



NEW HAMPSHIRE TUBERCULOSIS PHARMACY PROGRAM

PRIOR AUTHORIZATION REQUEST FORM

Fax: 1-800-424-7984

Phone: 1-800-424-7901

Date of Medication Request: _____

Member Information

LAST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOUNDEX NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH:

				-					-										
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEX:

Male Female

Prescriber Information

LAST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NPI NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PHONE NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medication Requested

DRUG NAME: _____

STRENGTH: _____

DOSING INSTRUCTIONS: _____

LENGTH OF THERAPY: _____

MEDICAL DIAGNOSIS: _____

Medical History

PLEASE LIST ANY ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION:

--

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 Signature (Required)

Date

Fax completed forms to:

New Hampshire Tuberculosis Pharmacy Program

Phone: 1-800-424-7901

Fax: 1-800-424-7984

nhadap.primetherapeutics.com

