

## HACEMOS MÁS SENCILLO...

### EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o su asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

#### Empleado lesionado:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica bajo costo o sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

**¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda?**



**1-866-599-5426**



**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

---

PORTADORA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

---

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO \_\_\_\_\_

Por favor provea directamente al farmacéutico

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE ALA LESION (AAMMDD) \_\_\_\_\_

**Aviso para el titular de la tarjeta:** Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk  
1-800-964-2531**

	NDC	or	Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	_____		

**NOTA:** Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



#### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.