



**New Hampshire Medicaid Fee-for-Service (FFS) Program  
Prior Authorization/Non-Preferred Drug Approval Form  
Brand Name Multiple Source Prescription Medications**

**DATE OF MEDICATION REQUEST:**    /    /

**SECTION I: PATIENT INFORMATION AND MEDICATION REQUESTED**

**LAST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**FIRST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**MEDICAID ID NUMBER:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**DATE OF BIRTH:**

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

**GENDER:**     Male     Female

**Drug Name**

**Strength**

**Dosing Directions**

**Length of Therapy**

**SECTION II: PRESCRIBER INFORMATION**

**LAST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**FIRST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**SPECIALTY:**

**NPI NUMBER:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PHONE NUMBER:**

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

**FAX NUMBER:**

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

**SECTION III: CLINICAL HISTORY**

1. Has the patient experienced a therapeutic failure (inadequate response) to an "A" rated generic?     Yes     No

If so, please describe: \_\_\_\_\_

2. Has the patient experienced an adverse reaction to an "A" rated generic?     Yes     No

If so, please describe: \_\_\_\_\_

3. In the prescriber's opinion, does transition to another generic in the same therapeutic category represent an unacceptable risk to the patient?     Yes     No

If so, please describe: \_\_\_\_\_

4. Does the patient have an allergy to one of the components of the generic (i.e. dye)?     Yes     No

If so, please describe: \_\_\_\_\_

*(Form continued on next page.)*



**New Hampshire Medicaid Fee-for-Service (FFS) Program  
 Prior Authorization/Non-Preferred Drug Approval Form  
 Brand Name Multiple Source Prescription Medications**

**DATE OF MEDICATION REQUEST:**    /    /

**PATIENT LAST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PATIENT FIRST NAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**SECTION III: CLINICAL HISTORY (*Continued*)**

5. Has a MEDWATCH form been submitted to the FDA?  Yes  No

*NOTE: Do not submit form to Magellan Medicaid Administration. Information regarding the form can be found at:  
<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/HowToReport/DownloadForms/default.htm>*

**Please provide any additional information that would help in the decision-making process. If additional space is needed, please use a separate sheet.**

**I certify that the information provided is accurate and complete to the best of my knowledge and I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact may subject me to civil or criminal liability.**

**PRESCRIBER'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_