

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:

Tokio Marine America has partnered with **Cadence Rx** to make filling workplace injury prescriptions easy. Medications may be subject to formulary and pre-authorization requirements.

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.



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 1-888-813-0023.

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

Pharmacist:

Please obtain the below information from the injured employee to process prescriptions for the workplace injury only. Please do not send the patient home or have the 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.

Prescription Drug ID Card		Pharmacy Information
 		<p>This form allows you to fill your initial prescriptions with a maximum cost of \$300 per medication and no more than a XX-day supply per prescription. Pharmacy, if you need assistance processing this claim, please call 1-888-813-0023.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Member ID format: The ID must 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:	TOKIOMARINE	
PCN Number:	CRX	
BIN Number:	021460	
Card Created On: ___/___/___		



INFORMACIÓN SOBRE PRESCRIPCIONES POR LESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Empleador:

Por favor, complete la información del empleado a continuación y proporcione este documento al empleado para que lo lleve a cualquier farmacia para sus recetas médicas relacionadas con una lesión en el lugar de trabajo.

Empleado:

Tokio Marine America se ha asociado con **Cadence Rx** para facilitar la obtención de recetas médicas por lesiones laborales. Los medicamentos pueden estar sujetos a requisitos de formulario y preautorización.

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



Por favor, lleve esta carta y su(s) receta(s) a una farmacia cercana. Cadence Rx cuenta con una red de más de 72.000 farmacias a nivel nacional. Para ubicar una farmacia en la red cercana, utilice el localizador de farmacias en <https://cadencerx.com/find-a-pharmacy/> o llame a Cadence Rx sin costo al 1-888-813-0023.

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA ASISTENCIA EN LA FARMACIA, LLAME AL 888-813-0023.

Farmacéutico:

Por favor, obtenga la siguiente información del empleado lesionado para procesar las recetas únicamente relacionadas con la lesión en el lugar de trabajo. No envíe al paciente a casa ni haga que el paciente pague por los medicamentos antes de llamar a Cadence Rx para recibir asistencia.

Nota: Certos medicamentos están preaprobados para este paciente; estos medicamentos se procesarán sin autorización. Todos los demás requerirán aprobación previa.

Tarjeta de identificación de Medicamentos con Receta		Información de la farmacia
 		<p>Este formulario le permite surtir sus recetas iniciales con un costo máximo de \$300 por medicamento y no más de un suministro de 14 días por receta. Farmacia, si necesita asistencia para procesar este reclamo, por favor llame al 1-888-813-0023.</p> <p>La tarjeta de beneficios de farmacia solo debe ser utilizada para medicamentos recetados relacionados con su lesión en el trabajo. Al usar esta tarjeta, usted reconoce y acepta la responsabilidad financiera por cualquier receta facturada bajo esta tarjeta que posteriormente se determine que no está relacionada con su lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato del número de identificación de miembro: El número de identificación debe comenzar con FF seguido de los últimos 4 dígitos del número de seguro social más 8 dígitos correspondientes a la fecha de la lesión (DDMMAAAA). Ejemplo: FF999901012018
Nombre del empleado:		
Número de identificación de miembro*	*Consulte el formato del número de identificación de miembro	
Fecha de la lesión:		
Número de grupo:	TOKIOMARINE	
Número PCN:	CRX	
Número BIN:	021460	
Tarjeta creada el: ____/____/____		

