

**MOLINA COMPLETE CARE
Prior Authorization (PA) Form
PRESCRIPTION DRUG**

If the following information is not complete, correct, or legible, the PA process can be delayed.
Please use one form per member.

MEMBER INFORMATION

Member's Last Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Member's First Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MCC ID Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Member's Phone Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender: Male Female

Weight in Kilograms: _____

PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber's Last Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prescriber's First Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NPI Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Specialty:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prescriber's Phone Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prescriber's Fax Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Street Address:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State:

--	--	--	--

Zip Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

DRUG INFORMATION

Drug Name: _____

Strength: _____

Directions for Use: _____

Diagnosis: _____

(Form continued on next page.)

Member's Last Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Member's First Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DRUG INFORMATION (Continued)

Date member started medication (if previously started): _____

Name of specific medication(s) tried and failed (Samples do not qualify as a trial and failure of medication):

Reason for non-formulary request, and/or clinical justification for requested drug use (Please include relevant lab values when appropriate. **Note:** Member chart notes will be requested if further documentation is necessary):

Additional notes:

Please include ALL requested information; Incomplete forms will delay the PA process. Submission of documentation does NOT guarantee coverage by Molina Complete Care.

The completed form may be faxed to **(800) 424-7636** or mailed to:

Magellan Rx Management Prior Authorization Program
c/o Molina Complete Care
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Phone: (800) 424-5891