

## PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

PARTE INICIAL	RECAIDA SI □ NO □						
* Recuerde llevar el parte inmediato anterior siempre que vaya a la consulta de	<del>_</del>						
PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)							
Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual	Fallecimiento						
Causa Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio	Agotamiento del plazo máximo						
Posible nueva situación de IT	Comienzo del permiso por maternidad						
. DATOS IDENTIFICATIVOS							
1.1 MUTUALISTA							
Primer apellido							
Número de afiliación	Nº de DNI:						
Teléfono: Correo @	Entidad						
O FACILITATIVO							
I.2 FACULTATIVO № de colegiado							
Apellidos y nombre:							
Especialidad:							
2. DATOS MÉDICOS							
2.1 CIE 10 ES diagnóstico	2.2 Duración probable (días)						
2.3 Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):							
2.0 Description del diagnostico (defendias y su evolución).							
2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional							
2.5 Indicar, si procede:							
Intervención quirúrgica	Hospitalización						
☐ Intervención quirúrgica ☐ Tratamiento quimio-radioterapia	Hospitalización Otro procedimiento						
Intervención quirúrgica	Otro procedimiento						

Firma del facultativo del parte

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abrilde 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: http://www.muface.es/protecciondedatos Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad:



## PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Posible nueva situación de IT	FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)									
PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)    Causa   Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual   Fallecimic   Agotamie   Posible nueva situación de IT   Comienzo   Comienzo   Posible nueva situación de IT   Comienzo   Comienzo   Posible nueva situación de IT   Comienzo   Posible nueva situación de IT   Comienzo   Posible nueva situación de IT   Posible nueva situación de IT   Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la 3.2   Posible incapacidad permanente.  3. 3   Necesidad manterimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.	NO									
Causa del alta:	100 ut 5u 11									
del alta:	ento									
Posible nueva situación de IT	ento del plazo máximo									
1.1 MUTUALISTA  Primer apellido	o del permiso por maternidad									
Primer apellido										
Número de afiliación:  Telétono:  Correo ②  1.2 FACULTATIVO  Nº de colegiado  Apellidos y nombre:  Especialidad:  2. DATOS MÉDICOS  2.1 CIE 10 ES diagnóstico  2.2 Duración prot  2.5 Indicar, si procede:  Intervención quirúrgica  Intervención quirúrgica  Tratamiento quimio-radioterapia  DATOS ESPECÍFICOS  2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte  2.7 Sin variaciones  Nº de DNI:  Nº de Correo ②  LE  LE  LE  LE  LE  LE  LE  LE  LE  L										
Teléfono: Correo ②	Nombre									
1.2 FACULTATIVO  Nº de colegiado  Apellidos y nombre:										
Nº de colegiado  Apellidos y nombre:	Entidad									
Apellidos y nombre:										
Especialidad:  2. DATOS MÉDICOS  2.1 CIE 10 ES diagnóstico  2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional  2.5 Indicar, si procede:										
2. DATOS MÉDICOS  2.1 CIE 10 ES diagnóstico										
2.1 CIE 10 ES diagnóstico  2.2 Duración prot  2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional  2.5 Indicar, si procede:  ☐ Intervención quirúrgica ☐ Tratamiento quimio-radioterapia ☐ Otro prod  DATOS ESPECÍFICOS  2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte  2.7 Sin variaciones ☐  3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la 3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.  3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.										
2.5 Indicar, si procede:    Intervención quirúrgica	pable (días)									
Intervención quirúrgica										
Tratamiento quimio-radioterapia ☐ Otro producto DATOS ESPECÍFICOS  2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte 2.7 Sin variaciones ☐  3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de 13.2 ☐ Posible incapacidad permanente.  3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.										
DATOS ESPECÍFICOS  2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte  2.7 Sin variaciones  3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de 13.2 Posible incapacidad permanente.  3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.										
<ul> <li>2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte 2.7 Sin variaciones</li> <li>3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de Valoración de la situación (marcar una opción):</li> <li>3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de 3.2 Posible incapacidad permanente.</li> <li>3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.</li> </ul>	ceaimiento									
2.7 Sin variaciones  3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la 3.2 Posible incapacidad permanente.  3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.	a días (máximo 30)									
Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la 3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.  3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.										
Valoración de la situación (marcar una opción):  3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la 3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.  3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.										
<ul> <li>3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de l</li> <li>3.2 Posible incapacidad permanente.</li> <li>3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.</li> </ul>	de confirmación del 10º o el 16º mes									
<ul> <li>3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.</li> <li>3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.</li> </ul>										
3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.	la situación.									
Justificación de la opción elegida										

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abrilde 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: http://www.muface.es/protecciondedatos Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

Firma del facultativo del parte



## PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

## **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.
- 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.

х	х	х	•	х	х	х	Х

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 10° y 16° 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 10° mes, se pronunciará sobre 3.1 o 3.2. Si es el de 16° mes, sobre 3.2 y 3.3.