

Notificación a los Miembros de Ambetter Health sobre la Subrogación

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o pregunta, llame a Ambetter from Superior Healthplan al teléfono 1-877-687-1196 o envíe un fax al 844-743-1649 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). Este formulario también está disponible en el sitio web en [Formas y Materiales](#). Envíe el formulario completado por correo postal a: Mailroom Department, C/o Surrogacy Forms, P.O Box 5010, Farmington, MO, 63640-5010.

*Campo obligatorio

*¿Está usted actualmente embarazada como gestante subrogada? ☐ Sí ☐ No

*¿Dona actualmente espermatozoides u óvulos como parte del beneficio de fertilidad? ☐ Sí ☐ No

*¿Tiene pensado convertirse en gestante subrogada o donante en un acuerdo de subrogación? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?

Fecha de hoy (MMDDAAAA):

Información de contacto actual del miembro de Ambetter Health

*N.º de identificación (ID) de miembro de Ambetter Health:

*Nombre:

*Apellido:

*Fecha de nacimiento MMDDAAAA: *Número de teléfono:

*Dirección postal:

*Ciudad: *Estado: *Código postal:

Correo electrónico:

Información de contacto de la gestante subrogada (si la gestante subrogada no es miembro de Ambetter Health):

*Nombre:

*Apellido:

*Fecha de nacimiento MMDDAAAA: *Número de teléfono:

*Dirección de correo postal:

*Ciudad: *Estado: *Código postal:

Correo electrónico:

Consulte la Evidencia de cobertura de Ambetter Health para obtener información adicional sobre la cobertura de beneficios. Para obtener información adicional, visite el sitio web de [Ambetter Health](#) o comuníquese con nuestro centro de Servicios al Cliente al 1-877-687-1196.

Información sobre el proveedor de servicios de fertilidad:

*Nombre del proveedor de servicios de fertilidad:

Número de identificación fiscal (TIN) o ID del proveedor de servicios de fertilidad:

*Número de teléfono:

Nombre del centro (si corresponde):

Dirección de correo postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Información sobre el proveedor de servicios obstétricos (OB):

*Nombre del proveedor de servicios OB:

TIN o ID del proveedor de servicios OB:

*Número de teléfono:

Nombre del centro (si corresponde):

Dirección de correo postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Información del seguro

*¿Tiene algún seguro (para la mamá, la gestante subrogada o el bebé) distinto de Ambetter Health? ☐ Sí ☐ No

Nombre del seguro:

Número de póliza del seguro:

Fecha de entrada en vigor de la póliza (MMDDAAAA):

Información de salud adicional, si está embarazada actualmente:

Fecha de parto (MMDDAAAA):

Fecha de la primera visita prenatal (MMDDAAAA):

Consulte la Evidencia de cobertura de Ambetter Health para obtener información adicional sobre la cobertura de beneficios. Para obtener información adicional, visite el sitio web de [Ambetter Health](#) o comuníquese con nuestro centro de Servicios al Cliente al 1-877-687-1196.