

FIRST FILL PRESCRIPTION PROCESS

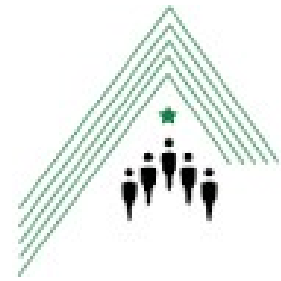
DEEP EAST TEXAS SELF INSURANCE FUND

Upon receiving notice of a new work-related injury for one of your employees, please provide the injured employee with a copy of this instruction sheet.

TRABAJADOR LESIONADO

Por favor siga las instrucciones a continuación para obtener su tarjeta de receta First Fill. Si tiene cualquier problema con sus recetas, llame al 833-RxBridge.

¿No puede enviar mensaje de texto? Proveer este formulario a su farmacia para obtener sus medicamentos.



Text
DETSIF
to 833-377-8345

Mensaje de Texto

1 Envíe un mensaje de texto con el Código **DETSIF** al número gratuito 833-FRSTFILL (833-377-8345)

2 Siga paso a paso las instrucciones en la pantalla

Reciba su tarjeta de First Fill

3 Usted recibirá una imagen de su tarjeta de recetas directamente a su teléfono móvil.

Fill Your Prescriptions

4 Presente su tarjeta de recetas First Fill junto con sus recetas relacionadas con su lesión en su farmacia local.



Si tiene algún problema abasteciendo sus medicinas por favor llame gratuitamente a RxBridge 833-RxBridge (833-792-7434)