



Demande de réouverture de demande en raison de la détérioration de l'état de santé

Numéro de demande

Données du travailleur

Veillez remplir votre portion complète et l'envoyer au prestataire de votre traitement dans un délai de 30 jours suite à tout service médical nécessaire en raison de la détérioration de votre état de santé. La demande remplie par vous et votre prestataire **doit** être reçue par le Département ou l'assurance dans un délai de 60 jours après tout service médical nécessaire en raison de la détérioration de votre état de santé.

Utilisez uniquement ce formulaire si votre état de santé s'est détérioré et que votre demande est clôturée depuis plus de 60 jours. En cas de **nouvelle** blessure au travail, veuillez remplir un nouveau Rapport de blessure industrielle ou de maladie au travail.

Si vous avez reçu un paiement pour perte de temps de travail avant la prise d'une décision concernant la réouverture de votre dossier et que votre demande n'est pas rouverte, vous devrez rembourser ce montant. Vous recevrez plus d'informations concernant votre demande de réouverture dans un délai de 90 jours suite à la réception de la demande de réouverture par le Département.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Votre nom a-t-il changé depuis la clôture de votre demande ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquez l'ancien nom :	
Numéro de téléphone à domicile	N° de sécurité sociale (pour identification uniquement)	
Adresse actuelle	Adresse postale (si différente de l'adresse de résidence)	
Ville	Etat	Code postal
Ville	Etat	Code postal
<input type="checkbox"/> Je préfère que ma correspondance soit envoyée à mon représentant (veuillez indiquer le nom et l'adresse postale du représentant)		

Date de la blessure	Date de clôture de la demande
Employeur au moment de la blessure	Nom complet du médecin qui vous traitait au moment de la clôture de la demande
Quelles sont les parties de votre corps affectées par cette blessure/maladie ?	Date à laquelle votre état de santé s'est détérioré après la clôture de la demande

Quels sont vos problèmes physiques actuels ?	Avez-vous eu des nouvelles blessures/maladies depuis la date de clôture de la demande ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez expliquer	
Votre état de santé s'est-il détérioré suite à un autre accident/blessure, au travail ou non ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez expliquer	Avez-vous reçu tout traitement médical pour ce problème depuis la clôture de la demande ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse du/des médecin(s) pour le traitement	
Nom du médecin Numéro de téléphone	Nom du médecin Numéro de téléphone	
Ville	Etat	Code postal
Ville	Etat	Code postal

Travaillez-vous ?
 Oui Non Si non, pourquoi ? À la retraite Incapable de travailler Licenciement Démission Date du dernier jour de travail

Avez-vous déjà demandé ou bénéficiez-vous des prestations indiquées ci-dessous ?
 Chômage Congé maladie Aide publique Retraite Assurance d'invalidité
 Tout autre type de rémunération d'assurance industrielle ? (p. ex. Longshore and Harbor Workers, Jones Act, Railroad)

Employeur actuel ou dernier employeur	Numéro de téléphone	
Adresse	Numéro de téléphone	
Ville	Etat	Code postal
Type d'activité	Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ?	
Intitulé de votre poste et responsabilités		

Autres employeurs et postes que vous avez eu depuis la clôture de votre demande ?

Remarque : Toute personne qui fait une déclaration mensongère en vue d'obtenir des prestations industrielles s'expose à des sanctions civiles et pénales. Je déclare que les informations fournies sont à ma connaissance vraies. En signant ce formulaire, j'autorise les médecins, hôpitaux, cliniques et autres organismes disposant de données médicales à transmettre mon dossier médical au Département du Travail et de l'Industrie et/ou à l'assurance de l'employeur.

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.

The completed application **must** 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.

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.