

## MAKING IT EASY... TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED.

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

### Injured Employee:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. If the medication is listed as acceptable for the program and your industrial injury, your prescription will be filled at low or no cost to you. If necessary, the medication may need to go through an authorization process and you will be notified of the result as soon as possible.



If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a more permanent pharmacy card in the mail. Please use the permanent pharmacy card for your current accepted work-related injury or illness prescriptions.




Most pharmacies, including Walgreens, our preferred provider, and all major chains, are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit [tmesys.com](http://tmesys.com).

### Questions? Need Help?



**1-866-599-5426**



**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

---

CARRIER/TPA \_\_\_\_\_ EMPLOYER \_\_\_\_\_

---

INJURED WORKER NAME \_\_\_\_\_

**Please provide directly to Pharmacist**

SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_ DATE OF INJURY (YYMMDD) \_\_\_\_\_

**Notice to Cardholder:** Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: [tmesys.com](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Call 1-800-964-2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits for the injured worker.  
 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. #

**NOTE:** This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.



### Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information above and give this form to the employee.

## 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. Si los medicamentos están enumerados como aceptables para el programa y su lesión industrial, su receta médica se abastecerá a un costo muy bajo o sin ningún costo para usted. Si es necesario, los medicamentos podrían pasar por un proceso de autorización y se le notificará del resultado lo antes posible.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Por favor, utilice su tarjeta de farmacia para sus recetas de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo actualmente aceptadas.




La mayoría de farmacias, incluyendo Walgreens, nuestro proveedor preferido, 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](http://tmesys.com).

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



**1-866-599-5426**



**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

---

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

---

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

Please provide directly to Pharmacist

---

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](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Call 1-800-964-2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits for the injured worker.  
 Tmesys is the designated PBM for this patient.

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

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #

**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.