

First Fill

Simplifying the prescription process and helping workers take the first step toward getting well

Texas Mutual's First Fill Program enables your employees to get prescribed medication quickly after an injury occurs, even if you haven't had the opportunity to file a claim. Injured workers can get a seven-day supply for each covered prescription with a maximum of \$500 per prescription with just the First Fill form.

Complete the First Fill form on the back of this sheet and advise your employee to present it at a participating Optum pharmacy.

The form is valid for the first fill and cannot be used if the first prescription fill is being requested more than 10 days after the injury occurred.

If additional forms are needed, visit the employer forms section at texasmutual.com.



TexasMutual[®]
WORKERS' COMPENSATION INSURANCE
WORK SAFE, TEXAS[®]



texasmutual.com



Prescription First Fill Form

Prescription First Fill Instructions

1. Participating Optum pharmacies include Walgreens, CVS, Walmart, Kroger, Target, Costco, Sam's Club, Brookshire, HEB and Tom Thumb. To locate other participating pharmacies, visit texasmutual.com/hcn.
2. Complete the form and take to the pharmacy along with your prescription from the provider.
3. This form allows you to fill your initial prescription(s) with a maximum cost of \$500 per covered prescription and a maximum seven day supply.
4. If you have questions, please call us at **(866) 599-5426**, available 24 hours a day, seven days a week.

Bin #: 004261 **PCN#:** CAL **Group Number:** TXSMFF

Member ID:

Date of injury + SSN combined
as follows: YYMMDD123456789

Member Name:

Injured worker's first and
last name

Employer Name:

Date of Injury:

Pharmacy Help Desk: **(800) 964-2531**

PLEASE NOTE: This form is only **valid within 10 days** of the injury date. Once your claim has been reviewed, you will be sent a new card in the mail. If you do not receive a pharmacy card, please call us at **(866) 599-5426**.

Issuance of this letter or dispensing of a prescription does not constitute acceptance of your claim.

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.



TexasMutual[®]
WORKERS' COMPENSATION INSURANCE
WORK SAFE, TEXAS[®]

texasmutual.com



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.***