

Información de First Fill

Key Risk

Empleador:

Inmediatamente después de recibir el aviso de lesión, llene la información de abajo y entréguele el formulario a su empleado lesionado.

Trabajador lesionado:

1. Si usted necesita un medicamento con prescripción para una lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo, vaya a una farmacia participante de la red de Optum®.
2. Déle esta página al farmacéutico.
3. El farmacéutico le dará su medicamento con prescripción sin costo.

ATENCIÓN TRABAJADOR LESIONADO

El uso de este formulario para medicamentos con prescripción sólo se limita a los medicamentos con prescripción para su condición permitida. Para recibir su cobertura de medicamentos, presente este formulario en una farmacia de la red. Esto es para una sola adquisición de un medicamento con prescripción. Si necesita medicamentos adicionales con prescripción, se le enviará por correo una tarjeta permanente. Si tiene preguntas, llame a Optum al **1-800-547-3330**.

Pharmacist:

1. Please process this prescription through OptumRx.
2. For questions regarding transmission, rejections or if you encounter any problems processing this prescription, please call Optum at **1-800-547-3330**.

Formulario de First Fill: Llénelo y llévelo a su farmacia

RxBin #: 610011 RxPCN: IRX Group Number: B31412

Identificación del miembro:

Attention Pharmacist: Member ID is month and year of injury plus last 4 digits of claimant's SSN number (e.g., MMYYYYSSSS)

Nombre del miembro:

Nombre y apellido del trabajador lesionado

Nombre del empleador:

Fecha de la lesión:

Pharmacy Help Desk:
1-800-547-3330