



sedgwick

pharmacy solutions

powered by Cadence Rx

WORKPLACE INJURY PRESCRIPTION INFORMATION

Employer:

Please fill out the employee information below and provide the employee with this document to take to any pharmacy for their Workplace Injury prescriptions.

Employee:

Sedgwick has partnered with **Cadence Rx** to make filling workplace injury prescriptions easy. 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 <https://cadencerox.com/find-a-pharmacy/> or call Cadence Rx toll-free at 877.776.3600.

This document serves as a temporary prescription card. A permanent prescription card specific to your work-related injury or illness will be forwarded directly to you if your claim is deemed compensable for pharmacy benefits.

Pharmacist:

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

For questions or rejections, please call 877.776.3600. Please do not send the patient home or have the patient pay for medication(s) before calling Cadence Rx for assistance.

Prescription Drug ID Card		Pharmacy Information
 powered by Cadence Rx		This form allows you to fill your initial prescriptions with a maximum cost of \$1500 per medication and no more than a 14-day supply per prescription. Pharmacy, if you need assistance processing this claim, please call 877.776.3600. 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 <u>must</u> start with FF followed by the last 4 digits of the social security number plus 8- digit DOI (MMDDYYYY). Example: FF999901012018
Employee Name:		
Member ID Number:*	*Refer to Member ID Format	
Date of Injury:		
Group Number:	CDNSGW	
PCN Number:	CRX	
BIN Number:	024202	
Card Created On: ____/____/____		





sedgwick

pharmacy solutions

powered by Cadence Rx

INFORMACIÓN SOBRE PRESCRIPCIÓN POR LESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Empleador:

Complete la información del empleado y proporcione al empleado este documento para que lo lleve a cualquier farmacia para obtener sus recetas por lesiones en el lugar de trabajo.

Empleado:

Sedgwick se ha asociado con **Cadence Rx** para facilitar la obtención de recetas médicas por lesiones en el lugar de trabajo. 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, utilice el localizador de farmacias en <http://cadencerx.com/find-a-pharmacy/> o llame a Cadence Rx al número gratuito 877.776.3600.

Este documento sirve como tarjeta de prescripción temporal. Se le enviará directamente una tarjeta de prescripción permanente específica para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo si su reclamo se considera compensable por los beneficios de farmacia.

Farmacéutico:

Obtenga la siguiente información del empleado lesionado si el empleador aún no la ha completado para procesar recetas para la lesión en el lugar de trabajo únicamente.

Si tiene preguntas o rechazos, llame al 877.776.3600. No envíe al paciente a casa ni le haga pagar los medicamentos antes de llamar a Cadence Rx para solicitar ayuda.

Tarjeta de identificación de medicamentos recetados		Información de farmacia
 powered by Cadence Rx		Este formulario le permite surtir sus recetas iniciales con un costo máximo de \$1500 por medicamento y no más de 14 días de suministro por receta. Farmacia: si necesita ayuda para procesar este reclamo, llame al 877.776.3600. La tarjeta de beneficios de farmacia solo debe usarse para medicamentos recetados para su lesión relacionada con el trabajo. Al utilizar esta tarjeta, reconoce y acepta la responsabilidad financiera por cualquier receta facturada con esta tarjeta que se determine posteriormente que no está relacionada con su lesión. Formato de identificación de miembro: la identificación debe comenzar con FF seguido de los últimos 4 dígitos del número de seguro social más el DOI de 8 dígitos (MMDDAAAA). Ejemplo: FF999901012018
Nombre del empleado:		
Número de identificación de miembro*	* Consulte el formato de identificación de miembro	
Fecha de la lesión:		
Número de grupo:	CDNSGW	
Número PCN:	CRX	
Número BIN:	024202	
Tarjeta creada el: ____/____/____		