



## PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)		
PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN № ☐ Marcar si RECAIDA ☐		
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	
1. DATOS IDENTIFICATIVOS		
1.1 MUTUALISTA		
Primer apellido Segundo apellido	Nombre	
Número de afiliación	Nº de DNI:	
Teléfono: Correo @	Entidad	
35.55		
1.2 FACULTATIVO		
Nº de colegiado		
Apellidos y nombre:		
Especialidad:		
,		
2. DATOS MÉDICOS  2.1 CIE 10 ES diagnóstico	2.2 Duración probable (días)	
2.1 CIE 10 E3 diagnostico	2.2 Duracion probable (dias)	
2.3 Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):		
2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional		
2.5 Indicar, si procede:		
☐ Intervención quirúrgica	Hospitalización	
Tratamiento quimio-radioterapia	Otro procedimiento	
DATOS ESPECÍFICOS  2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a días (máximo 30)  2.7 Sin variaciones		
3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que ac	compaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes	
Valoración de la situación (marcar una opción):		
<ul><li>3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.</li><li>3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.</li></ul>		
3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.		
Justificación de la opción elegida		
	de de 20	

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:

Firma del facultativo del parte





## PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)		
PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN № ☐ Marcar si RECAIDA ☐		
PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)		
Causa del alta:  Causa idel alta:  Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio Posible nueva situación de IT	☐ Fallecimiento ☐ Agotamiento del plazo máximo ☐ Comienzo del permiso por maternidad	
1. DATOS IDENTIFICATIVOS 1.1 MUTUALISTA		
Primer apellido Segundo apellido	Nombre	
Número de afiliación:	Nº de DNI:	
Teléfono: Correo @	Entidad	
1.2 FACULTATIVO  Nº de colegiado  Apellidos y nombre:  Especialidad:		
2. DATOS MÉDICOS		
2.1 CIE 10 ES diagnóstico	2.2 Duración probable (días)	
2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional		
2.5 Indicar, si procede:		
☐ Intervención quirúrgica	Hospitalización	
Tratamiento quimio-radioterapia	Otro procedimiento	
DATOS ESPECÍFICOS	del refeire and a discourse 20)	
2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición     2.7 Sin variaciones	del próximo parte a días (máximo 30)	
3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes		
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 situación.		
3.2 ☐ Posible incapacidad permanente. 3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.		
Justificación de la opción elegida		
	de de de 20	

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

Firma del facultativo del parte

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



## 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.
- 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.



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

- 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 de los partes**: deben expedirse quincenalmente, pero si por motivos de mejor asistencia al paciente es preciso demorar esta frecuencia, podrán expedirse por más tiempo, con un máximo de 30 días entre cada parte.
- **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.