

Name: _____

Date: _____

Case Requirements # 1

R K V W Z Z T S I V G M O U A I M Y X W M E W B
O O P M E D I C A T I O N S T R E N G T H L P S
W T I A J N J E R Q L Y N X B M C X K H A P V P
M R E B M U N E N O H P T N E I T A P V I V U B
P L V Z O E Z D H K E Y S O Z X N M Z T T Y T H
H U C G W H H W E N L H W M J W P S U H C C I J
P S C D O A L H I P I N W T E N T J O G A R Z I
N T H B X W J B Z N M D X U E R R Z I Z P S J E
A I R E T I R C L A C I N I L C M I T A B R E V
E D C Z W B B X T N A S N T U N C Z H K D Y P F
Y Q O P O S T S E R V I C E Q U E S T I O N L Y
L U R A Y U U P E M A N N O I T A C I D E M W R
P A R Y V C L D W Q M E V M U C K M W J S S E Y
P N E E P R E S C R I B E R A D D R E S S K I B
U T C J G N O G E Z M F M S A I J W M Z F K Q W
S I T H B G W Z S B X A N D S Y G S T Q W B S Y
Y T P D O O E F C O R R E C T P A T I E N T F J
A Y R H Z N I K B N Y J Q O U S A P W T C D I K
D Z O I L V P O N O I T A T N E M U C O D B W C
U D D C D B T F O K X F O G E V U N O Y M V S P
Y U U T K H T B T W D Q F P P N V H Z O K F G Y
Y U C G E N E M Q L Z E T R R I O U J X F Y V Q
X W T G P Z O H U D P J G Y E D F Q D J X L H E
E I C E D P G N D D V Y Y V U R G E N C Y T K N

Verbatim Clinical Criteria

Post Service Question

Patient Phone Number

Medication Strength

Prescriber Address

Correct Patient

Correct Product

Medication Name

documentation

Day Supply

Quantity

Urgency