

# FIRST FILL PRESCRIPTION PROCESS



Upon receiving prescriptions for a work-related injury for one of your employees, please provide the injured worker with a copy of this instruction sheet or ask them to text the Employer ID# **CAS04** to toll free 833-FRSTFILL (833-377-8345). The injured worker will complete the process and then present their billing information via mobile device.

## Injured Worker

Please follow the below instructions to obtain your First Fill Prescription Card.

Text  
**CAS04**  
to 833-377-8345

## How it Works

01

Text

Text the Employer ID# **CAS04** to toll free 833-FRSTFILL (833-377-8345)

02

### Follow Step by Step Instructions

**Step 1:** Text your First and Last Name

**Step 2:** Text your Date of Injury

**Step 3:** Confirm Information

03

### Receive First Fill Card

You will receive an image of your prescription card right to your phone.

04

### Fill Your Prescriptions

Present your First Fill Prescription Card along with a valid injury related prescription(s) to your local pharmacy.



If you encounter any problems filling your prescriptions,  
please call RxBridge toll-free at 833-RxBridge (833-792-7434)

# FIRST FILL PRESCRIPTION PROCESS

## CAST & CREW

Al recibir recetas para una lesión relacionada con su trabajo como empleado de **CAST & CREW**, proporcione al trabajador lesionado una copia de esta hoja de instrucciones o pídale que envíe un mensaje de texto con el número de identificación del empleador **CAS04** al número gratuito 833-FRSTFILL (833-377- 8345). El trabajador lesionado completará el proceso y luego presentará su información de facturación a través de su teléfono móvil.

## Trabajador Lesionado

Por favor siga las instrucciones a continuación para obtener su tarjeta de Prescripción First Fill.

Text  
**CAS04**  
to 833-377-8345

## Funciona Así

01

### Mensaje De Texto

envíe un mensaje de texto con el código de su empleador # **CAS04** al número gratuito 833-FRSTFILL (833-377-8345)

02

### Siga las instrucciones paso a paso

**Paso 1:** envíe un mensaje de texto con su nombre y apellido

**Paso 2:** envíe un mensaje de texto con la fecha de su lesión

**Step 3:** Verifique la información

03

### Reciba su tarjeta First Fill

Recibirá una imagen de su tarjeta de prescripción directamente a su teléfono.

04

### Llene sus Recetas

Presente su tarjeta de prescripción First Fill en su farmacia local, junto con una(s) receta(s) válida (s) y relacionada(s) con su lesión ocupacional.



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