



**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:

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

## Gralise (gabapentin) Prior Authorization Criteria

**Please complete all applicable questions**

1. What is the patient's diagnosis? Please document diagnosis and ICD-9 code:

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

2. Has the patient experienced an inadequate treatment response or intolerance to generic gabapentin?

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

Please document dates of trial and intolerance, if applicable: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

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



**Catamaran Prior Authorization Department**

**Phone: 866-235-3062**

**Fax: 866-391-7222**

**Attention Healthcare Provider: If you would like to discuss this request with a medical professional, please contact the Prior Authorization Department at 800-626-0072.**

**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).**