



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: NPI

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

First name:

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

number:

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

Phone number:

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

Fax number:

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

DRUG INFORMATION

Does NOT require SA: Enbrel®, Humira®, Methotrexate or Infliximab®

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:

Grid for member's last name

Grid for member's first name

DIAGNOSIS AND MEDICAL INFORMATION

Does the member meet the following criteria?

1. Diagnosis (check all that apply):

Rheumatoid Arthritis (RA)

Pediatric Crohn's Disease

Psoriatic arthritis (PsA)

Ankylosing Spondylitis (AS)

Uveitis (UV)

Polyarticular juvenile idiopathic arthritis (pJIA)

Disease is classified as moderate to severe

Diagnosis not listed above: _____

Adult Crohn's disease (CD)

Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)

Hidradenitis Suppurativa (HS)

Ulcerative Colitis (UC)

Plaque Psoriasis (PsO)

2. Does the member have a therapeutic failure to oral methotrexate?

Yes

No

N/A

3. Does the member have a therapeutic failure to one of the preferred agents?

Yes

No

a. Please provide details of failure below:

4. **Medical Necessity** (Provide clinical evidence that supports the use of the requested medication):

Blank lines for medical necessity evidence

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)