

Programa de Beneficio Farmacéutico Para Accidentes Laborales

Bienvenido a First Script, un programa diseñado exclusivamente para **OneBeacon, #004069**, en asociación con Gallagher Bassett Services, Inc. para su lesión relacionada con su trabajo.

Empleado Lastimado

Ningún Costo	Paso #1	Complete la información requerida en el formulario de la parte inferior.
	Paso #2	Llame primero a First Script 1-866-445-7344 para inscribirse donde le proporcionarán un número de identificación.
	Paso #3	Presente esta forma a su farmacéutico con su receta relacionada a su accidente o lesión.
Sin Tardanza/ Sin Demora	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 1-866-445-7344 .	
Siéntase Mejor Mas Rápido	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 medico 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 **ESI/Medco**. Call the First Script Help Desk, 24 hours a day, 7 days a week, at **1-866-445-7344**. 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: At the request of the workers' compensation carrier for this customer, please use the following information to process all workers' compensation prescriptions online.

Name: _____

SSN (Last 4 digits): XXX-XX-_____

Date of birth: ____/____/____

State where injury occurred: _____

Date of injury: ____/____/____

Member ID: _____

(Member ID # is generated at time of enrollment)

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

RX PROGRAM ADMINISTERED BY: **ESI/Medco**

GROUP NUMBER: **FSNCVTY**

BIN NUMBER: **610014**

Client #: **004069**

Employer Name: _____