

First Fill Information

Montana School Board Assoc.



Dear Injured Worker,

Cypress Care has been selected by the **Montana School Board Association** to assist you in obtaining prescription drugs related to your workers' compensation claim. This form enables you to fill prescriptions written by your authorized workers' compensation physician for medications related to your injury. Simply **fill in the form below** and present it at the pharmacy at the time your prescription is filled. This form should ensure that you will have no out-of-pocket expenses when you fill your first prescription.

For your convenience, Cypress Care has an extensive network of retail pharmacies including major chain drug stores.

For pharmacy locations, you may call our toll-free number or visit our website at www.cypresscare.com and use the pharmacy locator in the quick links section of the home page.

If you have any questions, please call our customer service number: **800.419.7191**.

Estimado Trabajador(a) Lesionado(a),

Cypress Care ha sido seleccionado por el **Montana School Board Association** para asistirle en obtener los medicamentos relacionado con su reclamo de compensación de trabajadores. Este formulario le permite llenar las prescripciones escritas por el medico autorizado con su reclamo de compensación de trabajadores, para medicamentos relacionado con su lesión. Simplemente llene el siguiente formulario y preséntelo en la farmacia en el momento que su prescripción está lleno.; Este formulario debe asegurarse de que usted no tendrá gastos de su propio bolsillo cuando surte su primera receta.

Para su comodidad, Cypress Care cuenta con una extensa cadena de farmacias al por meno incluyendo las farmacias principales.

Para localidades de farmacias, usted puede llamar a nuestro número gratuito o visite nuestro sitio web en www.cypresscare.com y usar el localizador de farmacias en la sección de enlaces de rápidos de la página de inicio.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor de llamar a nuestro número de servicio al cliente: **800.419.7191**.

First Fill Form: Complete and take to your pharmacy

Bin #: 010876 Group Number: MONTANASCHOOLFF

Member ID:

Last 4 digits of SSN + date of injury;

No spaces

(i.e. 9999050206)

Member Name:

Injured worker's first & last name

Employer Name:

Date of Injury:

Pharmacy Help Desk: 800.419.7191

PLEASE NOTE: This form allows you to fill your initial prescriptions with a cost maximum of \$150 per prescription and no more than a 10-day supply per prescription. Once your claim has been reviewed, you will be sent a new card in the mail. If you do not receive the pharmacy card, please call us at 800.419.7191.

Issuance of this letter does not constitute acceptance of your claim.