

How to Get Approval for Medications

What's Prior Authorization



At Curative, we want to make sure you get access to the medications you need while keeping your safety and costs in check. That's why we have something called "prior authorization" for certain prescriptions.

Here's why we do this:



Better Care:

We want you to get the best care possible. Prior authorization lets our medical experts do an additional check if a medication is safe and based on what works best according to current medical guidelines.



Staying Safe:

Your safety is important. With prior authorization, we are additional eyes to your prescribing provider to make sure a treatment won't have serious side effects or interact negatively with other medications you may be taking.



Saving Money for Everyone:

By only paying for treatments that are really needed, we control healthcare costs, which keeps your insurance costs lower.

Different types of prescriptions:

The decision to prescribe brand-name drugs, generics, biosimilars, or specialty medications depends on several factors, including the medication's efficacy, the patient's specific health needs, and cost considerations.



Brand Name: These medications are developed and patented by a pharmaceutical company and sold under a trademarked name. These drugs undergo extensive research, rigorous testing, and regulatory approval to ensure safety and effectiveness. Due to the investment in development and marketing, brand-name drugs are typically more expensive than generic equivalents.



Generic: These are affordable versions of brand-name drugs with the same ingredients and effects. They're cheaper because they don't involve the costs of developing and marketing a new drug.



Biosimilar: Biosimilars are similar to brand-name biological drugs but are usually less expensive. They have the same composition and are as effective as the original drugs.



Specialty: These are advanced medications for serious or rare conditions. They're often more expensive and come with extra services like special handling, patient support, and infusion.

Here's how Prior Authorization works

1A As a New Member

If you're continuing with the same doctor, please inform them that they must submit a new 'prior authorization request' to us for any planned treatments. If you have a new doctor, they'll also need to do this. Please contact your doctor as soon as possible to get this process started.

1B As a Current Member

When you see your doctor, they may recommend a new medication. When you go to fill the medication, your pharmacy will see if it's covered. If it's not covered, it would require prior authorization by your doctor. Alternatively, your doctor may look at the Curative Formulary (preferred drug list) ahead of time and submit the prior authorization.

2 Our Review

We have a team of medical experts who will look at the prescription your doctor suggests. They make sure it's safe, necessary, and the right choice.

3 Approval or Discussion

If everything looks good, we'll approve it, and you can go ahead with the treatment as planned.

4 Getting Your Medication

Once we give the green light, you can visit any pharmacy in our network to get your medication. Just show them your insurance card, and they'll take care of the rest.

5 Ongoing Support

We're always here for you. If you ever have questions about your treatment, prescriptions, or anything else, don't hesitate to reach out to our friendly customer support team.

6 Feedback and Help Us Improve

Your experience matters to us. If you have any thoughts or suggestions about how we can make the process even better, please share them with us. Your feedback helps us improve our services.

Common Reasons for Denials

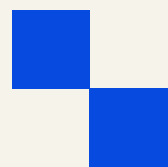
- **Formulary Restrictions:** A medication is not on the formulary or drug list, but a covered alternative may be suggested.
- **Medical Necessity Assessment:** We want to make sure you receive the most effective and cost-efficient treatments. If we believe an equally effective, less costly alternative is available, we may deny the prescription based on medical necessity.
- **Pre-requisite steps (aka Step Therapy Requirements):** You may be required to first try less expensive or preferred medications.
- **Quantity or Dosage Limits:** We may limit the quantity or dosage of medication per prescription or within a specific timeframe. If your prescription exceeds these limits, it may be denied.
- **Patient Eligibility Criteria:** Some medications have specific eligibility criteria. If you don't meet these criteria, your prescription may be denied.
- **Pharmacy Choice:** If you visit pharmacies that are not in our network without prior approval, your prescription may not be covered.
- **Documentation Accuracy:** Completeness and accuracy of information on prescription forms, medical records, or prior authorization requests are crucial. Errors can lead to denials.

Remember, we're here to assist you if your prescription is denied. You can work with your healthcare provider to address the reasons for denial, explore alternative medications, or file an appeal with us to reconsider the coverage decision.

How to file an appeal

Your provider will be notified of a denial of services via mail and/or fax. The notification will include a description of the procedure for filing an Appeal. It will include a notice to the Participant of the Participant's right to appeal an adverse determination to an IRO and of the procedures to obtain that review, including a copy of the form prescribed by the Texas Department of Insurance. An Appeal may take up to 30 days to review.

We know it might seem like an extra step, but it's all about making sure you get great care without breaking the bank. If you ever have questions or need help with prior authorization, our friendly Member Services team and your Care Navigator are here for you.



Cómo obtener aprobación para medicamentos

Qué es la Autorización Previa



En Curative, queremos asegurarnos de que tenga acceso a los medicamentos que necesita mientras mantiene su seguridad y los costos bajo control. Es por eso que tenemos algo llamado "autorización previa" para ciertas prescripciones.

↘ Aquí le presentamos por qué hacemos esto:



La mejor atención:

Queremos que reciba la mejor atención posible. La autorización previa permite a nuestros expertos médicos hacer una verificación adicional si un medicamento es seguro y se basa en lo que funciona mejor de acuerdo con las pautas médicas actuales.



Mantenerse seguro:

Su seguridad es importante. Con la autorización previa, proveemos ojos adicionales para su proveedor de prescripciones para asegurarnos de que un tratamiento no tenga efectos secundarios graves ni interactúe negativamente con otros medicamentos que usted pueda estar tomando.



Todos ahorramos dinero:

Al pagar solo los tratamientos que realmente se necesitan, controlamos los costos de atención médica, lo que mantiene bajos los costos de su seguro.

↘ Diferentes tipos de prescripciones:

La decisión de prescribir medicamentos de marca, genéricos, biosimilares o medicamentos especializados depende de varios factores, incluyendo la eficacia del medicamento, las necesidades de salud específicas del paciente y las consideraciones de costos.



Prescripciones de marca: Estos medicamentos son desarrollados y patentados por una compañía farmacéutica y vendidos bajo un nombre de marca registrada. Estos medicamentos se someten a una extensa investigación, pruebas rigurosas y aprobación regulatoria para garantizar su seguridad y efectividad. Debido a la inversión en el desarrollo y la comercialización, los medicamentos de marca suelen ser más caros que los equivalentes genéricos.



Prescripciones genéricas: Estas son versiones asequibles de medicamentos de marca con los mismos ingredientes y efectos. Son más baratas porque no implican los costos de desarrollo y comercialización de un nuevo medicamento.



Prescripciones biosimilares: Las prescripciones biosimilares son similares a los medicamentos biológicos de marca, pero generalmente son menos costosas. Tienen la misma composición y son tan efectivas como los medicamentos originales.



Prescripciones especializadas: Estos son medicamentos avanzados para enfermedades graves o condiciones poco comunes. A menudo son más caros y requieren servicios adicionales como manejo especial, apoyo al paciente e infusión.

Así es como funciona la Autorización Previa

1A Como miembro nuevo

Si continúa con el mismo médico, infórmele que debe enviarnos una nueva "solicitud de autorización previa" para cualquier tratamiento planificado. Si tiene un nuevo médico, también deberá hacerlo. Comuníquese con su médico lo antes posible para iniciar este proceso.

1B Como miembro actual

Cuando vea a su médico, es posible que le recomiende un nuevo medicamento. Cuando vaya a surtir el medicamento, su farmacia verá si está cubierto. Si no está cubierto, requerirá autorización previa de su médico. Alternativamente, su médico puede consultar el Formulario de Curative (lista de medicamentos preferidos) con anticipación y enviar la autorización previa.

2 Nuestra evaluación

Contamos con un equipo de expertos médicos que evalúan la prescripción que su médico sugiere. Se aseguran de que sea seguro, necesario y que sea la elección correcta.

3 Aprobación o discusión

Si todo se ve bien, lo aprobaremos, y puede seguir adelante con el tratamiento como estaba planeado.

4 Cómo obtener su medicamento

Una vez que demos luz verde, puede visitar cualquier farmacia de nuestra red para obtener su medicamento. Solo muéstreles su tarjeta de seguro y ellos se encargarán del resto.

5 Apoyo continuo

Siempre estamos aquí para usted. Si alguna vez tiene preguntas sobre su tratamiento, prescripciones, o cualquier otra cosa, no dude en comunicarse con nuestro amable equipo de atención al cliente.

6 Comentarios y su ayuda para mejorar

Su experiencia es importante para nosotros. Si tiene alguna idea o sugerencia sobre cómo podemos mejorar aún más el proceso, compártala con nosotros. Sus comentarios nos ayudan a mejorar nuestros servicios.

Razones comunes de denegaciones

- **Restricciones de formulario de medicamentos:** Un medicamento no está en el formulario o lista de medicamentos, pero se puede sugerir una alternativa que esté cubierta.
- **Evaluación de necesidad médica:** Queremos asegurarnos de que reciba los tratamientos más efectivos y rentables. Si creemos que una alternativa igualmente efectiva y menos costosa está disponible, podemos denegar la prescripción médica en función de la necesidad médica.
- **Pasos de pre-requisitos (también conocidos como Requisitos de Terapia Escalonada):** Es posible que primero deba probar medicamentos menos costosos o preferidos.
- **Límites de cantidad o dosificación:** Podemos limitar la cantidad o la dosis de medicamentos por prescripción o dentro de un plazo específico. Si su prescripción excede estos límites, es posible que se le niegue.
- **Criterios de elegibilidad del paciente:** Algunos medicamentos tienen criterios específicos de elegibilidad. Si no cumple con estos criterios, es posible que se le niegue su prescripción.
- **Elección de farmacia:** Si visita farmacias que no están en nuestra red, sin aprobación previa, es posible que su prescripción no sea cubierta.
- **Exactitud de la documentación:** Proveer información completa y exacta en los formularios de prescripciones, registros médicos o solicitudes de autorización previa es crucial. Errores en la información pueden causar denegaciones.

Recuerde, estamos aquí para ayudarle si le niegan su prescripción. Puede conversar con su proveedor de atención médica para abordar los motivos por los que se le denegaron medicamentos, explorar medicamentos alternativos o presentar una apelación con nosotros para reconsiderar la decisión de cobertura.

Cómo presentar una apelación

Su proveedor será notificado de una denegación de servicios por correo y/o por fax. La notificación incluirá una descripción del procedimiento para presentar una apelación. Incluirá un aviso al Participante sobre el derecho del Participante a apelar una determinación adversa ante una IRO y de los procedimientos para obtener esa evaluación, incluyendo una copia del formulario prescrito por el Departamento de Seguros de Texas. Una apelación puede tardar hasta 30 días en evaluarse.

Sabemos que puede parecer un paso adicional, pero se trata de asegurarse de recibir una excelente atención sin afectar su bolsillo. Si alguna vez tiene preguntas o necesita ayuda con alguna autorización previa, nuestro amable equipo de Servicios para Miembros y su Navegador de Atención están a su disposición.

