

Prior Authorization Program Information*

(Información sobre el Programa Prior Authorization)

Current (Corriente) 5/1/2016

*Please note that Prior Authorization requirements may vary and member benefits and contract will prevail. If you have questions or need further assistance after consulting this table, call our Provider Contact Center or the number on the back of your insurance card. Member cost share may be higher for [self-administered specialty drugs](#) not obtained at an in-network specialty pharmacy. If you are enrolled in our Provider Administered Drug Program (PADP) and wish to buy and bill a drug on this list, please refer to the [PADP section](#) of our online provider manual for a current list of drugs included.

*Tome en cuenta que los requerimientos para Prior Authorization podrían variar y los beneficios de miembros y contrato prevalecerán. Si tiene preguntas o necesita ayuda después de consultar esta tabla, llame a nuestro Centro de contacto al proveedor al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de seguro. El costo compartido para el miembro podría ser más alto para las [Medicinas especializadas auto administradas](#) que no son adquiridas en una farmacia de especialidad dentro de la red. Si está inscrito en nuestro Programa de medicinas administradas por el proveedor (PADP) y desea comprar y facturar una medicina de esta lista, consulte la [sección de PADP](#) de nuestro manual de proveedores por Internet para obtener una lista de medicinas incluidas

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Alternate Prior Auth program	All drugs rejecting with "alternate PA program" message	Authorization Form (Formularios de autorización)
Antifungals (Antimicóticos)	Ciclofan Kit, CNL8, Cresemba, Jublia, Kerydin, Lamisil (terbinafine), Noxafil, Pedipirox-4 Nail kit, Sporanox (itraconazole), Onmel, Penlac (ciclopirox nail lacquer), Terbinafin, Vfend (voriconazole)	Authorization Forms (Formularios de autorización) select Antifungal on the linked page (seleccione Antimicóticos en el enlace de la página)
Allergy (Alergia)	Grastek, Oralair, Ragwitek	Authorization Forms (Formularios de autorización) select oral immunotherapy on the linked page (seleccione inmunoterapia oral en el enlace de la página)
Anti-Infectives (misc) (Antiinfecciosos Misceláneos)	Xifaxan Sivextro (oral, only)	Authorization Forms (Formularios de autorización)
Chelating agents (medical) (agentes quelantes)	BAL in oil, Calcium EDTA, Edetate Calcium Disodium	1-800-955-5692
Chelating agents (pharmacy) (agentes quelantes)	Chemet, Cuprimine, Depen, Syprine	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)
Cholesterol Lowering (para reducir el colesterol)	Praluent, Repatha rosuvastatin	Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia)
Colony Stimulating Factors (factores estimulantes de colonias)	Aranesp, Epogen, Granix, Leukine, Mircera, Mozobil, Neulasta, Neumega, Neupogen, Nplate, Procrit, Promacta, Zarxio Procrit is preferred over Aranesp and Epogen	If obtaining drug from other source Call (Si obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (*Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Compounded Medications (medicamentos compuestos)	All compounded medications	Authorization Form (Formularios de autorización)
Enzyme Therapies/Metabolic Agents (Terapias de reemplazo de enzimas/ metabólicos)	Buphenyl ¹ , Cerdelga, Cerezyme, Cystadane ³ , Cystaran, Elelyso ² , Fabrazyme ¹ , Kuvan ¹ , Lumizyme ¹ , Orfadin ² , Procysbi ³ , Ravicti ¹ , Vimizim ¹ , Vpriv, Zavesca ² 1. Not available at Prime Specialty pharmacy. Available through Caremark Specialty 2. Authorized by Florida Blue 800-955-5692 and obtained from Centric Health 855-ELELYSO 3..Authorized by Florida Blue 800-955-5692 and obtained from AnovoRx 844-288-5007	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark) Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) If obtaining drug from other source Call (Si obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692
Fertility Agents requires fertility benefit for coverage (Agentes para la fertilidad, requiere beneficio de fertilidad para obtener cobertura)	Bravelle, Ceprotin, Cetrotide, Ganirelix, Gonal-F, Follistim, Luveris, Menopur, Novarel, Ovidrel, Pregnyl, Repronex	1-800-955-5692
Gastrointestinal/ Genitourinary (Gastrointestinales/ Genitourinarios)	Amitiza, Linzess, Movantik, Viberzi Cialis 2.5mg and 5mg tablets, Elmiron	Authorization Form (Formularios de autorización)
Glucose Test Strips (Tiras reactivas para glucemia)	All strips except Bayer Contour products	
Growth Hormones and related (Hormonas de crecimiento y todo lo relacionado)	Gattex, Genotropin, Humatrope, Increlex ¹ , Myalept ² , Norditropin, Nutropin, Nutropin AQ, Omnitrope, Saizen, Serostim, Tev-Tropin, Zomacton, Zorbtive Norditropin is our preferred agent in this class 1. Not available at Prime Specialty pharmacy. Available through Caremark Specialty 2. Authorized by Florida Blue 800-955-5692 and obtained from Accredo Health 877-ACCREDO	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark) Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) select Growth Hormones on the linked page (Seleccione hormonas de crecimiento en la página)
Growth Hormones and related (continued) (Hormonas de crecimiento y todo lo relacionado, continuación)	Egrifta	Call (Llame al) 1-800-955-5692

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (*Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Heart Failure (Insuficiencia cardíaca)	Entresto	Authorization Form (Formularios de autorización)
Hemophilia Factors (Factores de hemofilia)	Advate, Adynovate, Alphanate, Alphanine SD, Alprolix, Bebulin VH, Benefix, Coagdex, Corifact, Eloctate, Feiba NF, Feiba VH Immuno, Helixate FS, Hemofil M, Humate-P, Idelvion, Ixinity, Koate-DVI, Kogenate FS, Monoclate-P, Mononine, Novoseven, Novoseven RT, Nuwiq, Obizur, Octanate, Profilnine SD, Recombinate, ReFacto, Rixubis, Tretten, Wilate, Vonvendi, Xyntha Caremark Specialty is our preferred Specialty Pharmacy for Hemophilia factors	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark) If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692
Hepatitis C (Hepatitis C)	Copegus, Daklinza, Harvoni, Incivek, Pegasys, Pegasys ProClick, Peg-Intron, Olysio, Rebetol, RibaPak Ribasphere, RibaTab, ribavirin oral tabs and caps, Sovaldi, Technivie, Victrelis, Viekira, Zepatier	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark) Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) select Hepatitis C on the linked page if Hepatitis C medication needed (Seleccione las medicinas para Hepatitis C en la página vinculada si la hepatitis C medicación necesaria)
Hereditary Angioedema (Angioedema hereditario)	Berinert, Cinryze ¹ , Firazyr, Kalbitor ¹ Ruconest 1. Not available at Prime Specialty pharmacy. Available through Caremark Specialty	Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) select Hepatitis C on the linked page if Hepatitis C medication needed (Seleccione las medicinas para Hepatitis C en la página vinculada si la hepatitis C medicación necesaria) If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692
Human Immunodeficiency Virus (Virus de inmunodeficiencia humana)	Aptivus, Atripla, Combivir, Complera, Crixivan, Endurant, Emtriva, Eпивir, Epzicom, Fuzeon, Genvoya, Intelence, Invirase, Isentress, Kaletra, Lexiva, Nevirapine, Norvir, Prezista, Rescriptor, Retrovir, Reyataz, Selzentry, Stribild, Sustiva, Tivicay, Triumeq, Trizivir, Truvada, Tybost, Videx, Videx EC, Viracept, Virammune, Virammune XR, Viread, Zerit, Ziagen	Authorization Forms (Formularios de autorización) select antiretroviral therapy on the linked page (seleccionar la terapia antirretroviral en la página vinculada)
Homozygous Familial Hypercholesterolemia (familiar homocigótica Hipercolesterolemia)	Juxtapid ¹ , Kynamro ² 1. authorized by Florida Blue 800-955-5692 accessed through Dohmen Life Sciences 866-336-1336 2. not available at Prime Specialty pharmacy and available at Caremark Specialty	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (**Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
<p>Hormones (medical benefit) (Hormonas, beneficio médico)</p>	<p>Aveed, Delatestryl (testosterone enanthate), Depo-Provera, Depo-Testosterone (testosterone cypionate), Makena, progesterone in oil, Testopel</p>	<p>Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)</p> <p>Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) select Self-Administered androgens on the linked page (Seleccione Andrógenos autoadministrados en la página vinculada)</p>
<p>Hormones (pharmacy benefit) (Hormonas, beneficio de farmacia)</p>	<p>Androderm, Androgel (testosterone gel), Androgel 1.62, Android (methyltestosterone), Androxy, Axiron, Bio-T-Gel, Delatestryl (testosterone enanthate), Depo Testosterone (testosterone cypionate), Fortesta, Methitest, Natesto, Striant, Testim, Testred, Vogelxo</p> <p>Androderm and Androgel are preferred topical androgens</p>	<p>Authorization Form (Formularios de autorización) select Self-Administered androgens on the linked page (Seleccione Andrógenos autoadministrados en la página vinculada)</p>
<p>Immunomodulators (Inmunomoduladores)</p>	<p>Actemra, Actemra SC, Cimzia, Cimzia prefilled syringe, Cosentyx, Enbrel, Entyvio, Humira, Kineret¹, Orencia, Orencia subcutaneous, Otezla, Remicade, Rituxan, Simponi, Simponi Aria, Stelara, Xeljanz</p> <p>1. Authorized by Prime, dispensed by Rx Crossrads 866-547-0644</p>	<p>Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)</p>
<p>Immune Globulins (Inmunoglobulinas)</p>	<p>Bivigam, Carimune NF, Flebogamma, GamaSTAN S/D, Gammagard, Gammagard S/D, Gammaked, Gammplex, Gamunex, Gamunex-C, Hizentra, Hyqvia, Octagam, Panglobulin, Plygam, Privigen, Vivaglobin</p>	<p>Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia)</p> <p>If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692</p>
<p>Insulin (Insulina)</p>	<p>Afrezza, Apidra, Humalog, Humalog Mix50/50, Humalog Mix75/25, Humulin R U-100, Humulin 70/30, Humulin N</p>	<p>Authorization Forms (Formularios de autorización)</p>
<p>Miscellaneous (pharmacy) (Misceláneo)</p>	<p>Evzio, Mephyton</p>	

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (*Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Miscellaneous (medical and specialty) (Misceláneo)	<p>Arcalyst, Benlysta, Botox, Carticel, Cholbam⁴, Daraprim, Dextrum¹, Dysport, Ferrelcit¹, HP Acthar gel¹, Ilaris, Injectafer, Keveyis, Korlym², Myobloc, Natpara, Sandostatin LAR depot, Signifor³, Soliris¹, Somatuline Depot, Strensiq⁵, Thiola, Venofer¹, Vistogard, Xeomin, Xuriden⁶</p> <p>1. not available at Prime Specialty. Available at Caremark Specialty 2. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by Centric Health Resources 3. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by Accredo 4. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by Dohmen Life Sciences 5. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by PantheRx 6. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by Cardinal Health Specialty</p>	<p>Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)</p> <p>Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia)</p>
Multiple Sclerosis (Esclerosis múltiple)	<p>Ampyra, Avonex, Aubagio, Betaseron, Copaxone (glatiramer), Copaxone 40, Extavia, Gilenya, Glatopa, Plegridy, Rebif, Rebif Rebidose, Tecfidera, Tysabri¹</p> <p>1. not available at Prime Specialty. Available at Caremark Specialty</p>	<p>If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692</p>
Nausea Vomiting of Pregnancy (Náuseas y vómitos durante el embarazo)	Diclegis	<p>Authorization Forms (Formularios de autorización)</p>
Neurology (Neurología)	Xenazine	
Oncology (Oncología)	<p>Afinitor/Disperz, Alescensa, Bosulif, Caprelsa¹, Cometriq², Cotellic, Gilotrif³, Gleevec, Erivedge, Farydak, Hycamtin oral, Ibrance, Iclusig¹, Imbruvica¹, Inlyta, Iressa, Jakafi, Lenvima¹, Lonsurf, Lynparza¹, Mekinist, Nexavar, Ninlaro, Odomzo, Pomalyst, Revlimid⁴, Sprycel, Stivarga, Sutent, , Tafinlar, Tagrisso, Tarceva, Targretin, Tassigna, Temodar, Thalomid, Tretinoin (oral), Tykerb, Votrient, Xalkori, Xeloda, Xtandi, Zelboraf, Zolanza, Zydelig¹, Zykadia, Zytiga</p> <p>1. authorized by Prime and dispensed by Biologics at 800-850-4306 2. authorized by Prime and dispensed by Diplomat at 877-977-9118 3. authorized by Florida Blue at 800-955-5692 and dispensed by Accredo at 877-ACCREDO 4. not available at Prime Specialty. Available through Caremark Specialty</p>	<p>Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)</p> <p>Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia)</p>
Oncology (Oncología)	<p>Abraxane¹, Adcetris, Alimta, Aloxi, Avastin, Cyramza, Docefrez, Doxil, doxorubicin liposomal, Eligard, Eloxatin, Erbitux, Erwinaze, Folutyn, Fusilev, Ganirelix¹, Gazyva, Halaven, Herceptin, Jevtana¹, Kadcyla, Keytruda, Kyprolis, Lipodox, Lupaneta, Lupron (leuprolide), Lupron Depot, Perjeta, Rituxan, Supprelin LA, Sylvant, Synribo¹, Taxotere (docetaxel), Torisel, Treanda, Trelstar Depot, Trelstar LA, Vantas¹, Vectibix, Velcade, Viadur¹, Vidaza¹, Xgeva, Xofigo, Yervoy, Zaltrap, Zoladex</p> <p>1. Authorized by Prime. Available through Diplomat</p>	<p>If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692</p>
	Provenge	<p>Call (Llame al) 1-800-955-5692</p>

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (*Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Ophthalmic (Oftálmico)	Restasis	Authorization Form (Formularios de autorización)
	Eylea, Lucentis, Macugen, Visudyne	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark)
Osteoporosis (Osteoporosis)	Boniva injection, Forteo, Prolia, Reclast, Zometa	Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia) If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692
Orthostatic Hypotension (hipotensión ortostática)	Northera	Authorization Form (Formularios de autorización)
Pain (Dolor)	Abstral, Actiq, Fentora, fentanyl citrate transmucosal/lollipop, Lazanda, Onsolis, Subsys Generic product use required before brand coverage	Authorization Form (Formularios de autorización) select Fentanyl Oral/Nasal on the linked page (Seleccione Fetanil oral/nasal en la página vinculada)
	Bunavail, Subutex, Suboxone, Zubsolv	Authorization Form (Formularios de autorización) select Buprenorphine on the linked page (Seleccione Buprenorphine en la página vinculada)
	Lidoderm, lidocaine patch	Authorization Form (Formularios de autorización)
Pulmonary (Pulmonar)	Adcirca, Adempas ¹ , Aralast ¹ , Esbriet, Flolan (epoprostenol) ¹ , Glassia, Letairis ¹ , Ofev, Opsumit ¹ , Orenitram, Prolastin, Prolastin-C, Remodulin ¹ , Revatio oral (sildenafil), Revatio intravenous ¹ , Synagis, Tracleer ¹ , Tyvaso ¹ , Upravi, Veletri ¹ , Ventavis ¹ , Xolair ¹ , Zemaira ¹ sildenafil use required prior to Adcirca or Revatio 1.not available at Prime Specialty. Available at Caremark Specialty	Enrollment form if obtaining from Caremark Specialty (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia especializada Caremark) Authorization form if obtaining from Prime Specialty Pharmacy or other (Formulario de autorización si se obtendrá de la farmacia Prime Specialty u otra farmacia)
	Kalydeco ¹ Orkambi 1.not available at Prime Specialty. Available at Caremark Specialty	If obtaining drug from other source Call (Si se obtendrá la medicina mediante otras fuentes llame al) 1-800-955-5692

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (**Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)

Therapeutic Category (Categoría terapéutica)	Drugs Included in Program* (Medicinas incluidas en el programa*)	Links (Enlaces)
Sleep (Sueño)	<p>Hettioz</p> <p>Authorized by Prime and dispensed by Walgreens Specialty</p>	<p>Authorization Forms (Formularios de autorización)</p>
Sedative/Hypnotics (Sedantes/hipnóticos)	<p>Xyrem</p> <p>Authorized by Prime and dispensed by Express Scripts</p>	
Stimulants (Estimulantes)	<p>Adderall, Adderall XR, Aptensio XR, Concerta, Daytrana, Dexedrine, Desoxyn, Dynavel XR, Focalin, Focalin XR, Intuniv, Kapvay, Metadate CD, Metadate ER, Methylin, Procentra, Quillichew ER, Quillivant XR, Ritalin, Ritalin LA, Ritalin SR, Strattera, Vyvanse, Zenzedi</p> <p>program only applies to members ≥18 years of age program requires generic use prior to brand use</p>	<p>Authorization Form (Formularios de autorización) select Attention Deficit Hyperactivity on the linked page (Seleccione Trastorno por déficit de atención en la página vinculada)</p>
	<p>Nuvigil, Provigil (modafinil)</p>	<p>Authorization Form (Formularios de autorización) select Provigil/Nuvigil on the linked page (Seleccione Provigil/Nuvigil en la página vinculada)</p>
Triglyceride Lowering	<p>Lovaza (omega-3-acid ethyl esters), Vascepa</p>	<p>Authorization Forms (Formularios de autorización)</p>

*refer to member's medication guide for determination of coverage. Certain drugs on this table may not be covered by certain member plans.

refer to member's individual policy for inclusion in the prior authorization program (*Consulte la guía de medicación para miembros para determinar el estatus de la cobertura. Algunas medicinas de esta tabla podrían no estar cubiertas por ciertos planes de los miembros.) (Consulte la póliza de miembro individual para la inclusión en el programa Prior Authorization)