

# Business Insurers of Georgia

## AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT FOR WORKERS' COMPENSATION

**PROVIDER:** Sunz / Next Level Administrators  
**Policy:** Business Insurers of Georgia #WC014-00001-020

**COMPANY NAME:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE OF INJURY:** \_\_\_\_\_

**TYPE OF INJURY:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERFORM A DRUG SCREENING: YES / NO (CIRCLE ONE)**

**PERFORM A BLOOD ALCOHOL SCREENING: YES / NO (CIRCLE ONE)**

**BILL TO:** Genex: Next Level Administrators, LLC  
PO Box 6811  
Scranton, PA 18505  
Fax: 1-833-223-9672

**OR E-MAIL:** nextlevelgenex@edmgroupp.com

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SUPERVISOR**

\_\_\_\_\_  
**DATE**



# First Fill – Workers’ Compensation First Fill Program

Mitchell ScriptAdvisor has been selected by Next Level Administrators 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, Mitchell ScriptAdvisor 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.ipsusa.com](http://www.ipsusa.com) to use the pharmacy locator.




## Employee

- Present this sheet to the pharmacist along with your prescription
- Provide you SS# and Date of Injury at the pharmacy to use as your Member ID#
- Please note: You may receive a permanent retail card in the mail for your workers’ compensation injury.



## Pharmacy

- This sheet is a Temporary Prescription ID Card for a **14 Days'** Supply Fill and Max \$\$ Amount of **\$150.00**.
- All data needed to process this script through the Script Care Adjudication System is included in the drug card represented below.

<b>Mitchell ScriptAdvisor</b>		
Temporary Prescription Benefit Card		SCRIPT CARE, LTD.
Member Name:		
Member ID:		
ID #: SS# + Date of Injury (MMDDYY) – Example: 123456789101411		
Rx BIN:	004410	
PCN:	SCI	
Group:	IPS001077TC	

## Questions? Contact us at 866.846.9279

This card is to be used for prescriptions related to your workers’ compensation injury-related injuries covered under your insurance policy. Use of this card does not waive any limitations or exclusions for the policy. This card does not confirm coverage. To confirm eligibility or obtain specific information, please contact the Help Desk with the information from the front of this card.



Mitchell International  
866.221.6588  
© Mitchell International 2016



# Mitchell ScriptAdvisor

## Programa de Primer Llenado – de Compensación al Trabajador

Mitchell ScriptAdvisor ha sido seleccionado por Next Level Administrators para asistirle a obtener medicamentos recetados relacionados con su reclamación de compensación de trabajadores. Esta forma le permite obtener los medicamentos relacionados con su lesión que sean recetados por su doctor autorizado por la compensación al trabajador. Simplemente llene la siguiente forma y preséntela en la farmacia en el momento que usted disponga de su receta. Con esta forma usted no tendrá que pagar nada cuando reciba sus medicamentos por primera vez.

Para su conveniencia, Mitchell ScriptAdvisor tiene una extensa red de farmacias, incluyendo las principales cadenas de farmacias. Para localizaciones de farmacias, puede llamar a nuestro número gratuito o visite nuestra página de web [www.ipsusa.com](http://www.ipsusa.com) y utilice el localizador de farmacia.



### Empleado

- Presente esta hoja al farmacéutico junto con su receta
- Proporcione su número de seguro social y la fecha de su lesión a la farmacia para usarla como su número de identificación
- Tenga en cuenta: Usted puede recibir una tarjeta permanente por correo para su lesión de compensación de trabajadores.



### Farmacia

- Esta hoja es una Tarjeta de Identificación de Prescripción Temporal para suministros de 14 días y una cantidad máxima de \$150.00.
- Toda la información necesaria para procesar esta receta a través del Sistema de Adjudicación de Script Care está incluida en la tarjeta representada a continuación

<b>Mitchell ScriptAdvisor</b>	
Tarjeta de Beneficios de Drogas Temporal	SCRIPT CARE, LTD.
<b>Nombre:</b>	
<b>Nro. de Identificación:</b>	
ID #: SS# + Fecha de Incidente (MMDDYY) – Ejemplo: 123456789101411	
<b>Rx BIN:</b>	004410
<b>PCN:</b>	SCI
<b>Group:</b>	IPS001077TC

## Preguntas? Contáctenos al 866.846.9279

Esta tarjeta debe ser utilizada para las recetas relacionadas con su lesión de compensación del trabajador que está cubierto bajo su póliza de seguro. El uso de esta tarjeta no renuncia a ninguno de sus limitaciones o exclusiones de la póliza. Esta tarjeta no afirma la cobertura. Para confirmar la elegibilidad u obtener información específica, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente.



Mitchell International  
866.221.6588

© Mitchell International 2016