



## Programa de Beneficio Farmacéutico Para Accidentes Laborales

### Empleado Lastimado

<b>Ningún Costo</b>	<b>Paso #1</b>	Complete la información requerida en el formulario de la parte inferior.
	<b>Paso #2</b>	Llame primero a First Script 1-888-333-6741 para inscribirse donde le proporcionarán un número de identificación.
	<b>Paso #3</b>	Presente esta forma a su farmacéutico con su receta relacionada a su accidente o lesión.
<b>Sin Tardanza/ Sin Demora</b>	First Script esta disponible en más de 69,000 farmacias en todo el país. Para localizar una farmacia cerca de usted, favor de llamar al departamento de servicios de First Script al <b>1-888-333-6741</b> .	
<b>Siéntase Mejor Mas Rápido</b>	First Script es solo valido para medicinas recetadas en el tratamiento de su lesión que sea directamente relacionada o por causa de su trabajo. Usted o su grupo de seguro ESI son responsables por cualquier otra receta. El seguro de compensación de su trabajo determinará la compensación de su caso.	

### Pharmacy Instructions

The injured worker's employer participates in First Script, a pharmacy benefit program administered by **Express Scripts (ESI)**. Call the First Script Help Desk, 24 hours a day, 7 days a week, at **1-888-333-6741**. If the Member ID number is not listed on this form, please provide the claimant information indicated below to receive the Member ID #. Please note the ID number on the form and return to injured worker. First Script claims are submitted electronically and electronic approval of the claim will be returned.

*Pharmacy: You will not be required to submit any paperwork for this claim and payment is guaranteed for all electronically accepted claims.*



**Pharmacy: Please use the following information to process all workers' compensation prescriptions online.**

Name: \_\_\_\_\_

Date of injury: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Member ID: \_\_\_\_\_

(Member ID # is generated at time of enrollment)

RX PROGRAM ADMINISTERED BY: **Express Scripts (ESI)**

GROUP NUMBER: **FSNCVTY**

BIN NUMBER: **610014**

*(Above information to be completed by injured worker or supervisor)*