



# Texas Standard Prior Authorization Request Form for Prescription Drug Benefits

Fax this form to: 1-877-269-9916  
OR

Submit your request online at:  
<https://navinet.navimedix.com/Main.asp>  
Visit [www.aetna.com/formulary](http://www.aetna.com/formulary) to access our Pharmacy Clinical Policy Bulletins.

For FASTEST service, call 1-855-240-0535, Monday-Friday, 8 a.m. to 6 p.m. Central Time

**Please read all instructions below before completing this form.**

Please send this request to the issuer from whom you are seeking authorization. **Do not send this form** to the Texas Department of Insurance, the Texas Health and Human Services Commission, or the patient's or subscriber's employer.

### Section 1 Submission

Submitted to	Phone	Fax	Date
--------------	-------	-----	------

### Section 2 Review

**Expedited/Urgent Review Requested:** By checking this box and signing below, I certify that applying the standard review time frame may seriously jeopardize the life or health of the patient's ability to regain maximum function.

Signature of Prescriber or Prescriber's Designee:

### Section 3 Patient Information

Name	Phone	DOB	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Unknown
Address	City	State	ZIP Code	
Issuer Name (if different from Section 1)	Member or Medicaid ID Number	Group Number		
BIN Number (if available)	PCN (if available)	Rx ID Number (if available)		

### Section 4 Prescriber Information

Name	NPI Number	Specialty		
Address	City	State	ZIP Code	
Phone	Fax	Office Contact Name	Contact Phone	

### Section 5 Prescription Drug Information *(If this is a compound drug, identify all ingredients in Section 6, on the following page.)*

Requested Drug Name				
Strength	Route of Administration	Quantity	Day's Supply	Expected Therapy Duration
To the best of your knowledge this medication is				
<input type="checkbox"/> New Therapy <input type="checkbox"/> Continuation of therapy (approximate date therapy initiated: _____)				
For Provider Administered Drugs only				
HCPCS Code _____ NDC Number _____ Dose Per Administration _____				

**Section 6 Prescription Compound Drug Information**

Compound Drug Name					
Ingredient	NDC Number	Quantity	Ingredient	NDC Number	Quantity

**Section 7 Prescription Device Information**

Requested Device Name	Expected Duration of Use	HCPCS Code (if applicable)
-----------------------	--------------------------	----------------------------

**Section 8 Patient Clinical Information**

Patient's diagnosis related to this request	ICD Version	ICD Code
---	-------------	----------

**Drugs patient has taken for this diagnosis** (Provide the following information to the best of your knowledge.)

Drug Name	Strength	Frequency	Dates Started and Stopped or Approximate Duration	Describe Response, Reason for Failure, or Allergy

Drug Allergies	Height (if applicable)	Weight (if applicable)
----------------	------------------------	------------------------

**Relevant laboratory values and dates** (attach or list below)

Date	Test	Value

**Section 9 Justification**

Aetna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude or treat people differently based on their race, color, national origin, sex, age, or disability.

Aetna provides free aids/services to people with disabilities and to people who need language assistance.

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card.

If you believe we have failed to provide these services or otherwise discriminated based on a protected class noted above, you can also file a grievance with the Civil Rights Coordinator by contacting:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),  
1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, or at 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

*Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans and their affiliates (Aetna).*

TTY: 711

**This Notice has Important Information.** You may need to take action by certain dates to keep your health coverage or help with costs. For help in your language at no cost, you can call the number on your ID card. (English)

**Este aviso contiene información importante.** Es posible que deba realizar determinadas acciones en ciertas fechas para mantener su cobertura de salud o reducir costos. Para obtener ayuda en español sin cargo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

**本通知包含重要資訊。**您可能需要在特定日期前採取行動，以保留您的健康承保或關於費用的協助。如欲免費取得中文幫助，您可撥打您保險卡上的電話號碼。(Chinese)

**Le présent avis contient des informations importantes.** Vous devrez peut-être prendre des mesures à partir de certaines dates pour garder votre couverture santé ou obtenir des aides pour payer les coûts. Pour obtenir de l'aide en Français sans frais, vous pouvez appeler le numéro sur votre carte d'identification. (French)

**Ang Abisong ito ay Naglalaman ng Mahalagang Impormasyon.** Maaaring mangailangang kumilos ka sa tiyak na mga petsa upang mapanatili ang iyong saklaw pangkalusugan o tulong na may gastos. Para sa tulong sa Tagalog na walang gastos, maaari kang tumawag sa numero sa iyong ID card. (Tagalog)

Díí saad ílíníí baa hane'. Díí níké'ésítí'ígíí éí doodago béeso da bee níká a'doowolígíí bikáa'go da át'ée dooleel áko t'áadoo bee e'e'aahí baa yíłkaahgóó tsxíjłgo hasht'e dííłíł níí da dooleel. (Diné k'ehjí) bee shíká a'doowol nínízingo Naaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí béesh bee hane'í bikáa' áko áají' hodiilnih t'áadoo bąąh ílínígóó (Navajo)

**Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen.** Wenn Sie Ihren Krankenversicherungsschutz beibehalten möchten oder Hilfe beim Bestreiten der Kosten benötigen, müssen Sie u. U. innerhalb einer bestimmten Frist handeln. Für kostenfreie Hilfe auf Deutsch können Sie die Nummer auf Ihrer Versicherungskarte anrufen. (German)

**Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm.** Juve do t'ju duhet të merrni masat e duhura përpara afateve të përcaktuara për të ruajtur siguracionin shëndetësor ose asistencën shëndetësore mbi kostot. Për asistencë falas në gjuhën shqipe, ju mund të telefononi në numrin e regjistruar në kartën tuaj të identitetit (ID). (Albanian)

**ይህ ማስታወቂያ ጠቃሚ መረጃ አለው።** የጤና ሽፋንዎን ለመጠበቅ ወይም በከፍተኛ በተወሰኑ ቀናት ውስጥ ወደ ተግባር መግባት አለብዎት። በነጻ ድጋፍ ለማግኘት(አማርኛ) በመታወቅያዎዎ ባለው ሰልክ መደወል ይችላሉ። (Amharic)

يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. لذا يجب أن تتخذ الإجراءات اللازمة في المواعيد المحددة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للحصول على مساعدة في التكاليف. وتلقي المساعدة بـ (اللغة العربية) مجاناً، يمكنك الاتصال على الرقم الموجود في بطاقة الهوية. (Arabic)

Այս ծանուցում ունի կարևոր տեղեկություններ. Դուք կարող եք անհրաժեշտ է միջոցներ ձեռնարկել, ըստ որոշ ժամկետների պահել ձեր առողջության լուսաբանումը, կամ օգնել, ծախսերը. Օգնության համար (հայերեն) ոչ մի գնով, դուք կարող եք զանգահարել է մի շարք ձեզ վրա ID քարտ. (Armenian)

Iri Tangazo ririmwo amakuru afise akamaro gakomeye cane. Ni ivy'ikimazi ko ugira ico ukoze ku matariki yashinzwe kugira ntutakaze uburenganzira bwo kuvuzwa canke iyindi mfashanyo ikenera amafaranga. Ku bijanye n'ivyo wokenera ko bagufasha (bijanye no gutahura ururimi ) ata mafaranga urishe, urashobora guhamagara iyo numero iri kuri ako ga karata ndangamuntu kawe .(Bantu-Kirundi)

Kining maong Pahibalo Adunay Mahinungdanong Kasayoran. Basin nagkinahanglan kang mohimog lakang sa pihong petsa aron pagpabilin sa pagkasakop sa imong kahimsog o pagtabang sa galastohan. Alang sa tabang sa (pinulongan) nga walay bayad, tawgi ang numero sa kard sa imong kailhanan. (Bisayan-Visayan)

**এই বিজ্ঞপ্তিতে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য রয়েছে।** আপনাকে হয়তো স্বাস্থ্য আওতাধীন বজায় রাখার জন্য অথবা খরচ দিয়ে সাহায্যের জন্য নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হতে পারে। বিনামূল্যে বাংলা ভাষাতে সহায়তার জন্য আপনি আপনার আইডি কার্ডে যে নম্বরটি রয়েছে তাতে কল কল করতে পারেন। (Bengali-Bangala )

**ကျွန်ုပ်တို့အကြောင်းကြားစာတွင် အရေးကြီးသည့်အချက်အလက်ပါရှိသည်။** သင့်ကျန်းမာရေးအာမခံသို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ် အကူအညီကိုဆက်လက်ထားရှိရန် သတ်မှတ်ထားသည့်ရက်စွဲအတွင်း သင်ဆောင်ရွက်ရပါမည်။

(မြန်မာ/ဗမာ)ဘာသာစကားဖြင့် ကုန်ကျမှုမရှိဘဲအကူအညီရယူရန် သင့် ID ကတ်ပေါ်ရှိဖုန်းနံပါတ်ကို သင်ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ (Burmese)

Aquesta nota conté informació important. Haurà de garantir que, durant les dates concretes, té una assegurança que cobreix les seves despeses mèdiques o és capaç de fer-se càrrec de les possibles despeses. Per rebre assistència en català sense cap cost addicional, pot trucar al número que trobarà a la seva targeta d'identificació. (Catalan)

Este na notisia gai empottante na emfotmasion . Kasi un nisisita para un kalamtini mas gi entre i fecha siha put para un sigi ha' ma ayuda pat un ma ayuda gi gastu-mu siha. Para ayudu gi (Chamoru) sin gastu, siña un afgang i numiru ni mangaige gi iyo-mu 'ID card'. (Chamorro)

**AD JLZCWLA O'P'WPL DL ZJA J hEtΘ.** h.θRP(θGP'βA J hLSP'σWθ θσW'ϑLδY βS θL 4P.θθT hEσ'R i GY S L hBθ'GS L A T Dθ L PEGP'σE DP'σE P'σW. θσW'θZ L AΓ'σA J EGP J JY DP'σE P'σW θσW (GWY), Do'h JPZ P J Jθ L θθT DL AC'σA J DTh h'σA θσW J PZ P J A'σW J 4'σA. (Cherokee)

Anumpa ilvppvt anumpa afehna hosh takanli. Na aivlli isht apela micha achukmaka isht atobbi ish ishi chi hokmvt, nittak vt ikono kinsha ho nana ish atahlik mvkalla. (Chahta) anumpa isht apela yvt na aivlli keyu ho chi holisso kallo iskitini ya holhtena takanli ma, I paya. (Choctaw)

**Beeksisni kun odeefannoo barbachisa of keessa qaba.** Fayummaa keessaan egachuuf ykn wa'ee fayyumaa keessanii ilaalchisee gargarfa argachuufii yeroo merta'ee kana keessatti tarkanfii fudhachu qabdu. Afaan (oromoon) basii tokko malee lakkofsa enyumessaa keessanin bililuu dandessuu. (Cushite)

**Dit bericht bevat belangrijke informatie.** Het kan zijn dat u vóór bepaalde data actie moet ondernemen om uw zorgverzekering of bijstand in de kosten te behouden. Voor gratis hulp in het Nederlands kunt u het nummer op uw identiteitskaart bellen. (Dutch)

**Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan ladan.** Petèt y ap egzije ou pou pran sèten aksyon nan sèten dat limit yo pou kenbe pwoteksyon sante ou yo oswa ede avèk depans yo. Pou jwenn asistans gratis nan lang Kreyòl Ayisyen, ou kapab rele nimewo a yo ekri nan kat idantifikasyon ou. (French Creole)

**Η παρούσα ανακοίνωση περιέχει σημαντικές πληροφορίες.** Ίσως χρειαστεί να προβείτε σε κάποιες ενέργειες μέσα σε συγκεκριμένες προθεσμίες για να διατηρήσετε την υγειονομική κάλυψη ή βοήθειά σας με χρέωση. Για βοήθεια στα ελληνικά χωρίς χρέωση, μπορείτε να καλέσετε τον αριθμό που αναγράφεται στην κάρτα σας. (Greek)

આ નોટિસમાં એક મહત્વની માહિતી છે. તમારે અમુક તારીખ સુધીમાં પ્રક્રિયા કરવી પડશે. તમારા આરોગ્ય વિમાની પોલિસીની રકમ સંબંધિત ક્રિયા કે પ્રક્રિયા કરવી પડશે અથવા ખર્ચ ભોગવવો પડશે. (ગુજરાતી)માં કોઈ પણ ખર્ચ વિના મદદ મેળવવા માટે તમારા ઓળખ પત્રમાં આપેલા નંબર પર ફોન કરી શકો છો. (Gujarati)

He mau mana‘o kiko‘ī ma kēia leka ho‘omaopopo nei. Pono ana ‘oe e ho‘okō i kēia mau hana mamua o ka lā palena pau no ka mālama ‘ana i ka mana a kāu ‘inikua mālama ola a i ‘ole i kōkua me nā kāki ‘ia. Inā makemake ‘oe i kōkua ma ka unuhi ‘ana a ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei. (Hawaiian)

इस नोटिस में ज़रूरी जानकारी है। आपको अपनी स्वास्थ्य कवरेज को बनाये रखने या लागतों में सहायता के लिए कुछ विशिष्ट तारीखों तक कार्रवाई करनी पड़ सकती है। बिना किसी लागत के (हिन्दी) में सहायता के लिए, आप अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर पर कॉल कर सकते हैं। (Hindi)

**Daim ntawv ceeb toom no muaj lus qhia tseem ceeb.** Koj yuav tsum tau ua qee yam ua ntej cov sib hawm teev tseg kom koj txoj kev pab kho mob dawb los yog kev pab kho mob them nqi qis muaj txuas mus ntxiv. Yog xav tau kev pab hais koj hom lus (Hmoob) pub dawb, koj hu tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav. (Hmong)

**Ọkwa a nwere Ozi dj Mkpá.** Ị nwere ike chọọ ime mmee n’ụfọdụ deeti ịjị dozie mkpuchi ahụike gi maọbụ nyè aka na imefu ego. Maka ènyèmaka n’Igbo nke efughi ego, ị nwere ike kpọọ nomba nọ na kaadi ID gi. (Ibo)

**Daytoy a Pakdaar ket Addaan ti Napateg nga Impormasion.** Mabalin a kalikagumanyo ti mangaramid ti addang kadagiti espesipiko a petsa tapno agtalinaed ti panangsaklaw iti salun-atyo wenno tulong nga adda bayadanyo. Para iti tulong iti *pagsasao* nga awan bayadanyo, tawaganyo ti numero idiy ID cardyo. (Ilocano)

**Pemberitahuan ini berisi Informasi Penting.** Anda mungkin perlu mengambil tindakan berdasarkan tanggal tertentu untuk mempertahankan tanggungan kesehatan Anda atau bantuan biaya. Untuk bantuan dalam *bahasa Indonesia* tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor yang ada pada kartu ID Anda. (Indonesian)



यो सूचनामा महत्त्वपूर्ण जानकारी छ । तपाईंले पाइरहेको स्वास्थ्य बिमा पाइरहन वा तपाईंको खर्चको भुक्तानीमा सहायता पाउन निश्चित समय-सीमाभित्र काम-कारवाही गर्नुपर्ने हुनसक्छ । नेपाली मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि तपाईंको परिचय-पत्रमा उल्लेख गरिएको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् । (Nepali)

**Läk kē anəŋic thönrilic kər ba piŋ apieth.** Yen akər ba ye kē lëkkē yin nē dəc loi tē cīn gāau kua nē thaa kərē yen ba loi, ago aguier duōn bīn ya lə tē nəŋ Akīm kua kony nē yōōny de wal ke pan Akim ŋoot ke to thīn abac kē cīn wēu kōərke. Yen na kər bī yī kony nē gēēr de thokic abac ke cīn weu kōərke, ke yī col nomba tō nē ID card duic. (Nilotic-Dinka)

**Denne meldingen inneholder viktig informasjon.** Du må kanskje foreta deg noe før visse datoer for å beholde helsedekningen eller for hjelp med kostnader. Hvis du trenger kostnadsfri hjelp på norsk, kan du ringe nummeret på ID-kortet ditt. (Norwegian)

**Selle Notice hot wichtige Information.** Vielleicht brauchschdt du eppes duhe bis en gewisse Daadem um dei Gsund Inschurans zu behalde odder mit Koschde zu helfe. Fer Hilfe in Deitsch mit kenne Koschde, du kannschdt die Nummer uff dei ID Kaarde aarufe. (Pennsylvanian Dutch)

این اطلاعیه حاوی اطلاعاتی مهم است. ممکن است که لازم باشد شما برای حفظ بیمه سلامت خود و یا کمک به هزینه های درمانی خود در تاریخ های معینی اقداماتی انجام دهید. برای دریافت کمک به زبان فارسی به صورت مجانی، می توانید با شماره تلفن موجود روی کارت شناسایی خود تماس حاصل کنید. (Persian-Farsi)

**Niniejsze pismo zawiera ważne informacje.** Aby zachować ubezpieczenie zdrowotne lub zaoszczędzić pieniądze konieczne może być podjęcie pewnych działań w określonych terminach. Aby uzyskać bezpłatnie pomoc w języku polskim, proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej. (Polish)

**Este Aviso disponibiliza Informação Importante.** Poderá ter de tomar determinadas ações até certas datas para manter a cobertura do seu seguro de saúde ou auxílio com custos e despesas. Poderá contactar o número disponível no seu cartão de identificação para obter assistência em português gratuitamente. (Portuguese)

ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ਼ ਨੂੰ ਬਣਾਏ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖਾਂ ਤੱਕ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਲਾਗਤ ਦੇ (ਪੰਜਾਬੀ) ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। (Punjabi)

**Această înștiințare conține o informație importantă.** Veți avea nevoie să luați niște acțiuni la anumite date pentru a menține acoperire asigurării de sănătate respectiv ajutorul cu costurile. Pentru asistență gratuită în românește puteți să ne telefonați la numărul indicat pe cardul dvs. de membru. (Romanian)

**В этом Уведомлении содержатся важные сведения.** Для того чтобы сохранить страховку или получить помощь в оплате полученных услуг, Вам, возможно, нужно что-то сделать в сроки, указанные в этом уведомлении. Если Вам нужна помощь на русском языке, Вы можете ее бесплатно получить, позвонив по телефону, указанному на Вашей идентификационной карточке участника плана. (Russian)





**В цьому повідомленні є важлива інформація.** Можливо, вам буде потрібно вжити деякі заходи до певних дат, щоб зберегти ваше медичне страхування або зменшити ваші витрати. Щоб безплатно отримати інформацію українською мовою, телефонуйте за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці учасника плану. (Ukrainian)

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اپنی ہیلتھ کوریج کو برقرار رکھنے یا اخراجات سے نمٹنے میں مدد کے لیے آپ کو مخصوص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بغیر کسی خرچے کے (اردو زبان) میں مدد حاصل کرنے کے لیے، آپ اپنے آئی ڈی کارڈ پر درج نمبر پر کال کر سکتے ہیں۔ (Urdu)

**Thông Báo này có Thông Tin quan trọng.** Quý vị có thể cần thực hiện vào những ngày nhất định để giữ bảo hiểm của quý vị hoặc được trợ giúp chi phí. Để được trợ giúp bằng tiếng Việt miễn phí, quý vị có thể gọi đến số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)

**די מעלדונג אנטהאלט וויכטיגע אינפארמאציע.** איר קענט מעגליך דארפן נעמען שריט ביז געוויסע דאטומען כדי אנצוהאלטן אייער געזונטהייט דעקונג אדער הילף מיט אפצאלן. פאר הילף אין אידיש פריי פון אפצאל קענט איר רופן דעם נומער אויף אייער אידענטיטעט קארטל. (Yiddish)

**Ìwé Àkíyèsì yìí ní Àlàyé tó ẹ̀ Ẹ̀ Pàtàkì nínú.** ̀wọ̀ lẹ̀ nílò láti gbé igbésẹ̀ ní àwọ̀n ọjọ̀ kan láti lẹ̀ ẹ̀í máa gbádùn ààbò fún ìtọ̀jú ilera tàbí ìràn�ọ̀wọ̀ nípa sísan owó fún ìtọ̀jú ilera. Fún ìràn�ọ̀wọ̀ ní èdè (Yorùbá) láì sanwó, o lẹ̀ pe nọmbà tó wà lóri káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀. (Yoruba)