**Workers’ Compensation First Fill Program**

**EMPLOYER INSTRUCTIONS:**

* Submission of this form acknowledges that the report of injury has been filed.
* Using the example below, complete the temporary ID Card and provide to the injured employee.

**EMPLOYEE INSTRUCTIONS:**

* For purposes of temporary enrollment only, this form must be presented to a local pharmacy to obtain your initial prescription (First fill).
* For questions regarding your benefit plan, contact the Mitchell’s customer service department at (**877) 232-6520.**
* Please note: You will receive a permanent retail prescription card in the mail for your Workers’ Compensation injury.

**PHARMACY INSTRUCTIONS:**

* Use the information provided below to process the initial prescriptions.
* **Contact** **(877) 232-6520** for information regarding prior authorizations or to obtain the permanent Member/Group ID for future fills.

**Temporary Work Comp Prescription Card**

**For PRIOR-AUTH Assistance call: (877) 232-6520**

**Employer: Name: Date of Injury: ID:**

**Date of injury (MMDDYY)+Date of Birth (MMDDYY)**

***(ID Example: MMDDYYMMDDYY)***

**BIN: 019082 PCN: MPS GROUP: MPS001150TC**

PRESENT THIS FORM TO THE LOCAL PHARMACY TO OBTAIN YOUR INITIAL PRESCRIPTION. COMMON PARTICIPATING PHARMACIES (INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WALMART | KROGER | CVS | SAFEWAY | TOM THUMB | KMART |
| PHAR-MOR | WINN-DIXIE | WALGREENS | RANDALLS | UNITED DRUGS | TARGET |
| SAM'S CLUB | SOUTHWEST | HEB | MED-RITE | ALBERTSON'S | BROOKSHIRE BROTHER'S |

***TO LOCATE A PHARMACY NEARBY, CALL 877-232-6520 or visit***

[***https://www.mitchell.com/products-services/pharmacy-solutions/scriptadvisor***](https://www.mitchell.com/products-services/pharmacy-solutions/scriptadvisor)

Disclaimer: It is important to note that compensability will be determined by the claims department and the confirmation of this treatment/ service request is in no way intended as an endorsement, nor is it intended to interfere with the provider from the duties to adhere to any applicable practice standards.

 **Compensación de Trabajadores Programa de Primer**

**Llenado de Receta**

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR:**

* Al proveer esta forma usted reconoce que el reporte de accidente de trabajo fue sometido a la compañía de seguros de compensación al trabajador o a su administrador.
* Usando el ejemplo al final de esta página, complete la forma de prescripción temporera.

**INSTRUCCIONES PARA LOS EMPLEADOS:**

* Para propósitos de registro temporario, presente esta forma a su farmacia local para iniciar el recibo de sus medicinas.
* Si tiene preguntas sobre este plan o necesita ayuda encontrando una farmacia participante, llame al departamento para servicio al consumidor de Mitchell al **877-232-6520**.
* Usted va a recibir una tarjeta de farmacia permanente por correo para usar en referencia con su a accidente de compensación al trabajador.

**INSTRUCCIONES PARA LA FARMACIA:**

* Por favor, utilice la siguiente información para procesar la primera receta.
* Llame al **877-232-6520** si necesita información sobre autorizaciones previas, o para obtener el número de miembro/grupo para procesar futuras recetas.

**Temporary Work Comp Prescription Card**

**For PRIOR-AUTH Assistance call: (877) 232-6520**

**Employer: Name: Date of Injury: ID:**

**Date of injury (MMDDYY)+Date of Birth (MMDDYY)**

***(ID Example: MMDDYYMMDDYY)***

 **BIN: 019082 PCN: MPS GROUP: MPS001150TC**

PRESENTE ESTE FORMULARIO A LA FARMACIA LOCAL PARA OBTENER SU RECETA INICIAL. ALGUNAS DE LAS FARMACIAS PARTICIPANTES SON:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WALMART | KROGER | CVS | SAFEWAY | TOM THUMB | KMART |
| PHAR-MOR | WINN-DIXIE | WALGREENS | RANDALLS | UNITED DRUGS | TARGET |
| SAM'S CLUB | SOUTHWEST | HEB | MED-RITE | ALBERTSON'S | BROOKSHIRE BROTHER'S |

***PARA LOCALIZAR UNA FARMACIA CERCA, LLAMAR al (877) 232-6520 O USAR NUESTRO***

***"PHARMACY LOCATOR" a*** [***https://www.mitchell.com/products-services/pharmacy-solutions/scriptadvisor***](https://www.mitchell.com/products-services/pharmacy-solutions/scriptadvisor)

Descargo de responsabilidad: Es importante tener en cuenta que elegibilidad de su reclamo será determinado por el departamento de reclamos y la confirmación de esta solicitud de servicio de tratamiento es de ninguna manera previsto como un respaldo, ni va a interferir con el proveedor en sus obligaciones con las normas de aplicación práctica.