



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 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 or illness prescriptions.

Finding 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 www.tmesys.com.

Questions? Need Help?



1-866-599-5426



Employer:

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

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Sedgwick | University of California |
| 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: www.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 | IVOSUCFF | | |

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



PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

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 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.

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 o enfermedades relacionadas con su trabajo.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada 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

| | |
|--|---------------------------------------|
| | |
| WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM | |
| Sedgwick PORTADORA | University of California EMPLEADOR |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO | |
| 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 www.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 | or | Envoy Acct. # |
| GROUP | IVOSUCFF | | |

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