



**Catamaran Prior Authorization Department**  
**Phone: 866-235-3062**  
**Fax: 866-391-7222**

**Prescriber Information**

Last Name:

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

DEA/NPI:

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

Phone

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

First Name

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

Specialty:

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

Fax

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

**Member Information**

Last Name:

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

Member ID Number

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

First Name

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

DOB:

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

**Medication Information:**

Drug Name and Strength:

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

Diagnosis:

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

Quantity and Dosing:

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

Duration:

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

**Savella (milnacipran) Prior Authorization Criteria**

**You must answer ALL of the following questions**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1. Please document ICD-9 code: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
| 2. Does the patient have a diagnosis of fibromyalgia?                                                                                                                                                                                                                                                                       | Y | N |
| 3. At the time of diagnosis, did the patient have widespread pain (on the left and right side of the body, above and below the waist), which was present for at least 3 months?                                                                                                                                             | Y | N |
| 4. At the time of diagnosis, did the patient have axial skeletal pain (cervical pain or anterior chest or thoracic spine or low back), which has been present for at least 3 months?                                                                                                                                        | Y | N |
| 5. At the time of diagnosis, did the patient have at least 11 out of 18 positive (painful) specific bilateral tender point sites (e.g. occiput, low cervical, trapezius, supraspinatus, second rib, lateral, epicondyle, gluteal, greater trochanter, or knee) after digital palpitation with an approximate force of 4 kg? | Y | N |
| 6. Has the patient tried and failed one of the following medications:                                                                                                                                                                                                                                                       | Y | N |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cyclobenzaprine</li> <li>• Tricyclic antidepressant</li> <li>• Fluoxetine</li> <li>• Lyrica (PA may be required)</li> <li>• Cymbalta (PA may be required)</li> </ul>                                                                                                               |   |   |
| Please document name of product(s) and dates of trial: _____                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |

Comments: \_\_\_\_\_

*Information given on this form is accurate as of this date.*



**Catamaran Prior Authorization Department**  
**Phone: 866-235-3062**  
**Fax: 866-391-7222**

\_\_\_\_\_  
**Prescriber or Authorized Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Authorized Medical Staff – Name/Title**

**Attention Healthcare Provider: If you would like to discuss this request with a medical professional, please contact the Prior Authorization Department at 866-235-3062.**

**I understand that Catamaran's use or disclosure of individually identifiable health information, whether furnished by me or obtained by another source such as medical providers, shall be in accordance with federal privacy regulations under HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).**