



12921 S Vista Station Blvd
Draper, UT 84020

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 person:

If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to a local pharmacy that participates in the Optum Tmesys® Pharmacy Benefit Network (PBN). Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacist will fill your prescription at no cost to you.

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

Find a network pharmacy

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call **1-866-599-5426** or visit tmesys.com.



Questions? Need Help?

1-866-599-5426

Employer:

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

Optum

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Sedgwick University of California
CARRIER/TPA EMPLOYER

INJURED PERSON 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.

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. #
GROUP	IVOSUCFF	

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

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."



UOFCA-26-3962



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 que participa en la red de beneficio de farmacia de Optum Tmesys® (PBN). Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica 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 relacionadas con su trabajo.

Empleador:

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

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.



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

1-866-599-5426

Optum	
WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM	
Sedgwick	University of California
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 .	

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

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

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