

## Workers' Compensation Prescription Information

**Employer:**

Please fill out employee information below and provide employee with this document to take to any pharmacy for his/her Workers' Compensation prescriptions.

---

**Employee:**

**Signal Mutual** has partnered with Cadence Rx to make filling workers' compensation prescriptions easy.

This document serves as a temporary prescription card. A permanent prescription card specific to your injury will be forwarded directly to you within the next 3 to 5 business days.

Please take this letter and your prescription(s) to a pharmacy near you. Cadence Rx has a network of over 72,000 pharmacies nationwide. To locate a network pharmacy near you, please use the pharmacy locator at <http://cadencerox.com/find-a-pharmacy/> or call Cadence Rx toll free at 1-888-813-0023.

**IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR NEED ASSISTANCE AT THE PHARMACY PLEASE CALL  
1-888-813-0023**

---

**Pharmacist:**

Please obtain below information from the injured employee if not already filled in by employer to process prescriptions for the workers' compensation injury only.

For questions or rejections please call 1-888-813-0023. Please do not send patient home or have patient pay for medication(s) before calling Cadence Rx for assistance.

**NOTE:** Certain medications are pre-approved for this patient; these medications will process without an authorization. All others will require prior approval.

**FOR ANY QUESTIONS OR ASSISTANCE WITH MEDICATION APPROVALS PLEASE CALL:  
1-888-813-0023**

**Prescription Drug ID Card**



|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <b>Employee Name:</b>    |               |
| <b>Member ID Number*</b> | FF*           |
| <b>Date of Injury:</b>   |               |
| <b>Group Number:</b>     | CHARLESTAYLOR |
| <b>PCN Number:</b>       | CRX           |
| <b>BIN Number:</b>       | 021460        |

Card Created On: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Card Valid for Date of Injury Only

**Pharmacy Information**

This form allows you to fill your initial prescriptions with a maximum cost of \$150 per medication and no more than a 30-day supply per prescription. Pharmacy, if you need assistance processing this claim, please call 1-888-813-0023.

The pharmacy benefit card is only to be used for medications prescribed for your work-related injury. By using this card, you acknowledge and accept financial responsibility for any prescriptions billed under this card that are later found to be unrelated to your injury.

- Member ID format: The ID must start with FF followed by the last 4 digits of social security number plus 8- digit Date of Injury (MMDDYYYY). Example: FF999901302018**



## Información sobre recetas médicas de compensación para trabajadores

**Empleador:**

Complete la información del empleado a continuación y proporcione al empleado este documento para que lo lleve a cualquier farmacia para sus recetas de compensación para trabajadores.

**Empleado:**

**Signal Mutual** se ha asociado con Cadence Rx para facilitar el surtido de recetas de compensación para trabajadores.

Este documento sirve como tarjeta de prescripción temporal. Se le enviará directamente una tarjeta de prescripción permanente específica para su lesión dentro de los próximos 3 a 5 días hábiles.

Lleve esta carta y su(s) receta(s) a una farmacia cercana. Cadence Rx tiene una red de más de 72,000 farmacias en todo el país. Para ubicar una farmacia de la red cerca de usted, use el localizador de farmacias en <http://cadencrx.com/find-a-pharmacy/> o llame gratis a Cadence Rx al 1-888-813-0023.

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA AYUDA EN LA FARMACIA, LLAME AL 1-888-813-0023**




**Farmacéutico:**

Obtenga la siguiente información del empleado lesionado si aún no la ha completado el empleador para procesar las recetas solo para la lesión de compensación del trabajador.

Si tiene preguntas o rechaza, llame al 1-888-813-0023. Por favor no envíe al paciente a casa ni haga que el paciente pague por los medicamentos antes de llamar a Cadence Rx para solicitar ayuda.

**NOTA:** Ciertos medicamentos están preprobados para este paciente; estos medicamentos se procesarán sin una autorización. Todos los demás requerirán aprobación previa.

**PARA CUALQUIER PREGUNTA O AYUDA CON APROBACIONES DE MEDICAMENTOS, LLAME AL: 1-888-813-0023**

| Tarjeta de identificación de medicamentos recetados  |               | Información de farmacia  |
|--|---------------|--|
|           |               | <p>Este formulario le permite surtir sus recetas iniciales con un costo máximo de \$150 por medicamento y un suministro de no más de 30 días por receta. Farmacia, si necesita ayuda para procesar este reclamo, llame al 1-888-813-0023.</p> <p>La tarjeta de beneficios de farmacia solo debe usarse para medicamentos recetados para su lesión relacionada con el trabajo. Al usar esta tarjeta, usted reconoce y acepta la responsabilidad financiera por cualquier receta facturada con esta tarjeta que luego se descubra que no está relacionada con su lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formato de identificación de miembro: la identificación debe comenzar con FF seguido de los últimos 4 dígitos del número de seguro social más la fecha de la lesión de 8 dígitos (MMDDYYYY). Ejemplo: FF999901302018</b></li> </ul> |
| Nombre del Empleado:   |               |  |
| No de ID de Miembro  | FF*           |  |
| Fecha de la lesión:  |               |  |
| Nombre del Grupo:  | CHARLESTAYLOR |  |
| Número PCN:  | CRX           |  |
| Número BIN:  | 021460        |  |
|  <p>Tarjeta creada el: ____/____/____<br/>Tarjeta válida solo para la fecha de la lesión</p> |               |  |