

HACEMOS MÁS SENCILLO...

EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Helios ha sido elegido por el asegurador, AIG, de su empleador para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Empleado lesionado:

 Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Tmesys. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica sin costo alguno.

 Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para reabastecimientos de medicamentos de este lesión o enfermedad relacionada con su trabajo.

 La mayoría de farmacias forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 866.599.5425 o visite www.aig.com/intellirisk. De la página principal seleccione la sección "Encuentre cuidado medico" para comenzar su navegación.

**¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?**

 **866.599.5425**




AIG
PORTADORA EMPLADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE LA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite www.aig.com/intellirisk.

HELIOS

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN, and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.
Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy
Help Desk 800.964.2531**

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	_____		

HELIOS

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.