

AETNA BETTER HEALTH® OF VIRGINIA REQUEST FORM

ANTI-ALLERGENS, ORAL

Fax back to: 1-855-799-2553

If the following information is not complete, correct, or legible, the PA process can be delayed.

Please use one form per member.

PATIENT 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 Require a PA:

- Grastek®
- Odactra®
- Oralair®
- Ragwitek™

Drug Name/Form: _____

Strength: _____

Dosing Frequency: _____

Length of Therapy: _____

Quantity per Day: _____

(Form continued on next page.)

