

Primer Llenado

Simplificando el proceso de recetas médicas y ayudando a los trabajadores a dar el primer paso hacia la recuperación

El programa de Primer Llenado de Texas Mutual les permite a sus empleados obtener recetas médicas rápidamente después de que ocurre una lesión, aun cuando usted no haya tenido la oportunidad de presentar un reclamo. Los trabajadores lesionados pueden obtener un suministro de siete días para cada receta cubierta por un máximo de \$500 por receta con solo el formulario de Primer Llenado.

Complete el formulario de Primer Llenado en la parte de atrás de esta hoja e informe a su trabajador que debe presentarlo en una farmacia Optum participante.

Este formulario es válido para el primer llenado y no puede ser utilizado si el primer llenado de la receta médica se solicita más de 10 días después de que ocurrió la lesión.

Si necesita formularios adicionales, visite la sección de formularios del empleador en texasmutual.com.



Texas Mutual[®]
WORKERS' COMPENSATION INSURANCE
WORK SAFE, TEXAS[®]



texasmutual.com



Formulario para recetas del Primer Llenado

[página 2 de 2]

Instrucciones para recetas del Primer Llenado

1. Las farmacias Optum participantes incluyen Walgreens, CVS, Walmart, Kroger, Target, Costco, Sam's Club, Brookshire, HEB y Tom Thumb. Para localizar otras farmacias participantes, visite texasmutual.com/hcn.
2. Complete el formulario y llévelo a la farmacia junto con su receta del proveedor.
3. Este formulario le permite llenar su receta(es) inicial(es) por un costo máximo de \$500 por receta cubierta y un suministro máximo de siete días.
4. Si usted tiene preguntas, por favor llámenos al **(866) 599-5426**, disponible las 24 horas del día, siete días a la semana.

Bin #: 004261 PCN#: CAL Número de grupo: TXSMFF

Identificación del miembro:

Fecha de la lesión + SSN combinados
se ven así: AAMMDD123456789

Nombre del miembro:

Primer nombre y apellido
del trabajador lesionado

Nombre del empleador:

Fecha de la lesión:

Servicio de asistencia para farmacias: **(800) 964-2531**

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: Este formulario solamente es **válido dentro de los primeros 10 días** de la fecha de la lesión. Una vez que su reclamo ha sido revisado, se le enviará una tarjeta en el correo. Si usted no recibe una tarjeta de farmacia, por favor, llámenos **al (866) 599-5426**.

La emisión de esta carta o dispensación de una receta no constituye la aceptación de su reclamo.