

Surgical procedure authorization request



01 Professional Services to be Authorized

Group Name: _____ Group Tax ID: _____
Surgeon Name: _____ Surgeon NPI: _____
Primary Diagnosis Code & Description: _____
CPT Code(s) & Description of Procedure: _____
Surgery Date (if scheduled): _____ or Date Range Request _____ to _____

02 Facility Services to be Authorized

Facility Name: _____ Tax ID: _____
Type: _____
Outpatient Inpatient Surgery Center NPI: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
HCPCS Code(s) & Description of Procedure: _____
Device to Be Implanted:
Cochlear Implant Hybrid Implant ABI Baha Connect Baha Attract Osia
of Units: _____ Left Ear Right Ear Bilateral Other: _____

03 Patient Information

Patient Name (first, last, middle): _____
Date of Birth: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Phone: _____ Email: _____
Preferred Communication Method: Phone Email

04 Insurance Information

Primary Insurance Company: _____ Member ID: _____
Group Number: _____ Employer: _____
Provider Relations Phone#: _____
Name of Subscriber (if different than Patient): _____ Subscriber SSN: _____

05 Secondary Insurance Information (If Applicable)

Secondary Insurance Company: _____ Member ID: _____

Group Number: _____ Employer: _____

Provider Relations Phone#: _____

Name of Subscriber (if different than Patient): _____ Subscriber SSN: _____

**For any questions regarding the above information, please contact OMS at 866 433 4876;
via email at OMS@cochlear.com; or fax 303 799 4353.**

06 Submitting Provider Contact 1

Contact Name: _____

Contact Email: _____ Contact Phone: _____

07 Submitting Provider Contact 2

Contact Name: _____

Contact Email: _____ Contact Phone: _____

OMS Insurance Support Checklist

Requests with missing information will not be processed

Completed Surgical Procedure Authorization Request Form

Copy of front and back of patient's health insurance card(s)

Patient Authorization for Release of Patient Health Information Form (Candidate signature required)

Patient Authorization to Provide Insurance Support Services Form (Candidate signature required)

Letter of Medical Necessity signed by the doctor

- Patient's diagnosis
- Severity and etiology of hearing loss
- Treatments tried and failed (including prior hearing aid use)
- Explain why the implant system is the recommended treatment option

Patient's medical records applicable to hearing health, including audiograms

Copy of health plan's denial letter (appeals only)

**Please send your completed predetermination or appeal assistance requests to
OMS@cochlear.com or via fax 303 799 4353.**

For any questions regarding the above required information, please contact OMS at 866 433 4876



866 433 4876

OMS@cochlear.com

www.cochlear.us/ReimbursementHub

©Cochlear Limited 2023. All rights reserved. Cochlear, Hear now. And always, Nucleus, Kanso, Baha, Osia, the elliptical logo, and marks bearing an ® or ™ symbol, are either trademarks or registered trademarks of the Cochlear group of companies (unless otherwise noted).

Asistencia de seguros de OMS

Autorización del paciente para proporcionar servicios de asistencia de seguros

Por la presente, autorizo a la asistencia de seguros de Otologic Management Services (un departamento de Cochlear Americas, denominado aquí "OMS") a que me ayude en mis esfuerzos por obtener la autorización previa del seguro del plan autofinanciado de mi Aseguradora o empleador ("Aseguradora") para la implantación quirúrgica de un sistema de implante Cochlear™ (denominado en el presente "Implante") para mí, mi hijo o dependiente.

Comprendo que OMS hará todo lo posible de buena fe para ayudarme a obtener cobertura de seguro de mis Aseguradoras para el implante y el procedimiento quirúrgico; sin embargo, OMS no puede garantizar resultados favorables. La asistencia de OMS puede incluir ayudarme con el proceso de autorización previa, así como con los procesos de apelaciones por escrito si se rechaza la autorización previa.

Por la presente, autorizo a OMS a actuar en mi nombre para proporcionar los servicios de asistencia de seguros descritos aquí. En ausencia de mi instrucción expresa, OMS está autorizada por la presente a tratar con mi médico y la Aseguradora de cualquier manera que OMS, a su criterio razonable, considere apropiada para los fines descritos en esta autorización. **Por la presente, acepto no responsabilizar a OMS por alguno y todos los servicios prestados de buena fe.**

Por la presente, autorizo a mi Aseguradora o empleador a proporcionar a OMS mi tarjeta de seguro, descripción resumida del plan, plan de seguro y cualquier otro documento de seguro relevante (en conjunto, "Documentos del plan"). Completaré el formulario adjunto de divulgación de registros médicos del paciente y entregaré una copia a mis médicos para autorizarlos a divulgar cualquier información médica necesaria a OMS. Por la presente, autorizo a OMS a proporcionar a mi médico copias de toda la correspondencia relacionada con la cobertura de seguro del implante y el procedimiento quirúrgico.

Comprendo que OMS puede dejar de proporcionarme servicios de asistencia de seguros si no ofrezco una cooperación razonable o por cualquier otro motivo a entera discreción de OMS.

Comprendo que puedo interrumpir los servicios de asistencia de seguros de OMS en cualquier momento mediante notificación por escrito a OMS; cualquier notificación en virtud de esta autorización debe enviarse a OMS por correo electrónico a OMS@cochlear.com. La notificación entrará en vigencia una vez que OMS la reciba.

Comprendo y acepto que OMS no tendrá ninguna obligación adicional ante mí si OMS determina, a su entera discreción, que se han agotado todas las vías razonables para obtener la cobertura necesaria de mi Aseguradora.

En caso de rechazo o por cualquier otro motivo, comprendo que ni Cochlear ni OMS iniciarán litigios en mi nombre contra mi Aseguradora y que cualquier asesoramiento legal debe obtenerse por separado por mi propia voluntad.

Mediante mi firma (o firma autorizada) a continuación, comprendo y acepto las disposiciones de esta autorización y reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de OMS.

Nombre en letra de imprenta del paciente (o representante autorizado del paciente): _____

Firma del paciente (o representante autorizado): _____

Relación con el paciente (si el solicitante no es el paciente): _____

Fecha: _____



866 433 4876

OMS@cochlear.com

www.cochlear.com/us

Autorización para la divulgación de información médica del paciente

Autorizo la divulgación de la información médica del paciente de la persona mencionada a continuación:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Centro médico al que se le solicitan los registros:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Los registros se divulgarán a: Asistencia de seguros de OMS | **Correo electrónico:** OMS@cochlear.com
Teléfono: 866 433 4876 | **Fax:** 303 799 4353

Propósito de esta solicitud: Autorización previa del seguro y soporte de verificación

Tipo de registros solicitados:

- Todos los registros médicos relacionados con la pérdida de la audición del paciente mencionado anteriormente, o
- Resumen del tratamiento

Esta solicitud **NO** incluye una solicitud para ningún registro del paciente que no sean los tipos mencionados anteriormente.

OMS solicita específicamente que no se proporcionen otros registros de pacientes.

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de esta autorización O hasta el (insertar fecha) _____

Entiendo que:

- Mi derecho al tratamiento de atención médica no está condicionado por esta autorización.
- Salvo cuando ya se haya realizado una divulgación en virtud de mi autorización previa, comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al correo electrónico o fax de la Asistencia de seguros de OMS que se proporciona más arriba.
- La divulgación de información relacionada con el VIH, la atención relacionada con la salud mental o el diagnóstico de abuso de sustancias y la información sobre el tratamiento requieren autorización adicional.

Nombre del paciente (o representante autorizado), en letra de imprenta: _____

Firma del paciente (o representante autorizado): _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si el solicitante no es el paciente): _____



866 433 4876
OMS@cochlear.com
www.cochlear.com/us

EN EL PRESENTE AVISO, SE EXPLICA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN QUE HAREMOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. Léalo detenidamente.

En este aviso, los términos “nosotros”, “nuestros/as” y “nos” hacen referencia a Cochlear Americas y a su departamento de Servicios de Gestión Otológica (OMS, por su sigla en inglés). La palabra “usted” hace referencia a cualquier persona que recibe nuestros productos o servicios de atención médica. “Información médica” hace referencia a cualquier tipo de dato verbal, escrito o grabado que nosotros creemos o recibamos y que se relaciona con algún pago en concepto de atención médica o su salud en el pasado, en el presente o en el futuro.

CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Debemos, por ley, entregarle este aviso explicando que utilizamos y divulgamos su información médica para los siguientes fines:

- **Tratamiento.** Utilizaremos su información médica para brindarle servicios y productos de atención médica. Podemos compartir su información médica con los profesionales médicos que participan en su cuidado y que forman parte de la entidad que le brinda atención.
- **Alternativas de tratamiento.** Utilizaremos su información para brindarle alternativas de tratamiento para su atención médica.
- **Pago.** Es posible que utilicemos y divulguemos su información médica con el fin de facturar a un pagador o programa aplicable por concepto de sus servicios o productos de atención médica. Si su aseguradora o plan de salud requiere aprobación previa o cualquier otra notificación con el fin de determinar si se va a pagar por los servicios o productos, nosotros podemos divulgar su información médica a ellos, a menos que usted nos haya solicitado que no facturemos a su aseguradora o plan de salud.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información sobre usted en Cochlear Americas para administrar y mejorar nuestro negocio. Esto incluye actividades de evaluación de la calidad, concesión de licencias y acreditación, obtención de servicios jurídicos y contables, y planificación y gestión empresarial. Otras personas y empresas que no son empleados ni afiliados de Cochlear Americas pueden ayudarnos en el manejo de nuestra actividad comercial. Estas personas y/o compañías son nuestros “socios comerciales”. Podremos darles acceso limitado a su información médica para que efectúen las labores para las que fueron contratadas, siempre que se comprometan a salvaguardar su información.
- **Personas que participan en su atención médica.** Siempre que usted esté de acuerdo, podremos brindar determinada información médica suya a un amigo o familiar que participe en su atención o en la obtención de pagos relacionados con su atención. Si usted no puede darnos este consentimiento debido a una incapacidad o circunstancias urgentes, podremos divulgar su información médica según se requiera si, basándonos en nuestro criterio profesional, determinamos que es lo mejor para su beneficio.
- **Investigación.** No utilizaremos ni divulgaremos para fines investigativos información médica que lo identifique a usted, a menos que usted dé su acuerdo por escrito, o que dicha utilización o divulgación cumpla con las leyes aplicables y una junta de privacidad o una junta de revisión institucional haya aprobado el arreglo.

Por otra parte, podremos utilizar o divulgar su información médica sin su autorización en los siguientes casos:

- según se autorice y en la medida en que se considere necesario para cumplir con las leyes de indemnización del trabajador y leyes semejantes;
- para actividades de salud pública, según lo permitido o lo requiera la ley, como la prevención o el control de enfermedades y la denuncia de sospecha de maltrato o negligencia;
- a un organismo de supervisión sanitaria para efectuar auditorías, investigaciones, inspecciones y actividades de concesión de licencias;
- a un agente del orden público en respuesta a un mandato judicial, citación judicial, orden de detención, orden de comparecencia o procesos semejantes; para identificar o ubicar a un sospechoso, testigo, persona desaparecida o según lo exijan las leyes;
- a un juzgado o parte implicada en un litigio, en respuesta a una orden judicial o administrativa válida;
- a un médico forense o director fúnebre según lo permita o exija la ley para identificar a una persona fallecida, o como estos lo requieran de otro modo para cumplir con sus deberes;
- si usted es un recluso en una institución penitenciaria, a dicha institución según sea necesario para bien de su salud, y la salud y seguridad de otros individuos;

AVISO DE COCHLEAR AMERICAS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Vigente a partir del 1 de agosto de 2013

- para actividades militares, de seguridad nacional o actividades legales de inteligencia; o
- en todos los demás casos en los cuales lo permita o exija la ley.

Los usos o divulgaciones de su información médica, con excepción de los casos descritos anteriormente, solo podrán hacerse con su autorización por escrito. Usted podrá anular dicha autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, no podremos recuperar ningún dato que ya haya sido divulgado con base en una autorización previa.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA. Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derechos a inspeccionar y copiar.** Con algunas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de sus registros en caso de que tengamos o utilicemos esos registros e incluyan su información médica.
- **Derecho a hacer correcciones.** Si descubre que un registro que contiene su información médica es incorrecto o está incompleto, podrá solicitar que corrijamos dicha información. Deberá comunicarnos por qué estima que la información es incorrecta o incompleta. Podremos denegar su solicitud si, entre otras cosas, nosotros no fuimos los creadores de la información; esta no se incluye en su expediente médico, de facturación u otro expediente utilizado para tomar decisiones relativas a su atención de salud; o si de otro modo la información es precisa y completa.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones hechas.** Salvo en contadas excepciones, usted tiene derecho a solicitar un informe por escrito de cada caso de divulgación de su información médica que hayamos hecho en un período de hasta seis años antes de la solicitud, sin incluir las divulgaciones hechas a usted mismo, las divulgaciones que usted autorizó por escrito y las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, según se explica en este aviso. Su solicitud debe indicar el período de tiempo correspondiente, que no podrá superar los seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.
- **Derecho a recibir notificación de infracciones.** Si ocurre una infracción que involucre su información médica, tiene derecho a que se le notifiquen las circunstancias.
- **Derecho a autorizar comunicaciones de marketing o venta de información médica.** En los casos donde es posible que recibamos remuneración financiera a cambio de hacer una comunicación sobre productos relacionados con la salud o venta de su información médica, tiene derecho a recibir notificación y a brindar o rechazar específicamente la autorización de este uso o divulgación.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar la restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted a los efectos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o para asistir a terceros que participen en su atención médica. No estaremos obligados a aceptar su solicitud. En el caso de que sí lo hagamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de urgencia. En su solicitud deberá incluir: (1) la información que desea limitar; (2) si desea que limitemos nuestra utilización, divulgación o ambas cosas, y cómo desea que lo hagamos; (3) a quién quiere que se apliquen estas limitaciones (p. ej., divulgaciones a su cónyuge). Tiene derecho a restringir divulgaciones de su información médica protegida a un plan de seguro médico si paga de su bolsillo la totalidad de los artículos o servicios.
- **Derecho a solicitar confidencialidad en las comunicaciones.** Usted tiene derecho a solicitar que comuniquemos su información médica de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podrá pedirnos que nos comuniquemos con usted exclusivamente en su trabajo o por correo.

Para gozar de cualquiera de los derechos antedichos, usted debe enviar su solicitud por escrito a nuestro funcionario de privacidad, a la dirección que se indica al final de este aviso. Su solicitud debe indicar la manera en que desea recibir su respuesta (p. ej., en copia impresa o por correo electrónico). Nos reservamos el derecho de cobrarle por copiar y brindarle información adicional en respuesta a su solicitud. Le comunicaremos el costo implicado, dándole la oportunidad de anular o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en algún gasto.

AVISO DE COCHLEAR AMERICAS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Vigente a partir del 1 de agosto de 2013

NUESTROS DEBERES Y DERECHOS CONFORME A LA LEY. Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica y proporcionar este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de información médica. Cumpliremos con las estipulaciones de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de información médica y los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que entre en vigor el aviso modificado, con relación a la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos después de dicho cambio. El aviso contendrá una fecha de entrada en vigor en su primera página, en la esquina superior izquierda. En nuestro sitio web, www.cochlear.com, publicaremos una copia del aviso que se encuentre en vigor.

QUEJAS. Si considera que sus derechos a la privacidad han sido infringidos, podrá presentar una queja ante el funcionario de privacidad, en la dirección que se indica justo a continuación. También podrá presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales, la Oficina de Derechos Civiles, o la División de Reclamos, HIPAA, 7500 Security Blvd., C5-24-04, Baltimore, MD 21244. Para recibir información sobre cómo presentar la queja, llame al 1-800-368-1019. Todas las quejas deben enviarse por escrito. No será sancionado por presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el funcionario de privacidad de Cochlear, escribiendo a 10350 Park Meadows Drive, Lone Tree CO 80124.