

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:

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

MOLINA 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

Preferred PPIs: Omeprazole OTC and Rx, Pantoprazole tablet, Protonix suspension (no SA required for short-term use; less than 90 days). All PPIs (preferred and non-preferred) after 90 days' utilization **MUST** meet the clinical service authorization criteria for continued use.

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

(Form continued on next page.)

