Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

DIVISION OF ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE (DASA)

REVIA (NALTREXONE) AUTHORIZATION

AGENCY SECTION (TO BE COMPLETED BY THE COUNSELOR)

CERTIFIED TREATMENT AGENCY	AGENCY NUMBER

The certified treatment agency listed above certifies that the patient listed below is 18 years of age or older; alcohol or opiate dependent, with alcohol or opiate dependence as the primary addiction; and has been admitted to publicly funded chemical dependency treatment scheduled to be provided for a minimum of 12 weeks of continuous service.

COUNSELOR'S SIGNATURE	DATE	PRINT COUNSELOR'S NAME

PATIENT SECTION (TO BE COMPLETED BY THE COUNSELOR)

PATIENT NAME	MEDICAL ASSISTANCE ADMINISTRATION PATIENT IDENTIFICATION CODE (PIC) NUMBER	DATE ADMITTED TO TREATMENT	DEPENDENCY ☐ Alcohol ☐ Opiate

GIẤY PHÉP CỦA BỆNH NHÂN CHO TIẾT LỘ TIN TỨC TƯ MẬT
(DO BỆNH NHÂN ĐIỀN)

Tôi, _____ , cho phép cơ quan chữa trị được chứng nhận nêu trên, tiết lộ tin tức để xác định bệnh nhân, tình trạng là bệnh nhân của tôi và các điều khuyến cáo về chữa trị của họ cho y sĩ và nhà thuốc của tôi dưới đây với mục đích mua thuốc có toa REVIA (naltrexone).

Y sĩ: _____

Nhà thuốc: _____

Tôi hiểu rằng hồ sơ của tôi được bảo vệ theo các Điều Lệ Bảo Toàn Tư Mật (42 CFR Phần 2 và Bộ Luật Hành Chánh Washington (WAC) 440-22) và không thể tiết lộ được nếu không có sự ưng thuận trên giấy tờ của tôi trừ khi có sự ấn định khác trong các điều lệ này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thâu hồi giấy ưng thuận này bất cứ lúc nào trừ khi đã có các hành động được thực hiện căn cứ trên giấy ưng thuận này. Giấy ưng thuận này sẽ hết hiệu lực trong 90 ngày kể từ ngày ký tên. Tôi còn nhìn nhận thêm rằng tin tức được tiết lộ đã được giải thích căn kẽ cho tôi và tôi hoàn toàn tự ý ưng thuận

Chữ ký của bệnh nhân: **Ngày:**

PHARMACY SECTION (TO BE COMPLETED BY THE PHARMACY)

I have received a prescription for REVIA (naltrexone) for the patient named above from the patient's physician and have filled the prescription as authorized. I understand that reimbursement from the Medical Assistance Administration (MAA) for REVIA (naltrexone) shall only be made under the following condition:

1. The medication is provided as part of a comprehensive treatment program as verified by the certification provided above.
2. Payment for the medication is limited to 12 weeks of continuous use. The medication is limited to a 34 day supply on each fill not to exceed three fills.
3. The pharmacy shall include the prescribing physician's MAA Medical Provider Number on the MAA billing form.
4. Record of this certification shall be kept on file at the pharmacy for MAA audit purposes. Prescriptions reimbursed by the MAA for naltrexone without this certification record on file shall be considered an overpayment.

Pharmacist's signature: **Date:**

See back of form for prohibition on redisclosure of information concerning the patient or information on this form.

PROHIBITION ON REDISCLOSURE OF INFORMATION CONCERNING A PATIENT IN ALCOHOL OR DRUG ABUSE TREATMENT

This notice accompanies a disclosure of information concerning a patient in alcohol/drug abuse treatment, made to you with the consent of such patient. This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is **NOT** sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.