



Injured Worker's First Fill Prescription Form

Injured Worker's Name: _____

Date of Injury: _____

Injured Worker's Instructions



On your first Pharmacy visit, please give this notice to your pharmacist. This will expedite the processing of your approved workers' compensation prescriptions, based on the parameters established by MEMIC. With the CorVel pharmacy program, you do not need to complete any paperwork or claim forms. Simply present this CorVel First Fill Prescription Form to the pharmacy. You should not incur any costs or co-pays at the pharmacy and you will be allowed up to a 14-day supply of most medications. Please note: You will need to provide your Social Security number (SSN #) to the pharmacy in order to process your prescriptions.

Notice to Injured Worker and Pharmacy

This temporary First Fill card is only valid if used within 30 days of the reported date of injury. Temporary eligibility through this program allows for a one-time fill of prescription medications. For assistance with processing claims, please contact the CorVel Pharmacy Department at **(800) 563-8438**.

Pharmacy Instructions

For assistance processing claims, please contact the CorVel Pharmacy Department at **(800) 563-8438**. Please use the BIN, PCN, and RxGroup number below to process an online/electronic claim to CorVel:

BIN: 004336
PCN: ADV
RxGroup: RXFFWC8757788
Member ID: See below to generate ID

To generate member ID: The Injured Worker's 9 digit social security number plus 8 digit date of injury will be used as their 17 digit **member identification number** when processing their First Fill Prescription: **XXXXXXXXMMDDYYYY**

Below is a sample listing of some of the over 62,000 Participating Pharmacies in the CorVel Network. Please call **(800)563-8438** for a participating pharmacy near you.

CostCo Pharmacy	Hannaford Pharmacy	Meijer Pharmacy	Smith's Food & Drug Centers
CVS	Hy-Vee Pharmacy	Publix Pharmacy	Target Pharmacy
Duane Reade	Ingles Pharmacy	Raley's Drug Center	Von's Pharmacy
Drug Mart	Kroger Pharmacy	Rite Aid Pharmacy	Wal-Mart Pharmacy
Fred's Pharmacy	Longs Drug Store	Safeway Pharmacy	Walgreens Pharmacy
Giant Eagle Pharmacy	Marc's Pharmacy	Sav-On Drug Store	Wegman Pharmacy



El trabajador lesionado
Primer formulario de prescripción de llenado

El nombre del trabajador lesionado: _____

Fecha de la lesión: _____

Instrucciones para el trabajador lesionado



En su primera visita a la farmacia, por favor, dele este aviso a su farmacéutico. Esto agilizará la tramitación de la aprobación de la compensación de trabajadores recetas, basado en los parámetros establecido por MEMIC. Con el CorVel programa de farmacia, no es necesario que realice ningún papeleo o formularios de reclamación. Simplemente presente este formulario de prescripción de primer llenado de CorVel a la farmacia. Usted no debe incurrir en ningún costo o copagos en la farmacia y se le permitirá hasta un suministro de 14 días de la mayoría de los medicamentos. Por favor nota: usted tendrá que proporcionar su número de seguro social (SSN #) a la farmacia con el fin de procesar sus recetas.

Aviso a trabajadores lesionados y farmacia

Esta tarjeta de primer llenado temporal solo es válida si se utiliza dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la lesión. La elegibilidad temporal a través de este programa permite un llenado único de medicamentos recetados. Para obtener ayuda con el procesamiento de reclamos, comuníquese con el Departamento de farmacia de CorVel al **(800) 563-8438**.

Instrucciones de farmacia

Para tramitar las reclamaciones de asistencia, comuníquese con el Departamento de farmacia de CorVel al (800) 563-8438. Por favor, utilice el BIN, PCN, y RxGroup número abajo para procesar una línea/reclamación electrónica a CorVel:

BIN: 004336
PCN: ADV
RxGroup: RXFFWC8757788
Member ID: See below to generate ID

Para generar el ID de miembro: el número de seguridad social de 9 dígitos del trabajador lesionado más la fecha de 8 dígitos de la lesión se utilizará como su número de identificación de miembro de 17 dígitos al procesar su prescripción de primer llenado: XXXXXXXXXMMDDYYYY

Abajo es un listado de la muestra de algunas más de 62,000 Farmacias Participantes en la Red de CorVel. Por favor llame al **(800)563-8438** para una farmacia participante cerca de usted:

CostCo Pharmacy	Hannaford Pharmacy	Meijer Pharmacy	Smith's Food & Drug Centers
CVS	Hy-Vee Pharmacy	Publix Pharmacy	Target Pharmacy
Duane Reade	Ingles Pharmacy	Raley's Drug Center	Von's Pharmacy
Drug Mart	Kroger Pharmacy	Rite Aid Pharmacy	Wal-Mart Pharmacy
Fred's Pharmacy	Longs Drug Store	Safeway Pharmacy	Walgreens Pharmacy
Giant Eagle Pharmacy	Marc's Pharmacy	Sav-On Drug Store	Wegman Pharmacy