

# WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS HANDLED SO EASILY, IT'S WORTH CHEERING ABOUT.



- No out-of-pocket expenses on approved claims • Same-day service
- Immediate verification • Most employer and insurance carriers accepted

Please submit the completed patient information form below and your **Workers' Compensation Prescription** to the pharmacist.

## PATIENT INFORMATION

Name/Nombre ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino

Social Security Number/Numero de Seguro Social

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

Patient's Address/Dirección

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Patient's Phone/Numero de Teléfono

Date of Injury/Fecha de lesión

Type of Injury/Descripción de la lesión

## EMPLOYER INFORMATION

Employer Name/Nombre de la Compañía

Employer Address/Dirección de la Compañía

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Employer Phone/Numero de Teléfono



Call 800.866.0086 or visit [www.kmart.com/pharmacy](http://www.kmart.com/pharmacy).