Dept of Labor & Industries State Fund PO Box 44291 Olympia WA 98504-4291 360-902-6100: فاكس

Dept of Labor & Industries Self-Insurance PO Box 44892 Olympia WA 98504-4892 360-902-6900



طلب إعادة نظر في مطالبة بسبب تفاقم الحالة

رقم المطالبة

معلومات حول العامل

استكمل الجزء الخاص بك بالكامل وقدمه إلى مقدم خدمة المعالجة الخاص بك في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم أية خدمات طبية لازمة بسبب تفاقم حالتك الطبية. و**يتوجب** في الطلب المستكمل من جانبك أن تستلمه الوزارة أو شركة التأمين الذاتي في غضون 60 يومًا من تاريخ أية خدمات طبية ضرورية بسبب تفاقم حالتك.

لا تستخدم هذا النموذج إلا إذا تفاقمت حالتك الطبية وتم إغلاق مطالبتك لأكثر من 60 يومًا. وإذا لحقتك إصابة **جديدة** في العمل، استكمل تقريرًا جديدًا للإصابة الصناعية أو نموذج الأمراض المهنية. في حالة دفع مزايا فقدان الوقت قبل اتخاذ قرار بخصوص إعادة فتح المطالبة ولم يتم إعادة فتح مطالبتك، سيتوجب عليك رد تلك المزايا. وستصلك معلومات عن طلب إعادة الفتح الخاص بك في غضون 90 يومًا من تاريخ استلام الوزارة لطلب إعادة الفتح.

	90 يومًا من تاريخ استلام الوزارة لطلب إعادة الفتح.
هل تغير اسمك منذ إغلاق المطالبة؟ لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر الاسم السابق:	الاسم (الأول والأوسط والأخير)
رقم الضمان الاجتماعي (للهوية فقط)	رقم هاتف المنزل
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)	عنوان المنزل الحالي
المدينة الولاية الرمز البريدي	المدينة الولاية الرمز البريدي
	ا أفضل توجيه المراسلات إلى ممثلي (انكر اسم الممثل وعنوانه البريدي)
تاريخ إغلاق المطالبة	تاريخ الإصابة الأصلية
الاسم الكامل للطبيب المعالج في وقت إغلاق المطالبة	صاحب العمل في وقت الإصابة الأصلية
تاريخ تفاقم الحالة بعد إغلاق المطالبة	ما أعضاء الجسم التي تأثرت بهذه الإصابة/المرض؟
هل لحقتك أية إصابات/ أمراض جديدة منذ تاريخ إغلاق المطالبة؟ لا النعم إذا كانت الإجابة نعم، وضح	ما الشكاوى الجسمانية التي لديك حاليًا؟
هل تلقيت أي علاج طبي لهذه الحالة منذ إغلاق المطالبة؟ [[لا] نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر أسماء وعناوين الأطباء المعالجين.	هل تفاقمت حالتك بسبب إصابة/ حادث آخر أثناء أو خارج العمل؟ [لا] نعم إذا كانت الإجابة نعم، وضح
اسم الطبيب رقم الهاتف	اسم الطبيب رقم الهاتف
المدينة الولاية الرمز البريدي	المدينة الولاية الرمز البريدي
هل تعمل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، اذكر السبب متقاعد عاجز عن العمل تم تسريحي متوقف تاريخ آخر عمل:	
هل تقدمت بطلب لأي من المزايا الموضحة أدناه أو تتلقى أيًا منها؟ بطالة إجازة مرضية معونة عامة مزايا تقاعد تأمين عجز أي تعويض تأمين صناعي آخر؟ (أي، العمال في البحر والموانئ، قانون جونز، السكك الحديدية)	
صاحب العمل الحالي أو الأخير	
رقم الهائف	العنوان
الولاية الرمز البريدي	المدينة
كم مدة عملك لدى صاحب العمل؟	نوع النشاط
	مسماك الوظيفي ومهامك
أصحاب العمل والمسميات الوظيفية الأخرى التي توليتها منذ إغلاق مطالبتك؟	
التاريخ	توقيع مقدم الطلب

Please complete this form and send it to the State Fund Program or the Self Insurance Program. It will enable us to determine if the current medical condition is due to a worsening of a previous injury. A claim can only be reopened if there has been an objective worsening of the allowed condition since the date of closure and that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury.	
The completed application <i>must</i> be received by the Department or self-insurer within 60 days of any medical services made necessary by a worsening of the worker's condition.	
You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to complete the form, however, payment for any additional services not authorized by the department will depend on our decision on the reopening request. You must be participating in the L&I Medical Provider Network (MPN) to be designated as attending provider, administer treatment, or certify physical restrictions resulting in workers' compensation benefits (exception: out-of-state providers don't need to be in the MPN). If the claim is reopened, benefits cannot be paid for services provided more than 60 days prior to our receipt of the form. Answer all questions completely to ensure timely action on this reopening application. Please mail to the appropriate address on the reverse side. Do not attach a bill to this form.	
Please describe patient's current symptoms.	
What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure?	Are the symptoms the result of the covered injury? Yes No
List all the elements of your current medical findings including history, examination, and test results that would support a measurable (objective) worsening of the industrial injury or occupational disease since claim closure or the last reopening denial. Attach test results and findings.	
Upon what information did you rely to make comparison to substantiate worsening? Check appropriate box.	
☐ Provider at the time of claim closure ☐ Reviewed the previous medical file ☐ Contacted the previous provider ☐ Other:	
Does the current condition prevent the patient from working? No Yes If yes, estimate number of days off work:	Beginning date of current disability
Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from working. Please provide the basis for your opinion.	
Could the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, sedentary work or transitional part time work)?	
List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.	
What is your specific curative treatment plan? Please include expected recovery time and indicate when the patient may return to some form of work.	
	very time and indicate when the patient may return to some form of work.
Diagnosis of condition found by examination.	very time and indicate when the patient may return to some form of work.

Claim number

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely. Please retain a copy of this reopening application for your records.

Zip Code

Provider number

Provider phone number

Provider's signature and date

State

Provider Information

Provider name (please print)

Provider address

City