

**Arkansas Medicaid Pharmacy Program
MedWatch Patient Information Request Form**

Prescribers must fax a completed MedWatch Patient Information Request Form and FDA MedWatch Form to the Magellan-Arkansas Medicaid Pharmacy Unit
at 1-800-424-7976.

FDA MedWatch Form is available at: <http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/ReportsManualsForms/Forms/UCM163919.pdf>

All fields are required to be populated in order to process the request.

Beneficiary Information

LAST NAME:

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

FIRST NAME:

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

MEDICAID ID NUMBER:

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

DATE OF BIRTH:

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

Prescriber Information

LAST NAME:

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

FIRST NAME:

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

NPI NUMBER:

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

DEA NUMBER:

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

PHONE NUMBER:

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

FAX NUMBER:

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

BRAND NAME OF DRUG: _____

STRENGTH: _____

COMPLETED MED WATCH FORM ATTACHED?:

Yes No

Prescriber Signature (Required)

*Prescriber's original signature required; copied, stamped, or e-signature are not allowed.
(By signature, the Physician confirms the above information is accurate and verifiable by patient records.)*

Date