InSource Employer Solutions

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT FOR WORKERS' COMPENSATION

Use this form for injured workers in the following states:
AK, AL, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, FL, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MA, MD, MI, MN, MO, MS, MT, NC, NE, NM, NV, OK, PA, RI, SC, SD, TN, TX, UT, VA, VT, WI, & WV

PROVIDER: **Sunz / Next Level Administrators**
Policy: InSource Sunz #WC053-00001-026

COMPANY NAME: _____

EMPLOYEE NAME: _____

DATE OF INJURY: _____

TYPE OF INJURY:

PERFORM A DRUG SCREENING: ◯ **YES** ◯ **NO**

PERFORM A BLOOD ALCOHOL SCREENING: ◯ **YES** ◯ **NO**

BILL TO: Comp IQ - Next Level Administrators
PO Box 3055
Milwaukee, WI 53201
Phone: (833) 827-3449
Fax: (505) 212-6901
OR E-MAIL: claims@nextleveladmin.com eBilling Payor ID: 34762

_____ _____
SIGNATURE OF SUPERVISOR **DATE**

Rev. 11/16/2026

NEXT LEVEL ADMINISTRATORS
www.nextleveladmin.com

PO Box 1061
Bradenton, FL 34206
T: 877-306-6398
F: 941-444-6200

Medical Records Release

Employee: _____

Employer: _____

Carrier: Sunz Insurance Company

Policyholder: InSource Employer Solutions, Inc.

I authorize any licensed physician, chiropractor, medical practitioner, hospital, clinic, or other medical facility to release any and all medical information to **Next Level Administrators LLC and/or its representatives, for the following purposes: Workers' Compensation claim adjudication and disability determination**. I also authorize any treating physician or medical provider to review any additional materials provided to them.

Note: Workers' Compensation Records Requests Are Exempt From HIPAA. Pursuant to 45 Federal Regulation Code, Sect. 164.512 (1), a covered entity may, without penalty under HIPAA, disclose protected health information to the extent necessary to comply with the law relating to workers' compensation.

The following medical records are restricted unless you specifically authorize release of information in a separate authorization: Mental health information and/or records; Drug/alcohol information; HIV/AIDS related information or records.

A photocopy of this authorization shall be considered valid. This release shall remain valid for the life of the claim.

_____ _____

Signature of Patient/Guardian/Legal Representative Date

_____ _____

Print Patient's Name Relationship to Patient

NEXT LEVEL ADMINISTRATORS
www.nextleveladmin.com

PO Box 1061
Bradenton, FL 34206
T: 877-306-6398
F: 941-444-6200

Divulgación de registros médicos

Empleado: _____

Empleador: _____

Compañía: SUNZ Insurance Company

Titular de la póliza: InSource Employer Solutions, Inc.

Autorizo a cualquier medico licenciado, quiropráctico, asistente de médico, hospital, clínica u otra instalación médica con a divulgar toda mi información médica a **Next Level Administrators LLC y / o sus representantes, para los siguientes propósitos: Adjudicación de reclamos de compensación para trabajadores y determinación de discapacidad**. También autorizo a cualquier médico tratante o proveedor médico a revisar cualquier material adicional que se le proporcione.

Nota: Las solicitudes de registros de compensación para trabajadores están exentas de HIPAA. De conformidad con el Artículo 45 del Código de Regulación Federal, Sección 164.512 (1), una entidad cubierta puede, sin penalización en virtud de la HIPAA, divulgar información médica protegida en la medida necesaria para cumplir con la ley relacionada con la compensación de los trabajadores.

Los siguientes registros médicos están restringidos a menos que usted autorice específicamente la divulgación de información en una autorización separada: Información y/o registros de salud mental; Información sobre drogas/alcohol; Información o registros relacionados con el VIH/SIDA.

Se considerará válida una fotocopia de esta autorización. Esta exención seguirá siendo válida durante la vigencia de la reclamación.

_____ _____
Firma del Paciente/Tutor/Representante Legal Fecha

_____ _____
Escriba el nombre del paciente Relación con el paciente

Optum

ACRISURE®

12921 S Vista Station Blvd
Draper, UT 84020

Making it easy to get workers' compensation prescriptions filled

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy.

Injured person:

If you need a prescription filled for a work-related injury, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. In most cases, the pharmacy will fill the prescription at no cost to you.

If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for other work-related injury prescriptions.

Find a network pharmacy

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call **1-866-599-5426** or visit **tmesys.com**.

Questions? Need Help?

1-866-599-5426

Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information below and give this form to the employee.

Optum ACRISURE®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Acrisure
EMPLOYER

INJURED PERSON NAME

Please provide directly to Pharmacist
SOCIAL SECURITY NUMBER DATE OF INJURY (YYMMDD)

Notice to Cardholder: Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: **tmesys.com**.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	**004261**	or	**002538**
RxPCN	**CAL**	or	**Envoy Acct. #**
GROUP	ASREFF		

NOTE: This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury.

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys®

IMP-26-4116

Hacemos más sencillo que se le abastezca las recetas de su programa de compensación por accidentes laborales

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local.

Persona lesionada:

Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. En la mayoría de los casos, la farmacia abastecerá la receta sin costo para usted.

Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones relacionadas con su trabajo.

Cómo encontrar una farmacia de la red

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para ubicar una farmacia de la red, llame al **1-866-599-5426** o visite **tmesys.com**.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

1-866-599-5426

Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.

Optum

ACRISURE®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Acrisure
EMPLEADOR

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA

Please provide directly to Pharmacist
NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE LA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite **tmesys.com**.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	**004261**	or	**002538**
RxPCN	**CAL**	or	**Envoy Acct. #**
GROUP	ASREFF		

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys®

IMP-26-4116