



PO Box 152539  
Tampa, FL 33684-2539

## 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, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. In most cases, the pharmacy will fill the 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 **1-888-764-4844** or visit **tmesys.com**.



**Questions? Need Help?**

**1-888-764-4844**

### Employer:

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

<b>WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM</b>	
Hanover Insurance CARRIER/TPA _____ EMPLOYER _____	
INJURED PERSON NAME _____	
Please provide directly to Pharmacist SOCIAL SECURITY NUMBER _____ DATE OF INJURY (YYMMDD) _____	
<b>Notice to Cardholder:</b> Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: <b>tmesys.com</b> .	

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**  
**1-888-764-4844**

	NDC	or	Envoy
RxBIN	<b>004261</b>		<b>002538</b>
RxPCN	<b>CAL</b>		<b>Envoy Acct. #</b>
GROUP	HANVRFF		

**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; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."



IMP-23-1809

## 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 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.

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 **1-888-764-4844** o visite **tmesys.com**.



¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda?

**1-888-764-4844**

<b>WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM</b>	
Hanover Insurance PORTADORA	EMPLEADOR
NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA	
Please provide directly to Pharmacist	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE LA LESION (AAMMDD)
<b>Aviso para el titular de la tarjeta:</b> Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite <b>tmesys.com</b> .	

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**  
**1-888-764-4844**

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

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