

**Medicare Assured® HMO - Maternity Outcome Authorization Form**

\*\*\* THIS FORM MUST BE FAXED TO GATEWAY HEALTH PLAN® WITHIN TWO (2) BUSINESS DAYS OF THE MOTHER'S DISCHARGE \*\*\*

Fax Number 1-855-888-8252

**Gateway Member Number**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | * | 0 | 1 |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|

**Gateway Member Date of Birth**

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

**Member Last Name**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Member First Name**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**M.I.**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Hospital**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Hospital Provider Number**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**UR Contact Person**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Phone**

|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Fax**

|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Attending MD (Last name, First name)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Actual Admit Date**

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

**Actual Discharge Date (for Mom)**

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

**Delivery Information:**

- Live Birth
- Neonatal Death (live birth)
- Fetal Death:
  - ≥ 22 weeks gestation (656.40)
  - < 22 weeks gestation (632)

**Type of Delivery:**

- Vaginal (650)
- C-Section (669.71)
- VBAC (650-primary, 654.21-secondary)

**Birth #1**

Date of Birth 

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Birth Time \_\_\_\_\_ (military time)

Gender M / F

Birth Weight \_\_\_\_\_

Apgars \_\_\_\_\_

Gestational Age 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Gravida/Para \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Home Health Offered? Y / N

Baby Admitted to:

- Newborn Nursery
- Special Care Nursery
- NICU

**Birth #2**

Date of Birth 

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Birth Time \_\_\_\_\_ (military time)

Gender M / F

Birth Weight \_\_\_\_\_

Apgars \_\_\_\_\_

Gestational Age 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Gravida/Para \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Home Health Offered? Y / N

Baby Admitted to:

- Newborn Nursery
- Special Care Nursery
- NICU

**Discharge Status:**

- to care of Mom (HB)
- to Foster Care (FC)
- for Adoption (A)
- Fetal Death (MFD)
- Neonatal Death (MND)
- home without baby (NB)

**IF MOM DESIRES A POSTPARTUM HOME HEALTH VISIT,  
PLEASE CALL THE UM DEPARTMENT FOR AUTHORIZATION AT 1-800-392-1146, Option #5  
DURING NORMAL BUSINESS HOURS. (MONDAY - FRIDAY 8:30 AM - 4:30 PM)**

**FOR GATEWAY USE ONLY**

AUTHORIZED LENGTH OF STAY \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION NUMBER \_\_\_\_\_

Member effective date 

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Disenroll date 

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

**ADMIT TYPE=MAT**