

IMPORTANTE

- o **Finalidad del parte:** el contenido de este parte es el asesoramiento médico para que el órgano de personal donde el mutualista presta servicios resuelva la concesión de la licencia por enfermedad, requisito imprescindible para declarar la situación de incapacidad temporal (art. 88 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, RD 375/2010, de 28 de marzo)
- o **Plazos:** el ejemplar para la Administración del parte inicial debe aportarlo el mutualista a su órgano de personal durante los cuatro primeros días hábiles desde el inicio de la situación. El del parte de confirmación, durante los tres días hábiles siguientes a su expedición. El del parte de alta, al día hábil siguiente a su expedición.
- o **Partes sucesivos:** es necesario acudir a la consulta del médico con el parte de baja o confirmación inmediatamente anterior.
- o **Validez del parte:** La información solicitada es obligatoria para la validez del parte, que debe ser cumplimentado y firmado por el médico que atiende al mutualista.
- o **Definición de recaída:** es el proceso patológico que sucede en los 180 días naturales siguientes a la finalización de uno anterior de la misma o similar patología. El médico indicará en el parte si el nuevo proceso iniciado es recaída de otro anterior.

2.1 Codificación del parte: se requiere la codificación del **diagnóstico** en **CIE 10 ES**. El formato admitido se muestra en la siguiente tabla. Los campos a la derecha del punto pueden ir en blanco o cumplimentados desde uno a cuatro caracteres alfanuméricos.

x	x	x	•	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---

Los **códigos de procedimiento no se admiten** en los partes de IT. Si es el caso, **ampliar el diagnóstico codificado** usando el apartado 2.5. Además, los códigos **CIE-10-ES de diagnóstico** que empiezan por algunas de las siguientes letras **no son válidos** por tratarse de **diagnósticos secundarios** o factores externos que precisan de un código de diagnóstico principal: **P, U, V, W, X** e **Y** (excepto U07.1 y U09.9).

2.3 Descripción del diagnóstico: solo en el ejemplar destinado al mutualista.

2.5 Información para completar el diagnóstico: intervención quirúrgica, hospitalización u otra circunstancia, procedimiento o técnica diagnóstica.

2.6 Periodicidad y duración de los partes: el parte inicial y sucesivos de confirmación se expedirán, con carácter general, por 15 días, salvo que el proceso patológico tenga una duración inferior, en que el parte abarcará el tiempo que el médico considere en función de la duración probable del proceso patológico. Excepcionalmente y por motivos de mejor asistencia al paciente, el parte puede abarcar más de 15 días, con un máximo de 30 días entre partes.

2.7 Casilla “sin variaciones”: se utilizará en los partes de confirmación firmados por el mismo facultativo que expidió el inicial o el inmediato anterior de confirmación, si el diagnóstico es el mismo. De este modo no será necesario rellenar de nuevo los datos médicos ya aportados.

3. El informe adicional de ratificación acompaña a los partes de confirmación del 10º y 16º mes, y solicitan del médico su criterio sobre la evolución del proceso y las posibilidades de recuperación o de incapacidad permanente. Si es el de **10º mes**, se pronunciará sobre **3.1 o 3.2**. Si es el de **16º mes**, sobre **3.2 y 3.3**.