號，保險其他所有郵遞區號： 93022-93024)

Ventura County HCP

Yolo
Blue Cross EPO

Health Net HMO

Yuba
Blue Cross EPO

AIM健康計劃說明

Blue Cross of California

獨家提供者組織（EPO）

會員服務號碼：1-800-289-6574，TDD：1-888-757-6034，英語和西班牙語。
週一至週五早上8:30至晚上7:00

誰可以加入Blue Cross EPO Plan

以下郡縣中的有資格參保AIM的孕婦都可以加入Blue Cross EPO Plan：Alpine；Amador；Butte；Calaveras；Colusa；Del Norte；Glenn；Humboldt；Imperial；Inyo；Lake；Lassen；Madera；Marin；Mariposa；Mendocino；Merced；Modoc；Mono；Monterey；Napa；Nevada；Plumas；San Benito；San Luis Obispo；San Mateo；Shasta；Sierra；Siskiyou；Solano；Sutter；Tehama；Trinity；Tuolumne, Yolo和Yuba。

以下郡縣中有資格參保AIM的孕婦都可以加入Blue Cross EPO Plan，但只有她們所居住的社區沒有另一個計劃保險方可：El Dorado、Kern、Placer、Riverside和San Bernardino。

在一些農村地區，只有一些有限數量的EPO Plan提供者。如果您居住在農村，請致電Blue Cross詢問是否有計劃提供者。

計劃精華

作為Blue Cross EPO Plan for AIM的會員，您可以選擇您所在地區的Blue Cross Prudent Buyer PPO提供者。這包括醫生、醫院和其他醫療專業人士。Blue Cross EPO Plan for AIM包括以下福利：

- 您可以到我們的Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan醫療網中的任何一位醫生那里看病。
- Blue Cross EPO Plan醫療網擁有很多醫生供您就近選擇。
- 我們的Prenatal Program是一個義務健康計劃，是透過培訓孕婦減少對嬰兒的風險並為您的參與提供免費禮品而設計的。
- MedCall®是二十四小時護士健康咨詢免費專線，由註冊護士值班。服務包括健康教育、健康咨詢和查詢有關400個健康主題（包括『抽煙和懷孕』）的錄音資料。
- 我們擁有很多參與藥店供您選擇。為了您的方便，附上一份郵購處方藥物Program。

計劃提供者

Blue Cross EPO Plan for AIM為您的護理提供一個廣泛的醫療網，其中包括全州各個醫生、醫院和其他醫療專業人士。您必須使用參與Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan網的醫療提供者，否則除了緊急情況外您將沒有資格享受福利。一旦您的AIM Program申請已經被批准，我們將給您郵寄一份Blue Cross Prudent Buyer Provider Directory，以便您可以選擇您家或者工作地點附近的醫療提供者。

計劃如何運作

如何參保

只需在AIM申請表中的『健康計劃選擇』寫上『Blue Cross EPO Plan』。不需要選擇醫療團組/提供者或者提供者代碼。

一旦被接受

第一，從Blue Cross Prudent Buyer Provider Directory選擇參與EPO Plan的醫生。您必須從此目錄中選擇參與醫生。

第二，當您收到Blue Cross識別卡時，請打電話與您的醫療提供者預約見面。請記住您懷孕時，您的醫療服務應立即開始，這很重要！

如果您需要咨詢醫生，您可以二十四小時任何時候打電話給醫療提供者。

第三，給我們打電話以便我們可以確認您的嬰兒將在哪家醫院出生。

請記住不參與Blue Cross Prudent Buyer PPO Plan網的醫療提供者的服務沒有福利，除非由Blue Cross授權或者緊急情況，這也很重要。

有關Blue Cross EPO Plan for AIM的更多資料，請致電1-800-289-6574。我們將很樂意回答您有關Blue Cross EPO Plan for AIM的任何問題。

本頁上提供的資料僅為摘要。有關准確的條款和條件，您應該參閱Blue Cross EPO Plan for AIM的涵蓋福利證明手冊。

Blue Cross of California

管理式保健組織（HMO）

會員服務號碼：1-800-289-6574，TDD：1-888-757-6034，英語和西班牙語。
週一至週五早上8:30至晚上7:00

誰可以加入Blue Cross HMO Plan

居住在以下郡縣中的有資格參保AIM的孕婦都可以加入Blue Cross HMO Plan：Alameda；Fresno；Kern；Los Angeles；Orange；Sacramento；San Diego；San Francisco；San Joaquin；Santa Clara；Santa Cruz；Stanislaus；Tulare和Ventura。

計劃精華

作為Blue Cross HMO Plan for AIM的會員，您可以獲得廣泛的高品質醫療服務。Blue Cross HMO Plan for AIM提供以下福利：

- 義務健康計劃，諸如營養服務和戒煙計劃。
- 我們的Prenatal Program是一個義務健康計劃，是透過培訓孕婦減少對嬰兒的風險並為您的參與提供免費禮品而設計的。
- MedCall®是二十四小時免費護士健康咨詢專線，由註冊護士值班。服務包括健康教育、健康咨詢和查詢有關400個健康主題（包括『抽煙和懷孕』）的錄音資料。
- 我們擁有很多參與藥店供您選擇。為了您的方便，附上一份郵購處方藥物Program。
- 當您參保或者一旦您被Program接受，您可以透過致電Blue Cross Customer Service：1-800-289-6574選擇您的全科醫生。

計劃提供者

Blue Cross HMO Plan for AIM為您的護理提供一個廣泛的醫療網，其中包括全州各個醫生、醫院和其他醫療專業人士。

一旦您的AIM Program申請已經被批准，我們將給您郵寄一份您所在地區的Blue Cross Provider Directory，以便您可以選擇您家或者工作地點附近的醫療提供者。

計劃如何運作

如何參保

只需在AIM申請表中的『健康計劃選擇』寫上『Blue Cross HMO Plan』。如果您已經知道您要選擇的全科醫生，請在『選擇醫療團組/提供者』下面寫出您的選擇並在『醫療提供者代碼』方框中寫上醫療提供者代碼。您必須選擇離您家30英里以內的一個地方。如果您沒有選擇全科醫生，一旦您被Program接受，Blue Cross將為您指定一個 。

一旦被接受

第一，如果指定的全科醫生不適合您，請致電Blue Cross會員服務：1-800-289-6574以變更到一個新的醫生那裡。

第二，當您收到Blue Cross識別卡時，請打電話與您的全科醫生預約見面。請記住您懷孕時，您的醫療服務應立即開始，這很重要！

第三，給我們打電話以便我們可以確認您的嬰兒將在哪家醫院出生。

如果您需要咨詢醫生，您可以二十四小時任何時候打電話給您的全科醫生。

作為一名會員，您每週七天每天24小時隨時享有緊急承保福利。

有關Blue Cross HMO Plan for AIM的更多資料，請致電1-800-289-6574。我們將很樂意回答您有關Blue Cross HMO Plan for AIM的任何問題。

本頁上提供的資料僅為摘要。有關准確的條款和條件，您應該參閱Blue Cross HMO Plan for AIM的涵蓋福利證明手冊。

Contra Costa Health Plan

CONTRA COSTA HEALTH PLAN
A Division of Contra Costa Health Services

營銷：1-800-211-8040，會員服務： 1-877-661-6230（按主菜單上的2），
行政管理：925-313-6000。

誰可以加入Contra Costa Health Plan (CCHP)

居住在Contra Costa縣的有資格參保AIM的孕婦均可以加入CCHP。

計劃精華

Contra Costa Health Plan成立於1973年，由Contra Costa縣資助，加州管理醫療部頒發執照，並且是一個聯邦政府認定合格的管理式保健組織。因此，可以保證我們的60,000多名會員CCHP一定滿足醫療的最高標准。

我們的會員誇獎CCHP的以下特色：

- 當地健康中心為重要和緊急醫療服務延長工作小時
- 廣泛的社區重要護理和特別護理醫生網
- 全年365天，每天24小時專家咨詢護士服務
- 全球範圍的緊急服務承保福利
- 週一至週五早上8點至下午5點親切的雙語會員服務代表為您提供幫助。

計劃提供者

CCHP有兩個『計劃提供者網』供選擇：我們的健康中心網透過八家健康中心和在本地區最新的醫院Contra Costa Regional Medical Center中提供重要護理和特別護理。您只需簡單選擇最方便您的健康中心並選擇一位在那家健康中心工作的全科醫生和產科/婦科醫生即可。他們將確保您獲得所有的預防照顧、例行護理和您需要的特別護理轉診。我們另外一組計劃提供者是CCHP Community Physician Network (CPN)。如果您從CPN中選擇了一位全科醫生，您的產科/婦科醫生也必須來自這個醫療網。您將使用您醫生使用的任何醫院，這個地區中六家醫院中的其中一家。

如何參保

在您的申請表的第2部分中的『選擇健康計劃』中寫上『Contra Costa Health Plan』。在下一行中，請指明『選擇醫療團體/提供者』是『健康中心』還是『社區醫生』網。

一旦被接受 — 開始護理

當您參保時，CCHP將給您郵寄一張識別卡、會員手冊、醫療提供者目錄以及組合在一起的涵蓋福利說明和披露表格手冊。

我們鼓勵所有新會員立即致電我們的會員服務部。我們的代表會幫助您選擇一位全科醫生，同時回答您有關如何使用計劃服務的任何其他問題。

透過致電會員服務並從您選擇的任何一個CCHP醫生網中另外選擇一位醫生，您可以變更您的全科醫生或者產科/婦科醫生，並且轉換到其他提供者醫療網。

重要資料

本頁上提供的資料僅為摘要。有關具體的條款和條件，請參閱Contra Costa Health Plan的涵蓋福利證明和披露表格。

Health Net

Health Net

免費電話： 1-800-327-0502, TDD：1-800-995-0852。
Para los que hablan Español: 1-888-231-9473, opción 8.

誰可以加入 Health Net？

居住在以下郡縣的有資格參保AIM的孕婦均可以加入Health Net。

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

以及以下郡縣的部分地區：

- Fresno
- Placer
- Kern
- Riverside
- San Bernardino

計劃精華

作為加州最大的健康計劃之一，我們提供的優質醫療服務不僅價格低廉，而且針對個人，非常方便。我們的任務是照顧您。健康網提供以下福利：

- 產前教育計劃和檢查，以及敬業的圍產期護理經理護士
- 透過各種獨一無二的健康計劃、檢查、課程和材料加強完整健康護理
- 每週7天，每天24小時，多語言會員服務
- 24小時護士咨詢專線
- 被美國國家品質保證委員會（NCQA）為我們的HMO商業產品授予最高質量認證『最佳』地位

計劃提供者

Health Net提供加州最大的計劃提供者網之一。我們的計劃提供者網在全州提供基於社區的醫生、醫院和藥店。許多醫生團體提供的研討會注重預防照顧，並為會員提供機會提高和改善健康和健康意識。有關參與AIM Program的Health Net醫生清單，請致電Health Net：1-800-327-0502 或者訪問AIM網址：*www.aim.ca.gov*以查看或者列印參與AIM Program的Health Net提供者清單。

如何參保

一旦您決定選擇Health Net，您必須完成AIM參保申請。請在標有『選擇健康計劃』的方格中寫上『Health Net』。

如果您知道想要選擇的全科醫生或者醫療團組，請在AIM申請表上的『選擇醫療團組/提供者』中寫上您的選擇。如果您沒有選擇全科醫生，Health Net 將為您指定一位。如果您需要協助來選擇全科醫生，請致電Health Net：1-800-327-0502。

一旦被接受 — 開始護理

一旦參保，您將收到一張Health Net會員識別卡和一包新會員資料。我們將給您打電話歡迎您加入計劃、回答您可能有的問題並幫助您立即開始使用您的福利。

一位產科/婦科醫生或者護士助產士（如果您願意）將為您提供所有的妊娠護理。一旦參保Health Net，您將選擇一位全科醫生協調您要求的與懷孕無關的任何醫療服務。您可以每天24小時隨時隨地致電您的全科醫生滿足您所有的醫療服務需要。您頁可以致電Health Net二十四小時的會員服務部和二十四小時護士咨詢專線。

緊急護理是承保福利。在緊急情況下，如果可能請致電您的全科醫生。他或者她能夠幫助您就治療做出最好的決定，並安排及時的急救室護理。如果您有緊急情況並且不可能聯絡到您的全科醫生，請撥打911或者到離您最近的急救室。

重要資料

如果您就醫療提供者或者Health Net有具體問題，請致電Health Net會員服務：1-800-327-0502。本頁上提供的資料僅為摘要。有關具體的條款和條件，請參閱Health Net涵蓋福利證明手冊。

Kaiser Permanente Northern California

KAISER PERMANENTE®

會員服務電話中心：1-800-464-4000

誰可以加入Kaiser Permanente Northern California

在這些郡縣中居住的有資格參保AIM的孕婦均可以加入Kaiser Permanente Northern California：

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

以及以下郡縣的部分地區：

- El Dorado
- Napa
- Placer
- Sonoma

計劃精華

恭喜您！我們希望您在這個特別時期裡一切順利。感謝您將Kaiser Permanente作為您的AIM提供者。

要改善您的健康懷孕並為您的嬰兒提供一個健康的開始，Kaiser Permanente醫生和您的醫療團隊成員共同協作為您：

方便使用的福利：

- 為產科/婦科醫生訪問無需轉診
- 幾乎沒有文書工作（在非本計劃機構中獲得的緊急服務除外）
- 可透過電話或者到我們的機構聯絡健康計劃會員服務代表來回答您的福利和服務問題。

計劃提供者

作為Kaiser Permanente會員，您所獲得的高品質醫療護理將由Kaiser Permanente中的Kaiser Permanente醫生提供或者安排。我們的醫生和醫療團隊幾乎代表所有主要醫療和外科專業，共同協作為我們的會員——一個特別團體提供護理。有一個為您提供護理並且可以信賴的醫生很重要，尤其在這種特別時期。我們鼓勵您選擇最能滿足您的要求的私人醫生。您的分娩和其他醫院服務將在Kaiser基金會醫院或者其他Kaiser Permanente的合約醫院中提供。

如何參保

請在AIM申請表中的『選擇健康計劃』上寫上『Kaiser Permanente North』。

開始

您一旦參保，我們將給您郵寄一張健康計劃識別卡和有關您的新AIM承保福利的資料。請致電預約中心選擇一位產科/婦科醫生安排第一次會面。我們也鼓勵您選擇一位私人護理醫生。請隨時攜帶識別卡用來預約。這是您獲得AIM福利和服務所需要的所有資料。

護理服務

從參保有效日期開始，您立即獲得Kaiser Permanente Northern California 地區的福利和服務。到那時，我們鼓勵您安排一次妊娠預約並選擇一位私人醫生。要安排預約或者索取醫療機構目錄，只需致電您選擇的醫療機構。

重要資料

這些頁上提供的資料僅為摘要。有關准確條款和條件，請參閱Kaiser Permanente Northern California Plan的涵蓋福利證明手冊。

今後幾年的醫療服務承保福利

您的AIM承保福利結束後（您懷孕結束後60天），您也許向要考慮加入Kaiser Permanente的Steps Plan。作為一名Steps Plan會員，您可以繼續從Kaiser Permanente獲得長達兩年的護理服務。我們願意在今後多年中照顧您和您家庭！

Kaiser Permanente Southern California

KAISER PERMANENTE®

會員服務電話中心：1-800-464-4000

誰可以加入 Kaiser Permanente Southern California

在這些郡縣部分地區中居住的有資格參保AIM的孕婦均可以加入Kaiser Permanente Southern California：

- Riverside
- San Bernardino

計劃精華

恭喜您！我們希望您在這個特別時期裡一切順利。感謝您將Kaiser Permanente作為您的AIM提供者。

要改善您的健康懷孕並為您的嬰兒提供一個健康的開始，Kaiser Permanente醫生和您的醫療團隊成員共同協作為您：

方便使用的福利：

- 為產科/婦科醫生訪問無需轉診
- 幾乎沒有文書工作（在非本計劃機構中獲得的緊急服務除外）
- 可透過電話或者到我們的機構聯絡健康計劃會員服務代表來回答您的福利和服務問題。

計劃提供者

作為Kaiser Permanente會員，您所獲得的高品質醫療護理將由Kaiser Permanente中的Kaiser Permanente醫生提供或者安排。我們的醫生和醫療團隊幾乎代表所有主要醫療和外科專業，共同協作為我們的會員—一個特別團體提供護理。有一個為您提供護理並且可以信賴的醫生很重要，尤其在這種特別時期。我們鼓勵您選擇最能滿足您的要求的私人醫生。您的分娩和其他醫院服務將在Kaiser基金會醫院或者其他Kaiser Permanente的合約醫院中提供。

如何參保

請在AIM申請表中的『選擇健康計劃』上寫上『Kaiser Permanente South』。

開始

您一旦參保，我們將給您郵寄一張健康計劃識別卡和有關您的新AIM承保福利的資料。請致電預約中心選擇一位產科/婦科醫生安排第一次會面。我們也鼓勵您選擇一位私人護理醫生。請隨時攜帶識別卡用來預約。這是您獲得AIM福利和服務所需要的所有資料。

護理服務

從參保有效日期開始，您立即獲得Kaiser Permanente Southern California 地區的福利和服務。到那時，我們鼓勵您安排一次妊娠預約並選擇一位私人醫生。要安排預約或者索取醫療機構目錄，只需致電您選擇的醫療機構。

重要資料

這些頁上提供的資料僅為摘要。有關准確條款和條件，請參閱Kaiser Permanente Southern California Plan的涵蓋福利證明手冊。

Molina Healthcare of California

會員服務電話中心：1-800-986-4649
TTY: 1-800-479-3310

誰可以加入Molina Healthcare？

居住在San Diego縣的有資格參保AIM 的孕婦可以加入Molina Healthcare。

計劃精華

Molina Healthcare已經為加州的家庭提供了20多年的優質護理服務。
因此我們知道如何設計我們的服務以滿足您家庭的需要。
在Molina Healthcare，您將獲得：

- 24小時護士咨詢專線
- 我們為保持您和您的嬰兒健康設計的產前計劃。
- 龐大的藥店網--您可以到您社區的雜貨店諸如Sav-on、Rite Aid、Walgreens、Longs和其他更多店。
- NCQA嘉獎認證

計劃提供者

在將近1,100名醫生和專科醫生中，您將在您的社區找到一名醫生。Molina Healthcare已經指定普通醫療師和家庭醫生、實習醫生和婦科/產科醫生作為全科醫生。

如何參保

一旦您已經決定參保Molina Healthcare，您的下一步是填寫好您的AIM參保申請。
請在標有『選擇健康計劃』的方格中寫上『Molina』。接著，在『選擇健康計劃』部分寫上您的選擇，在『醫療提供者』方框中寫上醫療提供者代碼，以便選擇您的Molina Healthcare提供者。
如果您尚未決定您的醫生，請致電我們的會員服務部，他們將幫助您選擇適合您的醫生。

一旦被接受--開始護理

一旦您參保了Molina Healthcare，我們將給您郵寄一張新的識別卡，同時附上歡迎資料袋說明您的承保福利。
當您看醫生獲取處方時，您將需要隨時攜帶並出示您的識別卡。

護理服務

- 如果您的醫生是為您提供產前護理的產科/婦科醫生，您可以看產科/婦科醫生或者您的全科醫生（PCP）。
  對於所有其他專科護理，您必須首先看您的PCP以獲得轉診。
- 對於家庭計劃或者產前護理服務，您可以自薦給您的PCP網中的一名醫生。
- 緊急護理是承保福利。
  如果您不確定您需要緊急護理，請致電您的全科醫生或者致電護士咨詢專線。
  我們的護士咨詢專線全部是註冊護士，一年365天每天24小時隨時為您服務。

重要資料

這裡提供的資料只是Molina Healthcare所提供服務的摘要。
對於特定的條款和條件，請致電我們的會員服務部或者查閱我們的會員手冊（涵蓋福利說明）。
一旦您生了孩子，請立即給我們打電話：1-800-986-4649以確保您嬰兒的護理繼續包括Molina Healthcare的承保福利。

Santa Barbara Prenatal Plus 2

Prenatal PLUS 2

Santa Barbara Regional Health Authority的AIM Program會員服務電話中心：
免費電話：1-877-814-1861

誰可以加入Santa Barbara Prenatal Plus 2

如果您是居住在Santa Barbara縣並且有資格參保AIM的孕婦，您可以成為Santa Barbara Prenatal Plus 2的會員，這是一個服務Santa Barbara縣所有社區的健康計劃。

計劃精華

信心

參保Santa Barbara Prenatal Plus 2的婦女將從一個已建立好的健康專業人士網獲益，其中包括Santa Barbara縣中的醫生、醫院和藥店。我們是一個地方機構，總部設在Goleta。我們成立於1983年，安排並支付Santa Barbara縣中的醫療服務。我們信任我們敬業的員工。

特別福利

作為Santa Barbara Prenatal Plus 2的會員，您將免費獲得這些特別福利：

- 執照護士的訪問—您回家後—查看您的狀況並回答您可能會有的任何問題。
- 營養顧問，因為您懷孕期間的身體健康會使您更有可能生一個健康的嬰兒。
- 如果需要，哺乳專科醫生可以幫助您學習如何避免人乳喂養的問題。
- 免費戒煙課程或者使用針灸進行戒煙。

計劃提供者

Santa Barbara Prenatal Plus 2在Santa Barbara縣提供一個完整的醫療提供者網，其中包括產科/婦科、醫院、藥店和各種專科醫療提供者來滿足您的醫療服務需要。

如何參保

只需寫上：『Santa Barbara Prenatal Plus 2』在AIM申請表中的『選擇健康計劃』上。

一旦被接受 — 開始護理

您的健康計劃卡

一旦參保並且您選擇了產科/婦科醫生，您將從Santa Barbara Prenatal Plus 2 收到一張識別卡。無論何時您看醫生時，請出示此卡。

將您的產科/婦科醫生作為您的全科醫生

您可以為您的妊娠護理和協調您所有其他醫療服務需要選擇一位產科/婦科醫生。

緊急情況

Santa Barbara縣中的所有醫院急救室中無需提前授權或者撥打『911』即可獲得二十四小時緊急護理。但是如果可能的話請首先聯絡您的全科醫生以確保他/她可以提供指導和建議。

如果您需要協助

只需拿起電話，撥打免費電話：1-877-814-1861並選擇Santa Barbara Prenatal Plus 2。您將與一位代表講話，這位代表將：

- 向您解釋Santa Barbara Prenatal Plus 2的福利。
- 幫助您從我們的參與計劃提供者清單中為您懷孕選擇產科/婦科醫生。

重要資料

此處提供的資料只是一個摘要。有關准確的條款和條件，請參閱Santa Barbara Prenatal Plus 2的涵蓋福利證明手冊。

Ventura County Health Care Plan

VCHCP Ventura County Health Care Plan

會員服務： 1-800-600-8247。Se habla Español.

誰可以加入Ventura County Health Care Plan?

居住在Ventura縣的有資格參保AIM孕婦均可以加入Ventura County Health Care Plan。

計劃精華

作為一個Ventura County Health Care Plan AIM承保人，您選擇了一個完整的Program，提供您健康懷孕所需要的福利：

- 由一位註冊護士為您的高風險懷孕進行案例管理。
- 健康Program，諸如節食咨詢和戒煙。
- HealthSmart新聞通訊，其中包括有關節食、鍛煉、安全和疾病預防的說明論文。
- 用於填寫長期處方的方便郵購選項。對於產前處方沒有共付額。
- 位於Ventura縣的計劃行政辦公室，有禮貌的會員服務代表隨時以西班牙語和英語幫助您。
- 經董事會核准的廣泛全科醫生和特殊護理醫生網，包括高風險產科服務提供者。
- 使用當地和全國範圍的緊急醫療和緊急護理機構。

計劃提供者

Ventura County Health Care Plan的提供妊娠護理的全科醫生辦公室方便地分布在Oxnard、Ventura、Simi Valley、Thousand Oaks、Santa Paula、Moorpark、Camarillo、Ojai、Fillmore 和Piru。其中保哦擴Ventura County Medical Center移動護理診所、Clinicas Del Camino Real, Inc.的所有地點和幾個私人醫療機構。

我們的主要醫院有Ventura County Medical Center；St. John's Regional Medical Center, Oxnard；St. John's Pleasant Valley Hospital和Simi Valley Hospital。要索取一份包括產科醫生的完整AIM提供者目錄，請撥打上面電話與我們的會員服務部聯絡。

如何參保

如果您想要從Ventura County Health Care Plan獲得AIM服務，您只需在AIM申請表的『選擇健康計劃』上寫上『Ventura County Health Care Plan』。接著，從AIM網址：*www.aim.ca.gov*上選擇Ventura County Health Care Plan提供者，並在『選擇提供者』下寫出您的選擇以及在『提供者代碼』方框中寫出提供者代碼。請選擇位于您所居住城市或者您家15英里以內的一個提供者。

一旦被接受——開始護理

一旦您參保並且為您的產前護理選擇了一名產科/婦科醫生，將為您郵寄一張VCHCP識別卡和有關您的AIM新承保福利的資料。另外，您將選擇一名全科醫生（PCP）協調所有其他醫療必須的護理。從您參保的有效日期開始，您將獲得AIM福利和服務。到那時，我們鼓勵您根據計劃立即安排您的第一次產前預約。

您的PCP可以透過電話每天24小時為您提供滿足您的所有健康護理需要的服務。如果您無法找到您的PCP，在您生病或者受到較小傷害時，您也許當天可以使用任何緊急護理設施。在緊急狀況下，如果可能的話，請致電您的PCP，以確保最佳治療。如果您有理由相信出現緊急醫療狀況，請到最近的急診室或者致電911。

重要資料

有關選擇VCHCP的更多資料和協助，請撥打上面電話致電給我們的會員服務部。我們期待著為您提供服務。本頁上提供的資料僅為摘要。

有關具體的條款和條件，請參閱Ventura County Health Care Plan AIM Program的涵蓋福利證明。

Ventura County Health Care Plan是一個非盈利的計劃，由州政府頒發執照、HMO所有並且由Ventura縣運作。

常見問題

1. 如果我的收入低於AIM指南，我該怎麼辦？
如果您的收入低於AIM指南，您或許有資格參保無需付費的Medi-Cal計劃。請查閱您當地的電話白頁聯絡您附近的社會安全部，以便收到有關Medi-Cal計劃的更多資料。

2. 我是否可以連同我的申請遞交一張個人支票？
不可以，我們不接受個人支票的申請。您必須遞交匯票或者銀行本票給AIM Program。

3. 我是否可以傳真我的申請？
不可以，我們要求申請材料上有您的原始簽字和匯票或者銀行本票，連同您的收入證明文件和懷孕證明影印件。

4. 我是否可以遞交多份申請？
您可以使用一份申請材料，只要您遞交的材料有您的原始簽字和帶有您名字首字母的聲明。遞交您的收入證明文件和懷孕證明影印件，而不是原件。

5. 我是否可以登門申請？
如果不可以，我的AIM申請應郵寄到什麼地方？
不可以，您不得登門申請。所有申請材料透過郵寄處理。申請材料可以透過普通郵遞或者優先郵遞給：California Access for Infants and Mothers Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852-0559申請材料可以透過隔夜郵遞給：California Access for Infants and Mothers Program, 625 Coolidge Drive, Suite 100, Folsom, CA 95630.

6. 如果我的丈夫離開家庭在另外一個城市、州或者國家一年中工作幾個月，我是否需要計算他和他的收入？
是的，如果他聲明他與孕婦同住在家。

7. 我是否計算嬰兒的父親和他的收入？
否，如果你們已經共同有一個孩子除外。

8. 需要多長時間我可以知道我參保了？
處理一個完整申請材料的時間正常為10天。一旦參保，您將收到來自AIM Program的一封信。如果申請材料不完整，您將收到一封信要求所需的額外材料，這樣處理時間將會延長。一旦參保AIM，您將從您選擇的健康計劃收到一份涵蓋福利證明手冊和一張保險卡。承保福利的有效日期是參保後10天。

9. 我是否可以遞交我的收入證明文件影印件？
是的，不要遞交原件。

10. 我最快什麼時候可以透過AIM看醫生？
從承保福利有效日期開始。但是，請記住您必須給醫生打電話預約。

11. 與懷孕相關的限制性Medi-Cal計劃相反只有AIM的福利是什麼？
AIM提供完整的福利，包括懷孕相關和懷孕不相關的服務。有關更多資料，您可以向您選擇的健康計劃索取一份涵蓋福利證明。

12. 當我看醫生時，我是否仍然需要支付共付額？
否，AIM沒有共付額和扣除額。

13. 我的嬰兒出生後，AIM是否支付避孕費用？
請參閱您的健康計劃福利圖表和涵蓋福利證明。

14. 我是否可以在我居住的鄰縣看醫生？
您應該聯絡您的健康計劃，以確定他們是否允許您看特定的醫療提供者。

15. 如果我被拒絕承保福利，我是否會收到退回的匯票或者從AIM收到支票退款？
AIM Program將給您郵寄一張退款支票。

16. AIM是否保險高風險的懷孕？
是。

17. 我是否繼續看我當前節醫生？
著取決於具體情況。請給您的健康計劃打電話確定該醫生是否是參與AIM的醫療提供者。

18. AIM是否保險視力和牙科？
請參閱您的健康計劃福利圖表。

19. 如果我必須支付我的醫院帳單的20%，扣除額是否認定為超過$500？
著取決於分娩的費用。

20. 如果我和我的新AIM醫生合不來，我是否可以換醫生？
任何轉換醫生的請求必須透過健康計劃。

21. 如果我現在不工作，但是我去年工作了並且使用那筆收入使我有資格參保Program，是否要扣除工作扣除額？
工作扣除額用於收入證明文件收到的時期。

22. 如果我的孩子只和我同住了一半時間，我是否要列出我的孩子？
是，如果他們在您的聯邦退稅表或者州退稅表上被聲明是撫養人。

23. 我的丈夫和我是否必須使用同一年的收入？
否。每個人可以使用去年或者當前收入。

24. 去除扣除額後的總收入是多少？
確定參保資格的第一步是查看總收入（稅前）。Program接著減去任何可適用的扣除額（有關允許的扣除額，請參見第11頁）。這些扣除額是強制性的。

25. 誰選擇我的醫療提供者和我將生孩子的醫院？
孕婦可以透過健康計劃選擇她的提供者。取決於健康計劃合約，醫療提供者將通知您生孩子的醫院。

26. 如何計算個體經營的收入？
AIM Program使用淨利潤收入來確定參保資格（總收入減去經營費用）。表示個體業者的收入有兩種選項。他們可以遞交去年的Federal Income Tax表1040和Schedule C。或者他們可以遞交最近3個月的盈虧清單。任何餐飲/娛樂和/或折舊的扣除額增加到淨利潤收入。任何虧損（負數美元金額）計為零（$0）。

27. 我如何獲得AIM Program中的非產科專科醫生的服務？
請致電您的健康計劃會員服務。如果您加入EPO，您可以自我轉診。如果您加入了HMO，您需要您的全科醫生轉診。

28. 我如何可以確定我的產科醫生和接生醫院屬於AIM Program？
請致電您的健康計劃會員服務或者參閱您的健康計劃提供者目錄。

29. 如果我的醫生或者接生醫院不再被我以前的健康計劃視為AIM提供者，我是否可以轉換到另一個健康計劃？
否。如果您的產科醫生或者接生醫院不再與您當前的健康計劃有合約，請致電您的計劃會員服務尋求協助。計劃將協助您選擇一個新的醫療提供者或者醫院，或者允許您繼續看您當前的產科醫生和接生醫院以便為您提供連續的護理。

30. 當我的處方藥物有非名牌替代品時，我是否可以獲得名牌藥物？
只有提供者說明不得用非名牌藥物代替名牌藥物時。

31. AIM Program是否保險我的嬰兒出生後60天後的分娩并發症的治療？
否。最多只保險您的嬰兒出生後60天內與懷孕相關的治療。

32. 我如何在工作時間以外獲得緊急醫療或者緊急護理？
請致電您的全科醫生或者您的醫療團組。應答服務將為您接入隨傳隨到的咨詢護士或者醫生為您提供進一步的指導。

33. 私人保險承保福利如何影響我的AIM Program承保福利？
只要您的產科服務扣除額為$500或以上，擁有私人保險應該不會影響您的承保福利。您必須使用AIM健康計劃網的提供者以便AIM健康計劃可以保險醫療服務。

34. 如果我的AIM承保福利開始後我流產了，怎麼辦？
如果您在承保福利開始時或者開始後流產，您仍然需要負責支付1.5%的費用。但是，懷孕結束後60天內您有保險。如果在承保福利生效日期不再懷孕並且在承保福利生效日期之後Program收到通知，必須遞交由執照或者經核准的醫療專業人士開具的證明文件說明流產日期。

詞彙表

申訴
請求重新考慮AIM Program決定或者健康計劃決定。

申請人
18歲或者以上的自己申請的孕婦、或者代表孩子申請Program的承保福利的法定監護人、親生父母、寄養家長或者與孩子同住的繼父母。『申請人』也指自己申請承保福利的18歲以下孕婦，或者是被解救的未成年孕婦、或者不住在親生父母或者養父母、法定監護人、寄養家長或繼父母家中的未成年孕婦。

申請日期
申請表送到AIM Program的日期是申請信封上標的美國郵戳日期或者其他遞送服務的文件證明。

福利
AIM Program中孕婦和嬰兒獲得的健康服務。

具約束力的仲裁
某些保險計劃和承保人之間透過公正中立的中間人復審醫療服務爭執的協議。復審所有事實並聽取雙方的意見後，中間人將做出決定。雙方同意接受決定。

承保福利
支付透過Program提供的福利費用

退保
AIM Program中的退保結束。

承保福利生效日期
醫療服務承保福利開始日期。

有資格
滿足AIM Program承保福利所有參保要求的懷孕婦女。

參保
要透過通知一個參與健康計劃開始承保福利將申請人接受為承保人。

除外
AIM Program中不由保險計劃保險的服務或者醫療情況。

獨家提供者組織（EPO）
必須從合約提供者清單中尋求護理的會員們的健康計劃。EPO不要求您選擇全科醫生。會員也可以自我轉診到EPO合約網中的一位專科醫生。

家庭會員
居住在孕婦家中的以下人士：

a) 孕婦的未出生嬰兒。
b) 已婚或者未婚父母的21歲以下居住在家中的孩子。
c) 孩子或者兄弟姐妹的已婚或者未婚父母。
d) 兄弟姐妹的繼父母。
e) 未婚父母或者已婚父母或者繼父母的分居孩子。
f) 已婚或者未婚父母的居住在學校並且在您的聯邦或者州收入退稅表上稱為撫養人的21歲以下兒童。

聯邦收入指南（FIG）
聯邦收入指南是聯邦政府規定每個家庭需要滿足基本需要的金額。指南每年四月一日變更。如果您的收入超過指南允許的最大值，請檢查今年的指南圖表是否已經更新。

管理式保健組織（HMO）
在特定地區為計劃承保人提供一套醫療服務的有組織的系統。

Healthy Families Program
為無法獲得保險並且沒有資格參保Medi-Cal承保福利的加州兒童和青少年提供的低價醫療、牙科和視力承保福利。

家庭收入
家庭中所有成員的稅前總收入。

嬰兒
承保人參保Program時孩子出生。

住在家中
將家作為主要住所。

住戶
目前居住在加州並且有意一直居住下去，過渡或者臨時離開除外。

無需付費的Medi-Cal計劃
州政府的Medi-Cal Program支付所有服務，不要求承保人支付任何費用或者共付額。

網路以外
與您的保險計劃沒有簽署合約的醫生、牙醫或者其他醫療提供者提供一項服務。

投保前既有醫療狀況
參保AIM Program之前被診斷的任何醫療狀況，在此期間由執照醫療人員推薦並提供醫療咨詢、診斷、護理或者治療，其中包括使用處方藥物。

全科醫生
由孕婦選擇的負責其醫療服務並將其轉振到需要的專科醫生的醫生

分擔費用的Medi-Cal
州政府Medi-Cal Program要求承保人每個月支付一定的醫療費用，然後包括福利。分擔付費基於月收入。

承保人
有資格並且參保了AIM Program的孕婦。

承保人貢獻
孕婦為AIM Program中提供的醫療服務支付的費用。

筆 記

筆 記

筆 記

筆 記

加州能源挑戰

加州正面臨著一場能源挑戰。為減少斷電的風險，每個人都可以透過利用少量能源從而減少對電力的需求。

加州的經濟在全世界排名為第六位。您的努力乘以三千五百萬將會是對加州一個真正的改變。

您所要做的就是**靈活利用您的電力**。

目前您可以透過以下幾種簡單方法節省能源費用：

- 從早上5點至9點和下午4點至7點的高峰期降低能源消耗。
- 關掉不必要的燈和電器。 將車庫中的電冰箱插頭拔掉，如果您確實不需要的話。
- 避免在高峰用電期間使用洗碗機、洗衣機、烘乾機和電爐。洗衣服和/或洗盤子時裝滿。如果可能的話，請將洗衣機/洗碗機設置為冷水。
- 天冷時，將溫控器調低到68°或以下。睡覺之前或者出門時調整為55°。每調低1度，您將節省高達5%的採煖成本。晚上將窗簾和百葉窗關好，避免熱氣從窗戶散失。
- 天熱時，將空調調整到78°或者更高。出門時候，將溫控器設置為85°。這些小常識可以為您節省20%的空調費用。
- 購買Energy Star電器、產品和燈具。
- 有關節省能源和成本的更多資料，請訪問網址：www.my.ca.gov，並按 FLEX YOUR POWER 圖標旁邊的California's Energy Challenge。

Flex your POWER

申請保險

___ 完整並簽字的申請資料

___ 懷孕證明

___ 第11頁上所述的成年家庭成員的收入證明文件和第12頁上所述的收入證明文件。

___ 簽字的銀行本票或者匯票$50.00（或者承保人的貢獻並且收到$50.00折扣）支付給：State of California Access for Infants and Mothers Program。不接受個人支票的申請。

將上面所有各項郵寄到AIM Program，地址如下：如果上面各項不全或者沒有郵寄，您的申請將不予處理。

請保存好遞交的所有證明文件的影印件。

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

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