/ (فضلاً اقرأ الإرشادات خلف النموذج)

نموذج عمليات الأخطار المهنية

نوع الطلب: ﴿ ١. إصابة عمل ﴿ ٥. تصحيح بيانات إصابة ﴿ ٩. تحويل ملف مشترك لمستشفى/مكتب ﴿ ١٣. صرف بدلات يومية ﴿ ٢. وفاه بإصابة عمل ﴿ ٢. إلغاء بلاغ إصابة / انتكاسة ﴿ ١٠. صرف ترحيل عاجز/جثمان ﴿ ١٤. صرف تكاليف علاج ﴿ ٣. مرض مهٰي ﴿ ٧. تعميد استكمال علاج ﴿ ١٠. صرف تكاليف إقامة / نقل ﴿ ١٥. إعادة فتح إصابة
٤. انتكاسة /مضاعفة 🕥 ٨. عرض على اللجنة الطبية 🔃 ١٢. تحويل مستحقات مشترك خارج المملكة 🤍 ١٦. أخرى
بيانات المُنشأة (يتم تعبئتها في جميع الطلبات)
اسم المنشأة:
بيانات المشترك (يتم تعبئتها في جميع الطلبات)
اسم المشترك: رقم الاشتراك: رقم الهوية: صب: المدينة: رقم الهوية: رقم الهوية: رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:
تاريخ الإصابة (يتم تعبئتها في جميع الطلبات)
تاريخ الإصابة:
بيانات الإصابة (يتم تعبئها في حال اختيار طلب ٢،٢.٣،٤،٥)
تاريخ إبلاغ صاحب العمل: ساعة حدوث الإصابة: مكان حدوث الإصابة: تاريخ إبلاغ المشترك: المهنة الفعلية وقت الإصابة: أوقات العمل: تاريخ الانتكاسة/المضاعفة: أسماء جهات العلاج التي نقل اليها: الجهة المختصة التي باشرت الحادث: الجهة المختصة التي باشرت الحادث: مقر السكن: رقم الملف الطبي: الأعضاء المصابة: سبب الإصابة: وصف تفصيلي لكيفية حدوث الاصابة: سبب الإصابة:
ما هو الإجراء المتخذ من قبل إدارة المنشأة لإزالة مسببات الخطروتفادي تكرار الإصابة؟ (يتم تعبئها في حال اختيار طلب ٢٠٢٠١)
النفقات والتكاليف (يتم تعبئتها في حال اختيار طلب ١٠،١٢،١١،)
النفقات والتكاليف بمبلغ: ريال مدفوعة من قبل: المنشأة المشترك جهة علاج غير متعاقدة
توضيحات أخرى
إقرار
إقربصحة البيانات أعلاه واتعهد بدفع نفقات العلاج التي تحملتها المؤسسة وكل ما يترتب على ذلك إذا تبين أن الحالة ليست إصابة عمل وفقا للتعريف الوارد في المادة (٢٧) من نظام التأمينات الاجتماعية. تاريخ تقديم الطلب:
موظف خدمة العملاء:







إرشادات النموذج

إرشادات النموذج

- ١. إصابة عمل: وهو كل حادث يقع للمشترك أثناء العمل أويقع له بسبب العمل، أويقع أثناء طريقه من مسكنه إلى محل عمله وبالعكس، أو أثناء طريقه من محل عمله إلى المكان الذي يتناول فها عادة طعامه أو تأدية صلاته وبالعكس وتعد بذات الوصّف الحوادث التي تحدث أثناء تنقلات المشترك التي يقوم بها بقصد أداء مهمة كلفه بها صاحب العمل.
 - ٢. وفاة بسبب إصابة عمل: هي الوفاة الناتجة عن إصابة عمل وفقا لما ذكر أعلاه.
 - ٣. مرض مهي: وهو المرض الناتج عن ممارسة عمل لفترة زمنية أو مهنة معينة أو المدرجة ضمن جدول الأمراض المهنية.
 - ٤. انتكاسة/ مضاعفة: الانتكاسة معاودة الآلام لنفس موضع الإصابة السابق دون حدوث إصابة جديدة ، والمضاعفة : نشوء أوظهور حالة مرضية متعلقة بالإصابة السابقة.
 - ٥. تصحيح بيانات الإصابة: طلب تعديل بيانات الاصابة المدخلة من قبل صاحب العمل.
 - ٦. إلغاء بلاغ إصابة / انتكاسة: طلب إلغاء البلاغ المكرر من قبل صاحب العمل ، أوعدم وجود إصابة أوعدم مراجعة المصاب لجهة العلاج.
 - ٧. تعميد استكمال علاج: طلب المشترك أو صاحب العمل تعميد جهة علاج متعاقد معها لاستكمال علاج المصاب.
 - ٨. عرض على اللجنة الطبية: طلب يقدم من قبل المشترك او صاحب العمل لعرض المصاب على اللجنة لتقدير نسبة العجز المهنية.
 - ٩. تحويل ملف مشترك لمستشفي/مكتب: وهو بناء على طلب المشترك أو طلب صاحب العمل أو اللجنة الطبية لتحويله لجهة علاج أخرى متعاقد معها أو لمكتب أخر.
 - ١٠. صرف ترحيل عاجز/جثمان: يتم بقرار اللجنة الطبية لترحيل العاجز بمرافق أوبدون أو ترحيل جثمان متوفي نتيجة إصابة عمل.
 - ١١. صرف تكاليف إقامة/نقل: وهو مطالبة بما تم صرفه من قبل المشترك نظير تحويله لاستكمال علاجه في جهة علاجية خارج مدينة الإقامة (السكن) بناء على التوصيات الطبية.
 - ١٢. تحويل مستحقات مشترك خارج المملكة: طلب المشترك أو صاحب العمل بتحويل المستحقات التأمينية للمشترك (البدلات اليومية تعويض العجز المهي المقطوع) خارج المملكة.
 - ١٣. صرف بدلات يومية: طلب المشترك أو صاحب العمل بصرف البدلات اليومية في حال اختلاف عدد أيام الراحات المصروفة عن المقررة من الجهة المعالجة.
 - ١٤. صرف تكاليف علاج: طلب المشترك أو صاحب العمل بصرف قيمة تكاليف العلاج لجهة غير متعاقدة مع المؤسسة تم دفعها من أحدهما (للحالات الطارئة).
 - ١٥. إعادة فتح الإصابة: طلب إعادة فتح الإصابة الملغاة او المرفوضة بسبب عدم توفر المستندات.
 - ١٦. أخرى: أي خدمات يحتاج لها المشترك بناء على طلبه أو طلب صاحب العمل.

بيانات الإصابة وتشمل على ما يلى

- ١. تاريخ الإصابة وتاريخ إبلاغ صاحب العمل ، مقر السكن ،تاريخ الانتكاسة / المضاعفة
- ٢. ساعة حدوث الإصابة، المهنة الفعلية وقت حدوث الإصابة (مثل عامل تحميل، فني إنتاج،اسم جهة العلاج التي نقل اليها المصاب، رقم ملفه الطبي.
 - ٣. المكان التي حدثت فيه الإصابة (مثل الورشة، المستودع الطريق الخ).
 - ٤. الجهة المختصة التي باشرت الحادث (المرور، الشرطة، الدفاع المدني الخ).
 - ٥. الأعضاء المصابة (الرأس، اليد اليمني، الرجلالخ).
 - ٦. الوصف التفصيلي لكيفية حدوث الإصابة بشرح دقيق وواضح لطربقة حدوث الإصابة.

توضيحات أخرى: وبدون بها شرح لما تم ذكره من طلبات ومبرراتها وما يتم ارفاقه من مستندات متعلقة بالحالة.

المستندات المطلوب إرفاقها لكل خدمة

المستندات المطلوبة لكل خدمة	نوع الخدمة
صورة هوية المشترك + في حال راجع المصاب جهة علاج غير متعاقدة يتم إرفاق تقرير طبي مفصل و موضح فيه تاريخ أول زيارة و مدة التنويم و الراحة وعدد الزيارات	إصابة عمل
صورة هوية المشترك + صورة من شهادة الوفاة + صورة من بلاغ الوفاة + صورة من تقرير الوفاة + تقرير الجهة المختصة + عنوان الورثة	وفاة إصابة
صورة هوية المشترك + التقارير الطبية + ضوابط المرض المهني	مرض مهني
هوية المشترك + تقرير طبي + الأشعة القديمة والجديدة	انتكاسة / مضاعفة
لايوجد	تصحيح بيانات إصابة
لايوجد	إلغاء بلاغ إصابة / انتكاسة
تقرير طبي موضح فيه تاريخ أول زيارة استكمال العلاج	تعميد استكمال العلاج
صورة من هوية المشترك + تقرير طبي	عرض على اللجنة الطبية
يوضح طلب التحويل من قبل مقدم الطلب في بند أخرى في النموذج	تحويل ملف مشترك لمستشفى/ مكتب
صورة هوية المشترك + تقرير طبي + أصل فواتير النقل والتحنيط وإيصال التعصيل	صرف ترحيل عاجز/ جثمان
صورة من هوية المشترك + صورة من الموافقة على التحويل من المكتب المختص + أصل إيصال سداد الإيجار + صورة عقد إيجار السكن	صرف تكاليف اقامة / نقل
عنوان المشترك في دولته	تحويل مستحقات مشترك خارج المملكة
صورة من هوبة المشترك + تقرير طبي يوضح فترات التنويم أو الراحات	صرف البدلات اليومية
صورة من هوية المشترك + تقرير طبي مفصل + اصول فواتير العلاج + أصل إيصال السداد + تحديد من قام بالسداد + إجمالي المبلغ	صرف تكاليف علاج
المستندات التي رفضت الإصابة لعدم توفرها	إعادة فتح إصابة
أي خدمات قد يحتاجها المشترك أو المنشأة خلاف ما ذكر سابقا	أخرى







