

AETNA BETTER HEALTH® OF VIRGINIA REQUEST FORM**AMPRYA®****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**Drug Name/Form:** _____**Strength:** _____**Dosing Frequency:** _____**Length of Therapy:** _____**Quantity per Day:** _____*(Form continued on next page.)*

