

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

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



# Demande de réouverture d'une demande d'indemnisation Suite à une aggravation de l'état de santé

## Renseignements relatifs à l'employé

Remplir intégralement la partie vous concernant pour une action rapide.

Numéro de demande d'indemnisation

N'utilisez ce formulaire que si votre état de santé s'est aggravé et que votre demande d'indemnisation est fermée depuis plus de 60 jours. Si vous avez subi un **nouvel** accident sur votre lieu de travail, remplissez un nouveau formulaire de déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Si des indemnités de perte de temps de travail sont versées avant qu'une décision concernant la réouverture du dossier ne soit prise et que votre demande d'indemnisation n'est pas rouverte, vous devrez rembourser ces indemnités. Vous recevrez une réponse concernant votre demande de réouverture dans les 90 jours suivant la réception de votre demande par le service.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Votre nom a-t-il changé depuis la fermeture de votre demande d'indemnisation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquez votre nom précédent :
Numéro de téléphone du domicile	Numéro de sécurité sociale (uniquement pour identification)
Adresse du domicile actuelle	Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)
Ville Etat Code postal	Ville Etat Code postal
<input type="checkbox"/> Je préfère que toute correspondance soit adressée à mon représentant (fournir le nom et l'adresse postale du représentant)	
Date de l'accident d'origine	Date de fermeture de la demande d'indemnisation
Employeur à la date de l'accident d'origine	Nom complet du médecin traitant à la date de fermeture de la demande d'indemnisation
Quelles parties de votre corps sont affectées par cet accident/cette maladie ?	Date à laquelle votre état de santé s'est aggravé après la fermeture de la demande d'indemnisation
Quels sont vos symptômes physiques actuels ?	Avez-vous subi un nouvel accident/une nouvelle maladie depuis la date de fermeture de votre demande d'indemnisation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, expliquez
Votre état de santé s'est-il aggravé à cause d'un autre accident/d'une autre maladie sur votre lieu de travail ou hors du lieu de travail ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, expliquez	Avez-vous reçu un traitement médical pour cet état de santé depuis la fermeture de la demande d'indemnisation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquez le/les nom(s) et adresse(s) du/des médecin(s) traitant(s).
Nom du médecin Numéro de téléphone	Nom du médecin Numéro de téléphone
Ville Etat Code postal	Ville Etat Code postal
Travaillez-vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Dans l'impossibilité de travailler <input type="checkbox"/> Licencié <input type="checkbox"/> Démissionnaire Dernière date de travail :	
Avez-vous fait une demande ou percevez-vous l'une des indemnités indiquées ci-dessous ? <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Congé de maladie <input type="checkbox"/> Assistance publique <input type="checkbox"/> Allocation retraite <input type="checkbox"/> Assurance invalidité <input type="checkbox"/> Disposez-vous d'une autre indemnité d'assurance professionnelle ? (ex : débardeurs et ouvriers dockers, Jones Act (Loi Jones), Chemins de fer)	
Employeur actuel ou dernier employeur	
Adresse	Numéro de téléphone
Ville	État Code postal
Type d'activité	Combien de temps avez-vous travaillé pour cet employeur ?
Titre de votre poste et responsabilités	

Quels autres employeurs et postes avez-vous eus depuis la fermeture de votre demande d'indemnisation ?

Remarque : un individu qui fait une fausse déclaration pour obtenir une indemnisation professionnelle pourrait faire l'objet de pénalités civiles et criminelles. Je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont vrais et exacts. En signant ce formulaire, j'autorise les médecins, les hôpitaux, les cliniques ou autres organismes et individus disposant de renseignements médicaux à fournir mon dossier médical au département du Travail et des Industries (Department of Labor and Industries) et/ou à l'employeur auto-assuré.

---

Signature du demandeur

Date

## 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.*