

يرجى ملاحظة أنك قد تكون مسؤولاً عن سداد التكاليف الطبية في حالة عدم تقديم مطالبة أو في حالة رفض المطالبة بالتعويض أو في حالة اعتماد اتفاق بموجب القسم 32 من قانون تعويضات العمال (WCL §32)

رقم الحالة المسجل لدى مجلس تعويضات العمال (إذا كان معروفاً)	مسؤول المطالبة/رقم المطالبة (إذا كان معروفاً)	تاريخ الإصابة	طبيعة الإصابة أو المرض	رقم الضمان الاجتماعي لمقدم المطالبة
مقدم المطالبة	الاسم	العنوان	رقم الشقة	
جهة العمل				
شركة التأمين				

قد تصبح مسؤولاً عن سداد التكاليف الطبية لعلاج مرضك أو حالتك الطبية إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية المذكور أدناه إذا (1) لم تقدم دعوى للمطالبة بالحصول على تعويضات العمال أو (2) قرر مجلس تعويضات العمال أن المرض أو الحالة الطبية التي تطلبت العلاج لم تكن نتيجة لحادث في مكان العمل مشمول بقابلية التعويض أو لمرض مهني أو (3) في حال تنفيذك للاتفاق واعتماده بموجب القسم 32 من قانون تعويضات العمال، الذي تنازل فيه عن حقلك في الاستقادة من الاستحقاقات الطبية من شركة التأمين المعنية بتعويضات العمال/جهة العمل المؤمنة تأميناً ذاتياً نظير العلاج/الخدمات التي تُنفذ بعد تاريخ اعتماد الاتفاق. إذا حدثت أي من الحالات المذكورة أعلاه، يمكن أن يطلب مقدم الخدمة منك مباشرة سداد قيمة الفاتورة عوضاً عن جهة العمل أو شركة التأمين، وستصبح مسؤولاً عن سداد الرسوم المستحقة للمقدم نظير الخدمات المقدمة.

أقر بموجب ذلك أنني قد قرأت ما هو مذكور أعلاه وفهمت الحالات التي بموجبها قد أصبح مسؤولاً عن سداد المدفوعات.

توقيع مقدم المطالبة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

اسم مقدم الخدمة وعنوانه \_\_\_\_\_

#### عناية مقدم المطالبة

تجيز الالانحة 1.23-325 لدى مجلس تعويضات العمال لمقدم خدمة الرعاية الصحية الخاص بك مطالبتك بتوقيع نموذج إشعار A-9 هذا. إن توقيع نموذج الإشعار هذا يعني أنك تقر بالتزامك بسداد الرسوم المستحقة لمقدم الخدمة نظير الخدمات التي تلقاها إذا تبين أن تلك الرسوم ليس مطلوباً سدادها قانونياً من جهة عملك أو شركة التأمين المتعاقدة معها جهة عملك المعنية بتعويضات العمال وأن تلك الرسوم ليست مشمولة في أي تأمين آخر. قد لا تكون جهة العمل أو شركة التأمين ملزمة بسداد الرسوم المستحقة لمقدم الخدمة، إذا، على سبيل المثال، لم تقدم مطالبة للحصول على تعويضات العمال أو لم تخطر جهة العمل بإصابتك أو مرضك أو لم تحضر جلسة الاستماع التي يعدها المجلس إذا استأنفت جهة العمل بشأن حقلك في الحصول على الاستحقاقات. حتى إذا بذلت جميع الجهود اللازمة لتقديم مطالبتك، وربما لا يزال مجلس تعويضات العمال يرى أنه لا يحق لك الحصول على الاستحقاقات. في مثل هذه الحالات، يُعلم هذا الإشعار مقدم الرعاية الصحية الخاصة بك بأنك تقر بمسؤوليتك الشخصية عن سداد فواتيره.

#### القسم 32 من قانون تعويضات العمال

يغطي إشعار A-9 الحالات التي يصل فيها مقدم المطالبة، الذي لديه قضية قائمة وسارية للحصول على تعويضات العمال، إلى اتفاق مع جهة العمل أو شركة التأمين لتسوية قضيتهم بما يتفق مع القسم 32 من قانون تعويضات العمال. يمكن أن يتضمن الاتفاق الذي تم التوصل إليه بموجب القسم 32 حكماً يعفي جهة العمل أو شركة التأمين من تحمل مسؤولية سداد رسوم الفواتير الطبية المستقبلية المرتبطة بالحالة. يمكن أن يطلب مقدم خدمة الرعاية الصحية منك توقيع نموذج إشعار A-9 هذا لضمان إقرارك بحمل المسؤولية الشخصية عن سداد رسوم فواتيره إذا تنازلت عن حقلك في الاستقادة من الاستحقاقات الطبية المستقبلية بموجب اتفاق القسم 32.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع محاميك أو ممثلك المفوض لحضور جلسة الاستماع، إذا كان يتوفر لديك أحدهما. يمكنك أيضاً التواصل مع مكتب المقاطعة المحلي التابع لمجلس تعويضات العمال.

#### عناية مقدم الرعاية الصحية

يهدف هذا الإشعار إلى إخطار مقدم المطالبة للحصول على تعويضات العمال بأنه قد يتحمل مسؤولية سداد المدفوعات المستحقة. إن عدم توقيع مقدم المطالبة على هذا النموذج لا يعفي مقدم الخدمة من الالتزام بمعالجة مقدم المطالبة ولا ينفى مسؤولية مقدم المطالبة عن سداد المدفوعات المستحقة.

احتفظ بالنسخة الأصلية من هذا النموذج ضمن سجلاتك وقدم نسخة إلى مقدم المطالبة. لا تقدم المطالبة إلى مجلس تعويضات العمال. ستلتقى إشعارات بالقرارات التي تشمل إمكانية الحصول على التعويض بموجب مطالبة أو إذن علاج أو سداد لرسوم الفواتير الطبية المستحقة. سيتم إخطارك أيضاً إذا قدم مقدم المطالبة اتفاق القسم 32 إلى المجلس لاعتماده. لا تطلب مقدم المطالبة بسداد رسوم الفواتير ما لم تتلقى إقراراً من المجلس يفيد بما يلي (1) عدم تقديم مقدم المطالبة دعوى للمطالبة أو (2) رفض المطالبة أو (3) عدم وجود علاقة سببية بين العلاج وإصابة العمل أو (4) اعتماد اتفاق القسم 32 الذي يعفي شركة التأمين من تحمل مسؤولية العلاج الطبي.