

If the following information is not complete, correct, or legible, the SA process can be delayed.

Please use one form per member.

MEMBER INFORMATION**Last Name:**

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

First Name:

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

Medicaid ID Number:

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

Date of Birth:

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

Gender: Male Female**Weight in Kilograms:** _____**PRESCRIBER INFORMATION****Last Name:**

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

First Name:

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

NPI Number:

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

Phone Number:

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

Fax Number:

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

DRUG INFORMATION**Non-preferred Medications:**

- Armodafinil tablet (generic for Nuvigil®) 50 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg (QD)
- Modafinil (generic for Provigil®) 100 mg, 200 mg (QD or BID)
- Nuvigil® 50 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg
- (QD) Provigil® 100 mg, 200 mg (QD or BID)
- Sunosi™ (solriamfetol) 75 mg, 150 mg
- Wakix® (pitolisant) 4.45 mg, 17.8 mg

Drug Name/Form: _____**Strength:** _____**Dosing Frequency:** _____**Length of Therapy:** _____**Quantity per Day:** _____

(Form continued on next page.)

Member's Last Name:

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

Member's First Name:

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

DIAGNOSIS AND MEDICAL INFORMATION

Please select diagnosis from the following:

- Narcolepsy (sleep study must be attached)
- Excessive daytime sleepiness (EDS) in adult patients with narcolepsy
- Obstructive Sleep Apnea (sleep study must be attached)
- Sudden onset of weak or paralyzed muscles (cataplexy)
- Shift Work Sleep Disorder
 - Current shift schedule: _____
 - Does not occur during the course of another sleep disorder or mental disorder
 - Is not due to the direct physiological effects of a medication or a general medical condition
 - Other: _____

List pharmaceutical agents attempted and outcome:

Medical Necessity: Provide clinical evidence that the preferred agent(s) will not provide adequate benefit and/or provide clinical rationale for quantity exception requests:

Prescriber Signature (Required)

Date

By signature, the Physician confirms the above information is accurate and verifiable by member records.

Please include ALL requested information; incomplete forms will delay the SA process.

Submission of documentation does NOT guarantee coverage by Molina Healthcare.

The completed form may be **FAXED to (844) 278-5731**, or you may call (800) 424-4518 (TTY: 711).