

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MÉDICA PARA EL REEMBOLSO DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD EN ILLINOIS

Solo para reclamaciones médicas: complete un formulario por cada miembro

Propósito del formulario

Utilice este formulario para solicitar el reembolso de los servicios relacionados con la fertilidad prestados por una gestante subrogada o una donante a personas que **no son miembros**, como parte del beneficio de cobertura de fertilidad de un miembro. Ambetter of Illinois cubre ciertos servicios de fertilidad, entre los que se incluyen los siguientes: fertilización “in vitro”, lavado uterino de embriones, transferencia de embriones, inseminación artificial, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, procedimiento quirúrgico de extracción de esperma, transferencia de óvulos por vía tubárica baja, examen de detección y diagnóstico de óvulos fertilizados, pruebas genéticas, etc. Los códigos de beneficios específicos se incluyen al final de este formulario. Proporcione a continuación la información sobre los miembros y los beneficios. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro equipo de Servicios al Miembro al 1.855.745.5507.

Instrucciones

1. Necesitará que su proveedor de atención de salud le ayude y le proporcione información para completar este formulario, incluyendo los códigos de procedimiento y los códigos de diagnóstico que figuran en la factura detallada del proveedor. Consulte también la hoja de ayuda para obtener más información.

2. Para solicitar el reembolso, envíe lo siguiente a la dirección que figura al final de este formulario en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio:

a. Este formulario de reembolso completado y firmado; b. Prueba de los servicios prestados; c. Prueba detallada del pago de los servicios cuyo reembolso se solicita; y d. Una lista detallada de los servicios o artículos al por menor para la revisión del reembolso.

3. La mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en un plazo de 45 días. Las solicitudes incompletas pueden dar lugar a un retraso o a la denegación de la solicitud.

4. El reembolso se enviará al miembro (consulte la hoja de ayuda para ver la definición) a la dirección que Ambetter of Illinois tiene registrada (para ver su dirección registrada, inicie sesión en [Ambetterofillinois.com](#) o llame a Servicios al Miembro al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431)).

5. Conserve una copia de todos los recibos y la documentación para sus registros.

Información para suscriptores/miembros de Ambetter

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Número de identificación (ID) de miembro de Ambetter:

Información sobre la gestante subrogada o la donante

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Dirección de correo postal:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico de la gestante subrogada/donante:

¿Tiene la gestante subrogada/donante seguro de salud?

☐ Sí
 ☐ No

¿El seguro hizo el pago?:

☐ Sí
 ☐ No
 (si la respuesta es “Sí”, incluya la Explicación de beneficios (EOB) del plan)

Nombre del seguro:

Número de teléfono del seguro:

Número de póliza del seguro:

Información sobre la reclamación (esta sección debe completarse y es posible que necesite la ayuda de su proveedor de atención de salud para hacerlo).

Nombre del proveedor de atención de salud:

N.º de identificación de proveedor (NPI) del proveedor de atención de salud:

Identificación (ID) fiscal federal del proveedor de atención de salud:

N.º de teléfono del proveedor de atención de salud:

Nombre del grupo/la organización:

NPI del grupo/la organización:

Número de teléfono del grupo/la organización:

Entorno en el que se recibió tratamiento:

Dirección del proveedor de atención de salud:

¿Recibió servicios fuera de los Estados Unidos?

☐ Sí
 ☐ No

Explicación detallada de la visita/los servicios, incluyendo la(s) fecha(s) de la visita/los servicios y explicación si se utilizó un proveedor no contratado:

Códigos de diagnóstico	Descripción del diagnóstico (por ejemplo, estado de embarazo de una portadora gestacional, asesoramiento para una portadora gestacional, asesoramiento sobre procreación o donante de ovocitos)	Fecha(s) de servicio	Códigos de procedimiento (por cada servicio prestado) *	Descripciones de procedimientos (por ejemplo, tratamiento de fertilidad). *	Monto pagado
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$

No más de 30 días/un mes de solicitudes de reembolso por formulario.

* Es posible que los códigos de procedimientos y diagnósticos no estén disponibles para reclamaciones de tiendas minoristas o proveedores extranjeros.

† El requisito de un año no se aplicará si usted o el miembro dependiente cubierto no tuvo la capacidad legal para presentar dichas pruebas durante ese año.

Se requiere la firma de la gestante subrogada o la donante

Importe total

Importe total pagado

\$

Ambetter of Illinois cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Ambetter of Illinois no excluye ni trata a las personas de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Para la gestante subrogada/donante:
Como gestante subrogada o donante, certifico que recibí los servicios presentados en relación con los beneficios de salud de un miembro de Ambetter of Illinois.

Nombre en letra imprenta de la gestante subrogada/donante	Firma de la gestante subrogada/donante	Fecha
---	--	-------

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que se pagó el monto indicado arriba por los servicios recibidos. Yo, como miembro de Ambetter of Illinois, certifico que los servicios prestados estaban relacionados con mi beneficio por infertilidad. Entiendo que estos beneficios se aplicarán a mi contrato de seguro. Entiendo que, si la información proporcionada en este formulario es engañosa o fraudulenta, es posible que se cancele mi cobertura y que yo esté sujeto a sanciones civiles o penales por presentar reclamaciones de atención de salud falsas. Entiendo que el pago del reembolso se abonará al suscriptor del plan y contendrá la información del servicio (por ejemplo, nombre del proveedor, fecha, descripción del servicio). También entiendo que Ambetter of Illinois puede solicitar información adicional que considere necesaria para verificar que se recibieron los servicios y se efectuó el pago.

Nombre en letra imprenta del miembro	Firma del miembro	Fecha
--------------------------------------	-------------------	-------

Lista de verificación

- | | |
|---|--|
| 1. He completado y firmado este formulario en su totalidad. | 3. He adjuntado los documentos de pago de servicios, que no están relacionados con un copago o un deducible del plan (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de comprobante de pago). |
| 2. He adjuntado los documentos de prueba de los servicios recibidos (consulte la hoja de ayuda para ver un ejemplo de prueba de servicios). | 4. Entiendo que la mayoría de las solicitudes de reembolso completas se procesan en 45 días. Las solicitudes incompletas pueden llevar más tiempo. |

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:
Ambetter of Illinois • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

REEMBOLSO POR SERVICIOS DE FERTILIDAD EN ILLINOIS

HOJA DE AYUDA/PREGUNTAS FRECUENTES

Pregunta	Respuesta
¿Para qué se utiliza este formulario?	Este formulario se utiliza para solicitar el reembolso de los gastos de bolsillo elegibles relacionados con los servicios de gestación subrogada o donación que, de otro modo, estarían cubiertos por la póliza de los miembros de Ambetter.
¿Cuál es la responsabilidad financiera del miembro y el beneficio para el miembro relacionado con el reembolso por servicios de fertilidad?	Los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos serán responsabilidad de los suscriptores de Ambetter. Si la gestante subrogada/donante recibe atención de un proveedor fuera de la red que le factura un monto mayor a lo usual, razonable o habitual, el suscriptor será responsable (es decir, facturación de saldo) de la suma del monto del coseguro y cualquier importe que supere el cargo usual, razonable y habitual. ESTO NO SUPONE UNA GARANTÍA DE PAGO. El pago real de los servicios cubiertos se realizará en el nivel apropiado, de acuerdo con los beneficios de su plan y es posible que le facturen la diferencia entre la cantidad permitida por Ambetter Health y el cargo facturado por el proveedor.
¿Cuál es el siguiente paso?	Después de procesar la solicitud de reembolso del suscriptor, este recibirá una Explicación de beneficios (EOB). La EOB explica los cargos que se aplican al deducible del suscriptor (las cantidades fijas en dólares que el suscriptor paga por los servicios cubiertos antes de que la aseguradora comience a realizar los pagos) y cualquier cargo que el suscriptor pueda adeudar al proveedor. Los suscriptores pueden guardar la EOB en sus archivos por si la necesitan en el futuro. Los miembros y no miembros también pueden consultar la Evidencia de cobertura (EOC) en AmbetterofIllinois.com .
¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda para completar este formulario?	Llame a Servicios al Miembro al 1-855-745-5507 (TTY 1-844-517-3431).
Nombre del campo	Descripción
Información del suscriptor	El suscriptor es la persona: Que se registra en Ambetter Health y firma el formulario de solicitud de membresía en su nombre y en nombre de los dependientes que tiene a su cargo. A nombre de quién se realiza el pago de la prima.
N.º de ID de miembro de Ambetter del suscriptor	N.º de ID con el sufijo, que figura al frente de la tarjeta de ID de miembro de Ambetter of Illinois.
Nombre de la gestante subrogada o donante	Apellidos, nombre e inicial del segundo nombre de la gestante subrogada o donante que recibió los servicios.
Fecha de nacimiento de la gestante subrogada o donante	Fecha de nacimiento: mes (2 dígitos), día (2 dígitos), año (4 dígitos).
Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor. N.º de ID fiscal federal del proveedor:	Un proveedor se refiere, entre otros, a hospitales, médicos, optometristas, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos titulados, proveedores de equipos médicos duraderos.
¿En qué entorno recibió tratamiento la gestante subrogada o la donante?	En un consultorio, sala de emergencias, hospital ambulatorio (para radiografías, exámenes), hospital para pacientes hospitalizados, clínica, tienda de suministros médicos.
Si los servicios se prestaron fuera de los Estados Unidos.	Los servicios fuera del país no son un beneficio cubierto y no serán reembolsados.
Diagnóstico: ¿Por qué motivo se atendió a la gestante subrogada o donante?	Proporcione un código de diagnóstico y una descripción detallada de la enfermedad o lesión, por ejemplo, asesoramiento sobre fertilidad o tratamiento (fertilización "in vitro", lavado uterino de embriones, transferencia de embriones, inseminación artificial, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, transferencia de óvulos a las trompas e inyección intracitoplasmática de espermatozoides).
Fecha(s) de servicio	La(s) fecha(s) en que se prestaron los servicios a la gestante subrogada o donante.
Procedimientos, servicios o suministros proporcionados	Proporcione un código de procedimiento y una descripción detallada (por ejemplo, radiografías, visitas al consultorio, análisis de laboratorio, yesos en las piernas, etc.).
Importe total pagado	Importe total por el que solicita el reembolso.
Prueba de servicios	Un documento que demuestra que el servicio se prestó (realmente), en el que se indica la fecha del servicio, el servicio prestado y el importe en dólares abonado.
Comprobante de pago	El proveedor del servicio recibió un documento que acredita el pago realizado por la gestante subrogada o la donante. Los ejemplos incluyen: el anverso y reverso del cheque cancelado que se emitió a favor del proveedor o el anverso codificado por el banco del cheque que se emitió al proveedor; el estado de la cuenta de la tarjeta de crédito; una declaración escrita del proveedor, con el membrete del proveedor y su firma autorizada, que indica que se efectuó el pago; un comprobante de los artículos adquiridos, con el nombre y dirección del proveedor preimpreso en el comprobante, con un detalle de los artículos y el importe abonado.

Envíe este formulario y toda la documentación a la siguiente dirección:

Ambetter of Illinois • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter of Illinois está asegurado por Celtic Insurance Company, que es una emisora de planes de salud calificados en el Mercado de Seguros de Salud de Illinois.
©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterofIllinois.com. Para obtener más información sobre su derecho a recibir atención del plan de Ambetter of Illinois libre de discriminación o sobre su derecho a obtener servicios de idiomas, asistencia visual o auditiva, visite AmbetterHealth.com y desplace el cursor hasta el final de la página.

AMB22-AL-C-00098

Cobertura de beneficios para subrogación y donantes en Illinois

Los beneficios enumerados están sujetos a todas las disposiciones y limitaciones descritas en la Evidencia de cobertura (EOC) del suscriptor. Consulte la EOC del suscriptor para obtener más información sobre los beneficios que se enumeran a continuación. El suscriptor es responsable del deducible, copago o coseguro que se aplique a los gastos de servicios elegibles. Para los servicios que requieren autorización previa, los proveedores de la red deben

obtener nuestra autorización antes de prestar un servicio o suministrar un producto a una gestante subrogada o donante. Debe confirmar con su proveedor que ellos hayan recibido la autorización previa para un servicio cubierto antes del tratamiento. Esta lista no es una lista concluyente de los códigos y servicios cubiertos, pero son los que se facturan con mayor frecuencia.

Cobertura de beneficios para gestantes subrogadas y donantes en Illinois				
Servicio	Descripción	Código de procedimiento	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Visitas al consultorio o consultas de telesalud previas a la subrogación	Consultores previos a la subrogación	99202-99215 (Consultorio E y M) 99441-99443 (Servicios telefónicos) 98000-98003 (Nuevo audio/video) 98004-98007 (Audio/video establecido) 98008-98011 (Solo audio nuevo)	Incluido en la cobertura	Sin cobertura si no se cuenta con autorización previa
Análisis de laboratorio previos	Los análisis de laboratorio previos para determinar la compatibilidad para mantener un embarazo pueden incluir: (examen psicológico, análisis de sangre y orina: evaluación de la salud reproductiva (citología vaginal, frotis cervical (para detectar infecciones como clamidia y gonorrea), ecografía pélvica para examinar el útero y los ovarios, y posiblemente una ecografía con infusión salina o una histeroscopia para evaluar el revestimiento uterino), grupo sanguíneo y factor RH, niveles hormonales, examen de detección de drogas)	96156 o 96167, 96130, 96131, 96132, 96133, 90846, 90847 para asesoramiento con un profesional de salud mental (MHP). 96041, 96040 asesoramiento genético 85025, 80053, G0402, G0438, G0439 presión arterial; índice de masa corporal (BMI); examen físico; exámenes preventivos; y asesoramiento S0610, S0612, S0613 Exámenes ginecológicos anuales Prueba de función renal (creatinina): 82565, 82575, 82570 Pruebas de embarazo: 81025, 84702, 84703 Medicamentos: J0739, J0750, J0751 Extracción de sangre: 36415, 36416 86689, 86701, 86702, 86703, 87389, 87390, 87391, 87806, G0432, G0433, G0435, G0475, S3645, 80081 Examen de detección de infección por clamidia: 86631, 86632, 87110, 87270, 87320, 87490, 87491, 87492, 87801, 87801, 87810, 0455U, 0402U, 0557U Extracción de sangre: 36415, 36416 Examen de detección de gonorrea: 87590, 87591, 87592, 87801, 87850, 0557U Extracción de sangre: 36415, 36416 Pap: 99381-99397 para pagadores comerciales por la recolección y 88141-88177 por la interpretación de la muestra Pruebas de detección de drogas: 80305, 80306, 870307 70040: Histerosalpingografía (HSG) 70041: Histerosalpingografía con inyección de tinte 70042: Histerosalpingografía, oclusión tubárica bilateral 70043: Histerosalpingografía, oclusión tubárica unilateral 70044: Histerosalpingografía, posparto 70045: Histerosalpingografía, con guía ecográfica pélvica o abdominal 70050: Ecografía transvaginal, con interpretación, para evaluación de infertilidad 70051: Ecografía transvaginal, con interpretación, para evaluación de infertilidad, con contraste 70052: Ecografía transrectal, con interpretación, para evaluación de infertilidad 70053: Ecografía transrectal, con interpretación, para evaluación de infertilidad, con contraste 70054: Histeroscopia diagnóstica 70055: Histeroscopia diagnóstica con biopsia 70056: Histeroscopia diagnóstica con lisis de adherencias 70057: Histeroscopia diagnóstica con lisis de adherencias y biopsia 70058: Histeroscopia quirúrgica, lisis de adherencias 70059: Histeroscopia quirúrgica, lisis de adherencias, con biopsia	Incluido en la cobertura	Sin cobertura si no se cuenta con autorización previa

		70060: Laparoscopia diagnóstica para evaluación de infertilidad 70061: Laparoscopia quirúrgica para evaluación de infertilidad 70062: Laparoscopia quirúrgica para evaluación de infertilidad, con biopsia		
Tratamiento de fertilidad	Fecundación “in vitro” (IVF), lavado uterino de embriones, transferencia de embriones, inseminación artificial, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, transferencia tubárica baja de óvulos e inyección intracitoplasmática de espermatozoides.	58970 Punción folicular para la extracción de ovocitos, cualquier método (IVF) 58974 Transferencia intrauterina de embriones 89250 Cultivo de ovocitos/embriones, menos de 4 días 58976 Este código se refiere a la transferencia intratubárica de gametos, cigotos o embriones, que consiste en transferir el embrión a la trompa de Falopio, no al útero. 89251 Cultivo de ovocitos/embriones, menos de 4 días; con cocultivo de ovocitos/embriones 89253 Eclosión asistida de embriones, microtécnicas (cualquier método) 89254 Identificación de ovocitos a partir del líquido folicular 89255 Preparación del embrión para su transferencia (cualquier método) 89257 Identificación de espermatozoides a partir de aspiración (distinta del líquido seminal) 89260 Aislamiento de espermatozoides; preparación simple (por ejemplo, lavado de esperma y “swim-up”) para inseminación o diagnóstico con análisis de semen 89261 Aislamiento de espermatozoides; preparación compleja (por ejemplo, gradiente de Percoll, gradiente de albúmina para inseminación o diagnóstico con análisis de semen) 89268 Inseminación de ovocitos 89272 Cultivo prolongado de ovocitos/embriones, 4-7 días S401 I Fertilización “in vitro”; incluyendo, entre otros, la identificación e incubación de ovocitos maduros, la fertilización con espermatozoides, la incubación de embriones y la posterior visualización para su determinación S4015 Ciclo completo de fertilización “in vitro”, no especificado de otra manera, tarifa por caso S4016 Ciclo de fertilización “in vitro” congelado, tarifa por caso S4017 Ciclo incompleto, tratamiento cancelado antes de la estimulación, tarifa por caso S4018 Procedimiento de transferencia de embrión congelado cancelado antes de la transferencia, tarifa por caso S4020 Procedimiento de fertilización “in vitro” cancelado antes de la aspiración, tarifa por caso S4021 Procedimiento de fertilización “in vitro” cancelado antes de la aspiración, tarifa por caso S4022 Fertilización asistida de ovocitos, tarifa por caso S4023 Ciclo de donación de óvulos, incompleto, tarifa por caso S4025 Servicios de donantes para fertilización “in vitro” (esperma o embriones), tarifa por caso S4026 Obtención de esperma de donantes en un banco de esperma S4028 Aspiración microquirúrgica de espermatozoides del epidídimo (MESA) S4037 Transferencia de embriones criopreservados, tarifa por caso	Incluido en la cobertura	Sin cobertura si no se cuenta con autorización previa

		Los procedimientos de inseminación artificial son 58321 (intracervical) y 58322 (intrauterina) 58323: Este código cubre el proceso de preparación del esperma para la inseminación, incluyendo el lavado del esperma y otras técnicas para aislar y concentrar el esperma. 58976: Transferencia intratubárica de gametos (GIFT) S4013 Ciclo completo de transferencia intratubárica de gametos (GIFT) S4014 Ciclo completo de transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) Recolección de ovocitos: 58970 Guía ultrasónica: 76948 Transferencia de óvulos: 58976 Preparación del embrión para la transferencia: 89255 La inyección de espermatozoides (ICSI) son 89280 y 89281		
Visitas al consultorio que no sean consultas sobre subrogación	Evaluación y gestión	Códigos CPT 99202-99205 o 99211-99215 para visitas al consultorio	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de emergencia	Sala de emergencias y médico de emergencias	Rev. 450-459; Médico 99281-99285	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de urgencia	Centro de atención de urgencias o servicios médicos, servicios auxiliares	Rev. 456, 516, 526 Médico 99202-99215	Sin cobertura	Sin cobertura
Ecografías obstétricas	Servicios de radiología	76801, 76802, 76805, 76810, 76811, 76815, 76816 y 76817	Sin cobertura	Sin cobertura
Prenatal o posnatal	Visitas al consultorio	9950, 99202-99215, 99421-99423	Sin cobertura	Sin cobertura
Parto de la madre	Alojamiento y comida para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y pacientes domiciliarios	Código de rev. 59400, 59409, 59510, 59514, 59610, 59612, 59618, 59620	Sin cobertura	Sin cobertura
Cualquier ingreso hospitalario o servicio médico hospitalario	Alojamiento y comida, servicios médicos o cualquier otro servicio complementario	Código de rev. 0100-0204 99221-99223, 99238- 99239, 99231-99233, 99234-99236, 99238-99239, G0316	Sin cobertura	Sin cobertura
Parto de un recién nacido	Cargos por servicios hospitalarios en la sala de neonatos	Rev. 170-179	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de ambulancia	Transporte de emergencia o que no es de emergencia	A0021-A0999	Sin cobertura	Sin cobertura
Cualquier otro servicio	Cualquier otro servicio no mencionado anteriormente	Misc.	Sin cobertura	Sin cobertura