



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

Oral Isotretinoin 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. Please provide the diagnosis/condition this medication is being prescribed to treat: _____

2. Has the patient failed at least two conventional acne treatments?

☐ Yes ☐ No

a. Please list treatment failures and dates:

3. Are patient and provider registered to the iPLEDGE® risk management program and are all requirements met, INCLUDING, if appropriate, a confirmed negative serum pregnancy test and a plan for contraception in place?

☐ Yes ☐ No

(Form continued on next page.)



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

Oral Isotretinoin Medications

DATE OF MEDICATION REQUEST: / /

PATIENT LAST NAME:

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

PATIENT FIRST NAME:

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

SECTION III: CLINICAL HISTORY (*Continued*)

4. Has patient used oral isotretinoin therapy in the past?

☐ Yes ☐ No

a. If yes, please provide medication names and dates:

5. Is there any additional information that would help in the decision-making process? If additional space is needed, please use another page.

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:** _____

Phone: 1-866-675-7755

Fax: 1-888-603-7696

