

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**Member Age:** _____**PRESCRIBER INFORMATION****Last Name:**

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

First Name:

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

NPI Number:

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

Phone Number:

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

Fax Number:

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

Prescriber Specialty: Non-preferred hepatitis C medication must be prescribed by one of the following specialty physicians below or be in consultation with one of the following:

☐ Gastroenterologist ☐ Hepatologist ☐ Transplant specialist ☐ Infectious disease☐ Other: _____**DRUG INFORMATION****Drug Name/Form:** _____**Strength:** _____**Dosing Frequency:** _____**Length of Therapy:** _____**Quantity per Day:** _____

(Form continued on next page.)

