

ولاية نيويورك - مجلس تعويض العمال (Workers' Compensation Board)

يتعين على أصحاب المطالبات الحصول على الاختبارات والفحوصات التشخيصية من خلال شبكة (شبكة) إجراء الاختبارات التشخيصية التابعة لشركة التأمين المحددة أدناه. ويتم إرسال هذا الإشعار إلى صاحب المطالبة ومقدم خدمة العلاج الطبي وفقاً للمادة أ-13 (7) من قانون تعويض العمال والباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 325-7. علماً بأن عدم إرسال الإشعار المطلوب يؤدي إلى إعفاء صاحب المطالبة من التزامه باستخدام شبكة (شبكة) إجراء الاختبار التشخيصي.

اكتب هنا بخط واضح اسم شركة التأمين

تاريخ الإشعار: _____

حدد الخانة المناسبة أدناه:

الإشعار المرسل إلى صاحب المطالبة

صاحب المطالبة: _____

الاسم الأول

أول حرف من اسم الأب

الاسم الأخير

رقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال: _____

(إن وجد)

العنوان البريدي: _____

رقم الحالة لدى شركة التأمين: _____

الإشعار المرسل إلى مقدم خدمة العلاج الطبي

اسم مقدم خدمة العلاج الطبي: _____

رقم التفويض: _____

العنوان البريدي: _____

حدد الاختبار أو الفحص التشخيصي الذي يجب على صاحب المطالبة تحديده موعده باستخدام شبكة إجراء الاختبار التشخيصي (حدد كل الخانات المناسبة):

 الكل التصوير بالرنين المغناطيسي الأشعة المقطعية مخطط كهربية العضل/دراسة التوصيل العصبي التشخيص بالموجات فوق الصوتية الأشعة السينية أسباب أخرى: _____

لتحديد موعد اختبار أو فحص تشخيصي، تواصل مع شبكة إجراء الاختبار التشخيصي المذكورة أدناه:

شبكة الاختبار التشخيصي:

حدد اسم شبكة إجراء الاختبار التشخيصي، وعنوانها، ورقم الهاتف المجاني، وأي عنوان ويب، أو معلومات للتواصل بالبريد الإلكتروني أدناه:

شبكة إجراء الاختبار التشخيصي: _____

العنوان البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ () رقم الفاكس: _____ ()

عنوان الويب: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

بيان بالحقوق والالتزامات - شبكات إجراء الاختبارات التشخيصية (وفقاً للمادة أ-13 (7) من قانون تعويض العمال والباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 325-7).

1. سيتلقى صاحب المطالبة الاسم، والعنوان، وأرقام هواتف خمسة [5] من مقدمي الخدمات على الأقل. يجب أن يكون مقدمو الخدمات على بُعد مسافة معقولة من منزل مقدم المطالبة أو عمله. ويجب أن توفر الشبكة لصاحب المطالبة جميع مقدمي الخدمات إذا كان هناك أقل من خمسة [5] من مقدمي الخدمات على بُعد مسافة معقولة.
2. يجب تحديد موعد الاختبار وإجرائه في غضون خمسة [5] أيام عمل من تاريخ تقديم الطلب. إذا كانت الشبكة تطلب من شركة التأمين اعتماد الاختبار، فيلزم إجراؤه أيضاً في غضون خمسة [5] أيام عمل من وقت تقديم طلب من الطبيب المعالج لصاحب المطالبة.
3. يجوز لصاحب المطالبة اختيار مقدم خدمة تابع لشبكة شركة التأمين من أجل إجراء الاختبار.
4. يجوز لصاحب المطالبة مناقشة أمر اختيار مقدم الخدمة مع طبيبه المعالج.
5. يجب على صاحب المطالبة مشاركة هذا الإشعار مع جميع أطبائه المعالجين.
6. لا يتعين على صاحب المطالبة إجراء الاختبار لدى مقدم خدمة تابع لشبكة شركة التأمين في الحالات التالية:
 - أ. لا يمكن لمقدم الخدمة تحديد موعد الاختبار في غضون خمسة [5] أيام عمل.
 - ب. اعترضت (عارضت) شركة التأمين على المطالبة، أو ستعترض عليها.
 - ج. في الحالات الطبية الطارئة.
 - د. بالنسبة للأشعة السينية التي تجرى في أثناء زيارة المكتب وتستخدم لتشخيص وعلاج: الكسور، أو الكسور المحتملة، أو خلع المفاصل، أو الأورام، أو الالتهابات، أو إرخاء عمليات الزراعة الجراحية، أو خلع المفاصل الاصطناعية، أو اضطراب العمود الفقري، أو متابعة الجراحة.
7. إذا لم ترسل شركة التأمين الإشعار المطلوب، فيجب أن تدفع شركة التأمين قيمة إجراء الاختبارات خارج الشبكة.
8. بناءً على تقديم طلب كتابي، ستوفر الشبكة فيلم تصوير الاختبار الفعلي، أو بياناته، أو الصور الرقمية إلى الطبيب المعالج الخاص بصاحب المطالبة. سيتم إرسال هذه العناصر إلى الطبيب المعالج الخاص بصاحب المطالبة مع التقرير أو في غضون ثلاثة [3] أيام عمل من استلام طلب خطي بذلك. يجوز للطبيب المعالج أن يطلب إجراء اختبار ثانٍ من الشبكة التابعة لشركة التأمين بغرض الحصول على تشخيص دقيق على النحو المنصوص عليه في إرشادات العلاج الطبي إذا لم تكن جودة الاختبار تفي بالغرض.
9. يحق لصاحب المطالبة استرداد التكاليف المعقولة المتكبدة في الانتقال إلى مقدم الخدمة ومنه.

تتوفر المزيد من المعلومات حول شبكات إجراء الاختبارات التشخيصية في الموضوع رقم 046-480 على موقع الويب الخاص بمجلس تعويض العمال تحت عنوان نشرات المجلس وأرقام المواضيع.