



OMB No. 1215-0066

الجزء أ - الترخيص

1. الغرض من هذا الترخيص الفحص و/أو العلاج بموجب قانون تعويض العاملين الفيدراليين الوارد أدناه:
- أ. ☐ قانون تعويض العاملين في السواحل والمواني
- ب. ☐ قانون القاعدة الدفاعية
- ج. ☐ قانون تدابير الأموال غير الموزعة
- د. ☐ قانون الأراضي الواقعة على الجرف القاري الخارجي

تعليمات لصاحب العمل. يجب ملء كافة بيانات هذا الوجه من النموذج والترخيص للطبيب الذي يختاره الموظف (انظر البند 2 أدناه) لفحصه و/أو علاجه بموجب قانون تعويض العاملين الفيدراليين تبعاً لما يتم التأشير عليه في المربع الأيمن بالنسبة للإصابات الناجمة عن الحوادث، والأمراض الناشئة عن العمل.

ضع علامة على المربع (أ) أو (ب) في البند 7. يجب تقديم أصل هذا النموذج وصورتين منه على الأقل إلى الطبيب. على الطبيب وضع التقرير الطبي والفاتورة المبدئية على الجانب الخلفي، وأن يرسل أصل التقرير في خلال عشرة أيام إلى مدير المنطقة على أن يرسل الصور إلى شركة التأمين أو صاحب العمل الوارد اسمه في البند 13. يجب على الطبيب إرسال تقارير المتابعة اللاحقة والدورية على نموذج LS-294 و/أو في تقارير تفصيلية، عند الطلب.

لا يجوز للموظف اختيار طبيب غير مرخص له في الوقت الحالي من قبل وزارة العمل بتقديم الرعاية الطبية بموجب القانون.

لا يلزم الأفراد الاستجابة لعملية جمع المعلومات المذكورة ما لم يوجد على الأوراق رقم OMB رقابي صحيح. يتم استخدام المعلومات التي يتم جمعها للإشراف على الرعاية الطبية المقدمة للعاملين المصابين ويجب التزويد بالمعلومات (20 CFR 702-419).

2. اسم وعنوان الطبيب أو المرفق الطبي المرخص له تقديم الخدمة الطبية. (يشمل مصطلح "طبيب" الأطباء الحاصلين على درجة الدكتوراه في الطب (MD)، والجراحين، وأطباء الأسنان، وأخصائيي علم النفس الإكلينيكي، وأخصائيي تصحيح البصر، وأخصائيي العظام والمعالجين اليدويين). تقتصر المبالغ المسددة للمعالجين اليدويين على رسوم الفحوص البدنية وما يتصل بها من اختبارات عملية وأشعة لتشخيص الخلع الجزئي للعمود الفقري والعلاج الذي يشمل علاج العمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي الذي تظهره الأشعة. انظر 20 CFR 702-404.

3. اسم الموظف (الكنية، الاسم الأول، الاسم الثاني)	4. تاريخ حدوث الإصابة (الشهر واليوم والسنة)	5. المهنة
6. كيفية حدوث الإصابة أو المرض		

7. يرخس لكم تقديم الخدمات الطبية للموظف على النحو التالي:
 - أ. ☐ إذا كنت ترى أن الحالة الصحية ذات صلة بالإصابة أو مهنة الموظف، قدم العلاج بالعيادة و/أو المستشفى حسبما يلزم في ضوء تأثيرات الإصابة.
 - ب. ☐ إذا تعذر عليك التأكد من وجود علاقة بين الحالة (الحالات) التي يتم تحديدها من خلال الفحص وبين الإصابة، يصرح لك بفحص الموظف باستخدام الدراسات التشخيصية غير الجراحية المبينة ويجب عليك أن تبادر بإخطار الأفراد المذكورين في البند 13 سواءاً كنت ترى أن الإعاقة ناجمة عن الإصابة المزعومة. ولحين إصدار آخر يمكنك تقديم العلاج التحفظي اللازم.
- يجب عليك تقديم تقرير كتابي بالعلاج الأول خلال 10 أيام لمدير المنطقة في المكتب المذكور في البند 12 أدناه (أنظر الجانب الخلفي لهذا النموذج للتعرف على التعليمات الخاصة بالتقرير الطبي وتقديم الرسوم المستحقة لك)**

8. توقيع المسئول المرخص ووظيفته (وقع على جميع النسخ)	9. اسم الموظف وعنوانه
10. الهاتف (كود المنطقة والرقم المحلي)	11. تاريخ الترخيص (الشهر واليوم والسنة)
12. أرسل نسخة من تقريرك إلى: وزارة العمل الأمريكية إدارة معايير العمل مكتب برامج تعويض العاملين U.S. Department of Labor Employment Standards Administration Office of Workers' Compensation Programs	13. اسم وعنوان شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن على نفسه الذين يرسل إليهم الفاتورة ونسخة من التقرير

بيان العبء العام

من المقدر أن العبء العام لوضع التقرير لجمع المعلومات يستغرق في المتوسط 65 دقيقة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم للاطلاع على التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الموجودة، وجمع المعلومات اللازمة وحفظها، واستكمال جمع المعلومات والإطلاع عليها. ترسل التعليقات الخاصة بهذا التقدير للعبء أو أي جوانب أخرى من هذا التجميع للمعلومات بما في ذلك اقتراحات تقليل هذا العبء إلى : US Department of Labor Division of Longshore and Harbor Workers' Compensation, 200 Constitution Avenue, N-W Washington, D.C. 29210. يحظر إرسال النموذج بعد ملء بياناته إلى هذا المكتب.

تم إعداد هذه الترجمة بواسطة شركة تأمين CNA Insurance بغرض استخدامها من قبل [المطالين/المؤمن عليهم] في توجيه المطالبات لشركة CNA Insurance.

الجزء ب: تقرير الطبيب المشرف على الإصابة والعلاج

تعليمات للطبيب: يجب استكمال هذا التقرير المبدئي وتقديمه في خلال 10 أيام. يتم إرسال الأصل بالبريد إلى مدير المنطقة (انظر البند 12 للتعرف على العنوان)، وصورة إلى الشركة المذكورة في البند 13. يجب رفع التقارير اللاحقة بالنظام على النموذج LS-204 و/أو بشكل مفصل أثناء تلقي الرعاية على يدك. يرجى الاطلاع على البند 7 على الجانب الأمامي لهذا النموذج. رقم الضمان الاجتماعي اختياري وهو يستخدم لأغراض تعريفية فقط.

14. ما هو تاريخ الإصابة أو المرض الذي أبلغك به الموظف؟

15. هل يوجد أي تاريخ أو دليل على وجود إصابة سابقة، أو مرض سابقة، أو إعاقة بدنية سابقة؟

☐ لا ☐ نعم - يرجى الشرح

16. ما هي النتائج التي توصلت إليها (بما في ذلك نتائج الأشعة، والاختبارات المعملية وخلافه)؟	17. ما هو تشخيصك؟
--	-------------------

18. هل تعتقد أن الحالة التي تم تشخيصها قد نجمت أو تفاقمت نتيجة نشاط العمل المذكور؟ (يرجى شرح إجابتك إذا ساورك الشك)

☐ نعم ☐ لا

19.أ. هل كانت الحالة تستدعي دخول المستشفى؟ ☐ لا ☐ نعم أكمل ب، ج، د ب. اسم المستشفى	20. هل من الضروري دخول المستشفى فترة أطول؟ ☐ لا ☐ نعم
---	--

ج. تاريخ الدخول (الشهر واليوم والسنة)

	د. تاريخ الخروج
--	-----------------

21. الجراحة (إن وجدت يرجى شرح نوعها)	22. تاريخ إجراء الجراحة (الشهر واليوم والسنة)
--------------------------------------	---

23. ما نوع العلاج الذي قدمته بخلاف دخول المستشفى أو إجراء الجراحة؟	24. ما هي التأثيرات الدائمة التي تتوقع أن تنجم عن الإصابة (إن وجدت) ؟
--	---

25. تاريخ الفحص الأول (الشهر واليوم والسنة)	26. تاريخ (تواريخ) العلاج (الشهر واليوم والسنة)	27. تاريخ انتهاء العلاج (الشهر واليوم والسنة)
--	--	---

28. فترة الإعاقة (إذا كان تاريخ الانتهاء غير معلوم – أذكر ذلك) (الشهر واليوم والسنة) العجز الكلي: من إلى العجز الجزئي: من إلى	29. التاريخ الذي يمكن للموظف فيه الرجوع إلى العمل (الشهر واليوم والسنة) ☐ العمل الخفيف ☐ العمل المعتاد
--	---

30. إذا كان باستطاعة الموظف الرجوع للعمل، هل تم إخطارها/إخطارها بذلك؟ ☐ لا ☐ نعم- أذكر تاريخ الإخطار (الشهر واليوم والسنة)

31. إذا لم يكن باستطاعة الموظف إلا العمل الخفيف، اذكر مواطن الضعف البدنية له ونوع العمل الذي يمكنه القيام به على نحو معقول في ظل ظروفه البدنية.

32. ملاحظات وتوصيات بشأن الرعاية المستقبلية، إن وجدت

33. هل أنت متخصص؟ ☐ لا ☐ نعم "اذكر تخصصك"

34. اسم الطبيب المطبوع وتوقيعه	35. العنوان (الرقم، الشارع، المدينة، الرقم البريدي)	36. رقم الضمان الاجتماعي للطبيب
--------------------------------	---	---------------------------------

37. تاريخ هذا التقرير (الشهر واليوم والسنة)

38. الفاتورة الطبية (يمكن عرض رسوم في المكان الوارد أدناه أو رأسية الفاتورة المرسلة بالبريد)

تاريخ العلاج أو مدته	يجب تفصيل بنود الخدمات والمستلزمات	الكمية أو العدد	سعر الوحدة		المبلغ
			للكل	التكلفة	
			الإجمالي		

تم إعداد هذه الترجمة بواسطة شركة تأمين CNA Insurance بغرض استخدامها من قبل [المطالبين/المؤمن عليهم] في توجيه المطالبات لشركة CNA Insurance.