



# Formulario de Transición De Medicamentos

Cómo continuar la cobertura para medicamentos que requieren autorización previa

Queremos que sus primeras experiencias con Health Net sean positivas, por lo que hemos creado un programa para ayudar a asegurarnos de que si está tomando un medicamento de mantenimiento que requiere autorización previa, podemos hacer la transición de éste a nuestros planes sin problemas. Sólo los nuevos afiliados que se han transferido a Health Net de otro Plan de Salud deben usar este formulario. Este programa es para recetas de medicamentos que usted toma de manera regular. Así es como funciona el plan:

- Health Net usará este formulario de transición para ingresar autorizaciones para los medicamentos sólo en este formulario en el sistema de procesamiento de los reclamos de farmacia. Esto permitirá procesar su medicamento de mantenimiento sin requerir ninguna autorización adicional.
- Este formulario sólo debe utilizarse para los medicamentos de venta con receta que se indican a continuación, dentro de los primeros 90 días de la elegibilidad.
- Esta no es una lista integral de los medicamentos que requieren autorización previa de Health Net. Para obtener una lista integral de los medicamentos que requieren autorización previa, o si tiene preguntas relacionadas con las recetas que no están en la lista, visite [www.healthnet.com/español](http://www.healthnet.com/español), o si usted es un afiliado, comuníquese con nosotros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

### Instrucciones:

1. El formulario **no** es necesario si el miembro no está tomando actualmente ninguno de los medicamentos de la lista.
2. Si la persona mencionada está tomando alguno de los medicamentos indicados a continuación, por favor encierre en un círculo el nombre correcto del medicamento.
3. Envíe por fax el/los formulario(s) lleno(s) al Departamento de Farmacia de Health Net of California al **1-800-314-6223** o por correo a Health Net a: PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103, ATTN: PHARMACY.

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Numero de identificación del afiliado:	Número telefónico:
Nombre del grupo de empleadores (si corresponde):		Fecha de entrada en vigor con Health Net:

Marca (nombre genérico)	Marca (nombre genérico)	Marca (nombre genérico)
Aciphex (Rabeprazole)	Forfivo XL	Provigil (Modafinil)
Actonel (Risedronate)	Fosamax-D	Rebetol Caps (Ribavirin)
Adcirca	Gilenya	Revlimid
Ampyra	Glucagon	Rozerem
Aplenzin	Gralise	Savella
Astagraf XL	Intermezzo	Silenor
Atelvia	Jalyn	Stivarga
Aubagio	Lamictal ODT	Taclonex (Calcipotriene-betamethasone)
Avodart	Lamictal XR	Tarceva
Axiron	Lescol XL (Fluvastatin XL)	Tecfidera
Azor	Livalo Tablets	Tekturna
Brintellix	Lyrca	Tekturna HCT
Caduet (Amlodipine-Atorvastatin)	Namenda	Testim (Testosterone TD Gel)
Celebrex	Namenda XR	Treximet
Clarinet (Desloratadine)	Nexium	Tribenzor
Crestor 5mg	Nuvigil	Trokendi XR
Dexilant Caps	Oxtellar XR	Viibryd
Epipen (Epinephrine 0.3mg)	Pristiq	Vimovo
Epipen Jr. (Epinephrine 0.15mg)	Promacta	Vytorin 10/80
Exforge	Proscar (Finasteride)	Xyzal (Levocetirizine)
Exforge HCT	Protopic	Zohyrdo ER