



**New Hampshire Medicaid Fee-for-Service Program  
Prior Authorization Drug Approval Form**

buprenorphine/naloxone and buprenorphine (oral)

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:**

- Is this request for treatment of opiate use disorder?  Yes  No  
If *no*, what is the diagnosis for usage? \_\_\_\_\_
- Is the patient receiving addiction counseling?  Yes  No
- Has a substance use disorder assessment been performed?  Yes  No
- Is the patient 16 years of age or older?  Yes  No
- Do you attest that the NH Prescription Drug Monitoring Program has been reviewed in the last 60 days?  Yes  No
- If approved, will the patient require concurrent opioid medication or methadone therapy?  Yes  No

(Form continued on next page.)



**New Hampshire Medicaid Fee-for-Service Program**  
**Prior Authorization Drug Approval Form**  
 buprenorphine/naloxone and buprenorphine (oral)

**PATIENT LAST NAME:**

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

**PATIENT FIRST NAME:**

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

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

7. Is the patient pregnant or lactating?  Yes  No

8. *For buprenorphine single agent request ONLY:* Is there documented allergic reaction to buprenorphine/naloxone combination product? Please provide type of reaction and date:  Yes  No

9. 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:** \_\_\_\_\_