

စမိ	ပျဉ်းမနား	ကျေးဇူး
လူပုဂ္ဂိုလ်အဖွဲ့အစည်း	ဤအလုပ်ပေးခြင်းအတွက် အလုပ်ပေးမှု မပြုမီ ဖောက်ခွဲသည့်အားဖြင့်။	
ရာထူးပေးခြင်း လုပ်ငန်းတာဝန်များ		

တောင်းဆိုလျက်ရှိသည့်အခါ အချက်အလက်များနှင့် လုပ်ငန်းတာဝန်ရှိပါသလား။

မွန်ကုန် စက္ကန့်လုပ်ငန်းဆိုရာ ဝန်ထမ်းအဖွဲ့ အင်အားစွမ်းရည်များ ရယူလိုသောအားဖြင့် မွန်ကုန်ကုန်ထုတ်လုပ်ရေး ဝန်ထမ်းများလုပ်ဆောင်သည့် ပျဉ်းမနားနှင့် တရားရုံးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ကပ်ရမည်။ ဤအချက်အလက်များသည် မွန်ကုန်ကုန်ထုတ်လုပ်ရေး ဝန်ထမ်းများအား ကြီးကြပ်မှုပေးရန် လိုအပ်သည့် အကောင်အထည်ဆောင်ရွက်ပေးရန် ဝန်ထမ်းများအား ဝန်ထမ်းချုပ်ကြပ်မှုပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ ဤပုံစံဖြင့် လက်တွေ့ရေးထုတ်ပေးရန် ဝန်ထမ်းများ ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံများ၊ ဆေးခန်းများနှင့် အချက်အလက်ဆိုင်ရာ အင်အားစွမ်းရည်အား ကြီးကြပ်မှုပေးရန် ကြိုးပမ်းဆောင်ရွက်ပေးရန် အလုပ်ပေးခြင်း စက္ကန့်လုပ်ငန်းဆိုရာ ဌာနနှင့် သို့မဟုတ် ကုမ္ပဏီအဖွဲ့အစည်းသည် အလုပ်ပေးမှု လိုအပ်ချက်များပေးမည့်အဖွဲ့အစည်း ဖြစ်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ လက်မှတ် ရက်စွဲ

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.