



تقديم طلب لإعادة فتح المطالبة بسبب تفاقم الحالة

معلومات العامل:

أكمل الجزء الخاص بك بالكامل لاتخاذ إجراءات سريعة.

استخدم هذا النموذج فقط إذا كانت حالتك الصحية قد تدهورت وتم إغلاق مطالبتك لأكثر من 60 يوماً. إذا كنت قد تعرضت لإصابة جديدة في العمل ، فقم بتعبئة نموذج جديد عن Report of Industrial Injury or Occupational Disease (الإصابات الصناعية أو الأمراض المهنية).

إذا تم دفع مزايا ضياع الوقت قبل اتخاذ قرار بشأن إعادة فتح المطالبة ولم يتم إعادة فتح مطالبتك، فسوف تُطالب بسداد قيمة هذه المزايا. سنتلقى معلومات حول طلب إعادة فتح مطالبتك خلال 90 يوماً من استلام القسم لطلب إعادة فتح المطالبة.

الاسم (الأول ، الأوسط ، الأخير)	هل تغير اسمك منذ إغلاق مطالبتك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا نعم ، اذكر الاسم السابق:
رقم هاتف المنزل	رقم الضمان الاجتماعي (لبطاقة الهوية فقط):
عنوان المنزل الحالي	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
المدينة	المدينة
الولاية	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي
<input type="checkbox"/> أفضل أن تذهب مراسلاتي لممثلي (أذكر الاسم وعنوان المراسلة للممثل)	

تاريخ الإصابة الأصلية	تاريخ إغلاق المطالبة
صاحب العمل وقت الإصابة الأصلية	الاسم الكامل للطبيب الذي كان يعالجك وقت إغلاق المطالبة
ما هي أجزاء جسمك المتأثرة بهذا المرض / الإصابة؟	ما هو التاريخ حين أصبحت الحالة أسوأ بعد إغلاق المطالبة

ما هي الشكاوى العضوية الحالية الخاصة بك؟	هل عانيت من أي إصابات أو أمراض جديدة منذ تاريخ إغلاق المطالبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كان الجواب نعم ، فسر ذلك
هل ساءت حالتك بسبب إصابة / حادث آخر سواء أثناء الوظيفة أو خارجها؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا نعم ، فسر ذلك	هل تلقيت أي علاج طبي لهذه الحالة منذ إغلاق المطالبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر اسم (أسماء) وعنوان (عناوين) الطبيب المعالج.
اسم الطبيب	اسم الطبيب
رقم الهاتف	رقم الهاتف
المدينة	المدينة
الولاية	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي

هل تعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا لا، لماذا؟ <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> غير قادر على العمل <input type="checkbox"/> إنهاء العمل <input type="checkbox"/> ترك العمل آخر تاريخ عمل:
--

هل تقدمت بطلب للحصول أو هل تتلقى أيًا من المزايا المذكورة أدناه؟ <input type="checkbox"/> البطالة <input type="checkbox"/> إجازة مرضية <input type="checkbox"/> مساعدة عامة <input type="checkbox"/> استحقاقات التقاعد <input type="checkbox"/> تأمين ضد العجز <input type="checkbox"/> أي تعويضات التأمين الصناعي الأخرى؟ (على سبيل المثال. Longshore and Harbor Workers [عمال الميناء وتفريغ السفن]، Jones Act [قانون Jones]، السكة الحديدية)
--

صاحب العمل الحالي أو الأخير	العنوان
رقم الهاتف	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
نوع لعمل	منذ متى وأنت تعمل لدى صاحب العمل؟
المسمى الوظيفي والواجبات	

من هم أصحاب الأعمال وما هي ألقاب العمل الأخرى التي كانت لديك منذ إغلاق مطالبتك؟

ملاحظة: يخضع الأشخاص الذين يقدمون بيانات كاذبة في طلب الحصول على مستحقات التأمين الصناعي لعقوبات مدنية و/أو جنائية بموجب القانون. أعلن أن هذه البيانات صحيحة وفقاً لمعرفتي ومعتقداتي عند توقيع هذا النموذج ، أسمح للأطباء والمستشفيات والعيادات أو غيرهم ممن لديهم معلومات طبية بإعطاء سجلاتي الطبية إلى Department of Labor and Industries (وزارة العمل والصناعات) و / أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً.

Provider Information

Claim number

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.

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.

Diagnosis of condition found by examination.

ICD Codes.

Provider name (please print)

Provider number

Provider address

Provider phone number

City

State

Zip Code

Provider's signature and date

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