

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.)

