



FIRST FILL PRESCRIPTION PROCESS

BERKLEY ENTERTAINMENT

Upon receiving notice of a new work-related injury for one of your employees, please provide the injured employee with a copy of this instruction sheet.

TRABAJADOR LESIONADO

Por favor siga las instrucciones a continuación para obtener su tarjeta de receta First Fill. Si tiene cualquier problema con sus recetas, llame al 833-792-7434.

¿No puede enviar mensaje de texto? Proveer este formulario a su farmacia para obtener sus medicamentos.

Text
BER
to 833-377-8345

01

Mensaje de Texto
Envíe un mensaje de texto con el Código **BER** al número gratuito 833-FRSTFILL (833-377-8345)

02

Siga paso a paso las instrucciones en la pantalla

03

Reciba su tarjeta de First Fill
Usted recibirá una imagen de su tarjeta de recetas directamente a su teléfono móvil.

Fill Your Prescriptions

04

Presente su tarjeta de recetas First Fill junto con sus recetas relacionadas con su lesión en su farmacia local.



Pharmacist: RxBridge administers this occupational injury prescription program. Using the billing information provided below, please fill the injured employee's injury-related prescription(s).

Member ID: BER _____

Group#: G7STD Últimos 3 dígitos de SSN

Mes

Día

Fecha de la lesión MMDDYY

Año

RxBIN: 024178

RxPCN: RXB

Para asistencia llame a RxBridge 833-792-7434