

قرارات

وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية

(قطاع التأمينات)

قرار رقم ٦٥ لسنة ٢٠٠١

بشأن تعديل بعض أحكام قرار وزير التأمينات رقم ٢١٤ لسنة ١٩٧٧

فى شأن الأحكام التى تتبع فى صرف المزايا التأمينية

وزيرة التأمينات والشئون الاجتماعية

بعد الاطلاع على قانون التأمين الاجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ؛
وعلى قرار وزير التأمينات رقم ٢١٤ لسنة ١٩٧٧ فى شأن الأحكام التى تتبع
فى صرف المزايا التأمينية ؛

وعلى المذكرة المعروضة علينا بتاريخ ٢٠٠١/١٢/٥ ؛

قرر :

(المادة الاولى)

يستبدل بنص المادة (٧) من قرار وزير التأمينات رقم ٢١٤ لسنة ١٩٧٧ فى شأن الأحكام
التي تتبع فى صرف المزايا التأمينية ، النص الآتى :
« تثبت حالات العجز المشار إليها فى هذا القرار بشهادة من الهيئة العامة للتأمين
الصحي على النموذج رقم (١٠٢) المرافق .

وتختص مناطق ومكاتب التأمين الاجتماعى دون غيرها بإحالة المؤمن عليه إلى الهيئة
المشار إليها وذلك بناء على طلب صاحب العمل أو المؤمن عليه بموجب النموذج
رقم (١٠٢) مكرر المرافق .

ويراعى بالنسبة للمؤمن عليهم الذين يخضعون لكشف طبي دورى يحدد مدى
صلاحيتهم لمزاولة المهنة أو المستوى المهارى لمزاومتها أن تتضمن مستندات العرض
على الهيئة العامة للتأمين الصحى بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدورى
يحدد مدى صلاحية المؤمن عليه لمزاولة هذه المهنة ومستواه المهارى » .

(المادة الثانية)

ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ، ويعمل به اعتباراً من تاريخ صدوره .

تحريراً فى ٢٠٠١/١٢/٥

وزيرة التأمينات والشئون الاجتماعية

دكتورة / امينة الجندى

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعى

نموذج رقم (١٠٢) مكرر

صندوق التأمين الاجتماعى للعاملين

منطقة :

مكتب :

طلب تحويل للكشف الطبى لإثبات حالة العجز وتحديد نوعه

اسم المنشأة : رقم المنشأة :

عنوان المنشأة :

اسم المؤمن عليه : الرقم التأمينى :

المهنة : مستوى المهارة :

العنوان :

هل يخضع المؤمن عليه لكشف طبى دورى يحدد مدى صلاحيته لمزاولة المهنة ومستواه المهارى (نعم / لا)

سبب الإحالة إلى لجنة العجز :

ملخص تقرير اللجنة الطبية المنوط بها الكشف الدورى لتحديد مدى صلاحية المؤمن عليه لمزاولة المهنة

ومستواه المهارى :

.....

.....

.....

أقر بصحة البيانات الواردة بعاليه وبمسئوليتى فى حالة ثبوت عدم صحتها

(توقيع المؤمن عليه أو المدير المسئول)



السيد الدكتور / مدير

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو توقيع الكشف الطبى على المؤمن عليه الموضح بياناته بعاليه وموافاتنا بالنتيجة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

تحريراً فى : / / ٢٠٠

مدير المنطقة أو المكتب



ملحوظة :

يتم استبقاء بيانات هذا النموذج بمراجعة الإرشادات المبينة خلفه

إرشادات استيفاء النموذج (١٠٢ مكرر):

يقدم النموذج من المؤمن عليه أو المدير المسئول بالمنشأة إلى منطقة أو مكتب التأمين الاجتماعى المختص ، ويحرر من أصل وصورة مرفقاً به المستندات الطبية اللازمة للعرض على اللجنة الطبية (تقارير طبية - أشعات - تحاليل - إلخ) ، ويراعى فى استيفاء بياناته الآتى :

- ١ - يقصد بالمهنة : المهنة التى يشغلها المؤمن عليه فى تاريخ تقديم الطلب .
- ٢ - يقصد بمسئوى المهارة : درجة المهارة فى المهنة (مثال : سائق درجة أولى / درجة ثانية / درجة ثالثة / إلخ) .
- ٣ - يدرج فى الخانة المخصصة لسبب الإحالة إلى لجنة العجز أى من الأسباب الآتية :
 - إثبات عجز مرضى مستديم .
 - إثبات عجز إصابى مستديم وتحديد درجته .
 - إعادة فحص .
 - تكرار إصابة
- ٤ - يرفق بالنموذج بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدورى موضحاً به أى من الآتى :

عدم الصلاحية لمزاولة المهنة بأى مستوى من مستوياتها المهنية .

عدم الصلاحية لمزاولة المهنة مع إمكان قيام المؤمن عليه بمزاولة المهنة بمستوى مهارى أدنى وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم الذين يخضعون لكشف طبي دورى يحدد مدى صلاحيتهم لمزاولة المهنة أو المستوى المهارى لمزاولتها ، وعلى الأخص الفئات الآتية :

(أ) السائقون العاملون بالحكومة أو الهيئات العامة أو القطاع العام أو الأعمال العام أو الخاص .

(ب) السائقون المهنيون .

(ج) المؤمن عليهم المعرضون للإصابة بأحد الأمراض المهنية الذين يراولون أحد الأعمال الوارد ذكرها بجدول أمراض المهنة رقم (١) المرفق بقانون التأمين الاجتماعى

الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥