

THE UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER AT HOUSTON FIRST FILL PRESCRIPTION CARD (Non Exposure/Bills to CCMSI)

The First Fill Prescription Card enables employees to fill prescriptions written by a licensed prescriber for a work-related injury prior to the claim being reported or deemed compensable.

How it Works:

01

EMPLOYER

Provide this sheet to the injured worker before they seek medical treatment.

02

INJURED WORKER

Immediately following a work-related injury and receiving this sheet from your employer, please write your name and complete the unique Member ID by filling in the lines provided on the card below. Next to the **HSC00** enter the last 3 digits of your Social Security Number and then two-digit month and two-digit day of your injury.

Inmediatamente después de una lesión relacionada con su trabajo y de recibir esta hoja de su empleador, escriba su nombre y complete el número de identificación de miembro, completando las líneas proporcionadas en la tarjeta a continuación. Junto al HSC00 ingrese los últimos 3 dígitos de su Número de Seguro Social y luego el mes de su lesión con dos dígitos y el día de su lesión con dos dígitos.

Upon receiving a prescription from a physician for your work-related injury, present this First Fill Prescription Card along with the valid prescription(s) to your local pharmacy.

Al recibir una receta médica relacionada con su lesión ocupacional, presente esta tarjeta de prescripciones First Fill junto con la (s) receta (s) válida (s) en su farmacia local.

If you have any questions regarding your work-related prescriptions or to find a participating retail pharmacy, please call RxBridge at 833-792-7434 for assistance or use our pharmacy look-up tool at www.RxBridge.com. A Customer Service team member is available 24 hours a day, 7 days a week.

Si tiene alguna pregunta con respecto a sus recetas médicas relacionadas con la compensación al trabajador o si necesita ayuda para encontrar una farmacia participante, llame a RxBridge al 833-792-7434 o utilice nuestro localizador de farmacias en www.RxBridge.com. Un miembro de nuestro equipo de servicio al cliente está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

03

PHARMACIST

Using the billing information provided below, please fill the injured worker's injury-related prescription(s). **MAKE SURE YOU ENTER THE FULL MEMBER ID, INCLUDING THE LETTERS.** Prescription card will be activated at the time prescription(s) are adjudicated and will allow a set quantity that is determined by the employer/insurance company. This card will remain active until midnight of the date of service. For questions regarding transmission, rejections or if you encounter any problems processing prescription(s), please contact RxBridge toll free at 833-792-7434.

FIRST FILL PRESCRIPTION CARD

Name: _____

Member ID: HSC00 _ _ _ _ _

**MUST SUBMIT ALL
12 ALPHANUMERIC CHARACTERS**

Employer: UT HEALTH SCIENCE CENTER AT HOUSTON

Group #: G7STD7

RxBin: 984000

RxPCN: RXB

Issuer (80840): 9151014609

ATTN: INJURED WORKER or PHARMACY

To Complete the Member ID: Please fill in the lines provided next to the HSC00 with the last 3 digits of your Social Security Number and the two-digit month and two-digit day of your injury. (Example: HSC001231219)

Pharmacist: When entering the Member ID, enter the full Member Id including the letters.

ATENCION: EMPLEADO LESIONADO O PHARMACIA

Para completar su identificación de miembro: Complete las líneas provistas junto al HSC00 con los últimos 3 dígitos de su Número de Seguro Social, el mes y el día de su lesión con dos dígitos.

(Ejemplo: HSC001231219)

Farmacéutico: al ingresar la identificación del miembro, ingrese el ID completo del miembro, incluyendo las letras.