

## HACEMOS MÁS SENCILLO QUE SE LE ABASTEZCA LAS RECETAS DE SU 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 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.

### Persona lesionada:



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. En la mayoría de los casos, la farmacia abastecerá la receta sin costo para usted. **Tenga en cuenta que Prescient National no paga por los medicamentos proporcionados por su médico. Se le puede recetar los compuestos o otros medicamentos que requieran una autorización previa, lo cual se indicará al farmacéutico cuando usted presente su receta médica. Cuando esto ocurra, pídale al farmacéutico que se comunique con Optum al 1-800-964-2531 para obtener una aprobación o ayuda.**



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.



### Cómo encontrar una farmacia de la red

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para ubicar 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



### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.




WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Prescient National Insurance Services  
 PORTADORA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA \_\_\_\_\_

Please provide directly to Pharmacist  
 NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE LA 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:** 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		Envoy
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.