

Antimigraine Agents, Vyepti® (Eptinezumab-jmmr) Prior Authorization (PA) Form

HealthKeepers, Inc. | Anthem HealthKeepers Plus Medicaid products

If the following information is not complete, correct, or legible, the PA process can be delayed. Please use one form per member.

Member Information

Last name:

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

First name:

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

Medicaid ID number:

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

Date of birth:

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

Weight in kilograms: _____

Prescriber information

Last name:

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

First name:

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

NPI number:

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

Phone number:

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

Fax number:

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

Drug information

Drug name:

Drug form:

Drug strength:

Dosing frequency:

Length of
therapy:

Quantity:

(Form continued next page.)

Member's first name:

[illegible]

- For renewal, complete the following questions to receive a 12-month approval:

- Prescriber signature (required)

Date _____

The completed form may be **faxed to 844-512-7020**.