



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

Morphine Milligram Equivalent (MME)

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 the prescriber a pain specialist, specialist within the same organ system as the primary pain diagnosis, or has one been consulted in this case? Yes No
- For what condition is this medication being prescribed? Select all that apply.
 - Pain associated with cancer, hospice, or end of life
 - Pain associated with acute sickle cell disease
 - Moderate-to-severe pain that requires continuous pain control for at least 10 days
 - Other: _____
- Is the patient 18 years of age or older? Yes No
- Do you attest that non-opioid treatment has been maximized or is contraindicated? Yes No

(Form continued on next page.)

