

## SITUACIONES DE IT DEL PERSONAL DOCENTE - MUFACE

Con el inicio del nuevo curso escolar 2024/2025, vemos conveniente volver a remitir el **‘MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE MUFACE’**, para su **DIFUSIÓN** entre todo el personal docente funcionario de carrera, **estén o no en situación de IT**.

**\*\*\* ROGAMOS SEGUIR TODAS LAS ESPECIFICACIONES RECOGIDAS \*\*\***

**LOS PARTES QUE NO CUMPLAN ESTAS INSTRUCCIONES NO PODRÁN TRAMITARSE, PUDIENDO AFECTAR A LAS PETICIONES DE SUSTITUCIÓN (SIPRI), AL RETRASO EN EL PAGO DE RETRIBUCIONES DE MUFACE, ...**

### 1. ¿QUIÉN DEBE ENTREGAR PARTES DE IT DE MUFACE?

Forman parte del **MUTUALISMO ADMINISTRATIVO** (*mecanismo de cobertura del Régimen Especial de la Seguridad Social para los funcionarios Civiles del Estado*) y, por tanto, quedan **ACOGIDOS A MUFACE**:

- Personal **docente funcionario de carrera** de la Administración Civil del Estado
- Personal **docente funcionario en prácticas** que aspire a ingresar en los Cuerpos de dicha Administración.

El personal anteriormente citado **PUEDA ESCOGER** entre recibir la asistencia sanitaria a través de:

**(1) Servicio público de salud** (Médico de cabecera del SAS) ó **(2) Entidades concertadas privadas** (Adeslas, Asisa y DKV).

**\*\*\* EN AMBOS CASOS, DEBEN ENTREGAR PARTES DE IT MODELO MUFACE, aún cuando el personal docente acuda al médico de la Seguridad Social, por lo que NO SE ADMITIRÁN PARTES DE IT DE LA SEGURIDAD SOCIAL \*\*\***

### 2. INSTRUCCIONES BÁSICAS SOBRE PARTES DE IT.

- Se expiden **2 COPIAS**: (1) un **ejemplar para la persona mutualista** y (2) **otro para la Administración**, siendo **esta última copia LA QUE DEBE ENTREGARSE AL CENTRO EDUCATIVO**, que es la que se subirá a la ‘Ausencia en Séneca’.
- Las situaciones ‘Baja’, ‘Confirmación’ y ‘Alta’ **NO SE PUEDEN CUMPLIMENTAR EN UN MISMO PARTE**. Cada situación deberá ir cumplimentada en **PARTES INDEPENDIENTES**.
- Es muy importante **COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA**, tal y como se indica en el **‘MANUAL’ QUE SE EXPONE EN LAS SIGUIENTES PÁGINAS**.

# BAJA INICIAL

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL  PARTE CONFIRMACIÓN Nº ..... RECAÍDA SI  NO

\* Recuerda llevar el parte inmediato anterior siempre que vaya a la consulta de reconocimiento médico de su IT \*

[Si es una baja inicial, en esta zona sombreada NO debe cumplimentarse NADA]

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 químico-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 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 .....

Firma del facultativo del parte ..... de ..... de 20.....

## 1. FECHA DE INICIO SITUACIÓN: indica el inicio de la baja por IT.

Esta fecha debe ser **IGUAL EN TODOS LOS PARTES** tras la baja inicial. Ej: si la baja se inicia el 01/09/2024, debe aparecer como fecha de inicio de la situación en la 'BAJA INICIAL', en los partes de 'CONFIRMACIÓN' y en el parte de 'ALTA'.

(\* Si es RECAÍDA DE UN PROCESO ANTERIOR, la fecha de inicio de situación será la de la NUEVA BAJA, NO la del proceso anterior del que es recaída.

## 2. Marcar con una X la casilla 'PARTE INICIAL'.

## 3. Datos identificativos del mutualista y del facultativo.

Como **MÍNIMO** deben rellenarse los datos marcados:

- **DATOS MUTUALISTA:** **APELLIDOS, NOMBRE y DNI** deben aparecer en **TODOS LOS PARTES**.

- **DATOS FACULTATIVO:** **TODOS** los partes **DEBEN IR FIRMADOS y SELLADOS** por la persona facultativa, correctamente identificada.

## 4. Datos médicos.

- **DURACIÓN PROBABLE:** indica **duración probable de la enfermedad** (según corta o larga duración del proceso), pero **NO indica la duración del parte**.

- **DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD:** debe indicarse en **CIE-10 Diagnósticos (código alfanumérico)**. Ej: **M54.50** → **el primer dígito siempre es una letra y el resto de dígitos son números**.

\* **NO SE ADMITEN** códigos **CIE-9** (sólo numérico, ej: 724.5) ni **Procedimientos Quirúrgicos** (números y letras intercaladas, ej: 0HC.T0ZZ).

- **PLAZO EXPEDICIÓN PRÓXIMO PARTE:** indica la **duración del parte**. Si no se indica nada, serán **15 días naturales** (es lo habitual). Para otra frecuencia, **DEBE INDICARSE EXPRESAMENTE**, hasta un **MÁXIMO DE 30 DÍAS**.

## 5. Firma y fecha del parte

- **Firma del facultativo y fecha en la que se expide el parte de baja inicial.**

- Esta fecha **no tiene por qué coincidir** con la 'FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN', ya que es la fecha en la que se acude al médico y puede ser diferente a la fecha de inicio de la baja.

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 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 facilitan 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 en: <http://www.muface.es/protecciondedatos> y en Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad

# PARTE DE CONFIRMACIÓN

**MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA** **muface**

**PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL  PARTE CONFIRMACIÓN Nº  RECAIDA SI  NO

*\* Recuerde llevar el parte inmediato anterior siempre que suponga la consulta de reconocimiento médico de su IT \**

PARTE ALTA - Fecha (dd/mm/aaaa)

**[Si es un parte de confirmación, en esta zona sombreada NO debe cumplimentarse NADA]**

Posible nueva situación de IT  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 químico-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 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 20.....

Firma del facultativo del parte

## 1. Fecha de inicio situación: fecha de baja inicial.

Esta fecha debe ser **IGUAL EN TODOS LOS PARTES.**

## 2. Indicar el número de parte de confirmación.

- **01:** el primer parte de confirmación después de la baja inicial.

- **02, 03, ...** para sucesivos partes. Importante **seguir la numeración correcta.**

## 3. Datos identificativos del mutualista y del facultativo.

Como **MÍNIMO** deben rellenarse los datos marcados:

- **DATOS MUTUALISTA:** **APELLIDOS, NOMBRE y DNI** deben aparecer en **TODOS LOS PARTES.**

- **DATOS FACULTATIVO:** **TODOS** los partes **DEBEN IR FIRMADOS y SELLADOS** por la persona facultativa, correctamente identificada.

## 4. Datos médicos.

- Debe mantenerse **EL MISMO CÓDIGO CIE-10** de los partes anteriores.

**(\* SI SE PRODUCE UN CAMBIO DE DIAGNÓSTICO** entre el parte de confirmación y el parte de baja inicial, se deben tratar como **BAJAS INDEPENDIENTES** la una de la otra. Es decir, hay que tramitar un **ALTA** para la baja en curso y una **NUEVA BAJA** con el nuevo código de enfermedad.

- **PLAZO EXPEDICIÓN PRÓXIMO PARTE:** indica la **duración del parte**. Si no se indica nada, serán **15 días naturales** (es lo habitual). Para otra frecuencia, **DEBE INDICARSE EXPRESAMENTE,** hasta un **MÁXIMO DE 30 DÍAS.**

## 5. Firma y fecha del parte

- **Firma del facultativo y fecha en la que se expide** el parte de confirmación. Esta será la **fecha que aparecerá en la RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN DE LICENCIA POR IT,** por lo que **debe haber una continuidad** con respecto al periodo de concesión anterior.

*Ej: si el parte de confirmación 01 se expide el día 15/09 con 15 días de duración, el parte de confirmación 02 deberá expedirse el día 30/09.*

# PARTE DE ALTA

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

[Si es un parte de ALTA, en esta zona sombreada NO debe cumplirse NADA]

PARTE ALTA - Fecha (dd/mm/aaaa)

Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual  
 Fallecimiento  
 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. Fecha de inicio situación: fecha de baja inicial.**  
 Esta fecha debe ser **IGUAL EN TODOS LOS PARTES**.

**2. Marcar una X la casilla 'PARTE ALTA' y la 'CAUSA DE ALTA'.**  
 (\*) Debe indicarse **OBLIGATORIAMENTE** la **FECHA DE ALTA**.

**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: .....

**3. Datos identificativos del mutualista y del facultativo.**

Como **MÍNIMO** deben rellenarse los datos marcados:

- **DATOS MUTUALISTA: APELLIDOS, NOMBRE y DNI** deben aparecer en **TODOS LOS PARTES**.
- **DATOS FACULTATIVO: TODOS** los partes **DEBEN IR FIRMADOS y SELLADOS** por la persona facultativa, correctamente identificada.

**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  
 Tratamiento químico-radioterapia  
 Hospitalización  
 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

**4. Datos médicos.**

- Debe mantenerse **EL MISMO CÓDIGO CIE-10** de los partes anteriores.
- **No es necesario indicar duración** de enfermedad ni duración del parte, ya que **EL PARTE DE ALTA NO TIENE DURACIÓN**.

**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 20....

Firma del facultativo del parte

**5. Firma y fecha del parte**

- **Firma del facultativo y fecha en la que se expide el parte de ALTA.**
- **LA FECHA DE FIRMA NO SE CONSIDERARÁ COMO LA FECHA DE ALTA**, por lo que es **OBLIGATORIO** que se **RELLENE** la casilla "PARTE DE ALTA".

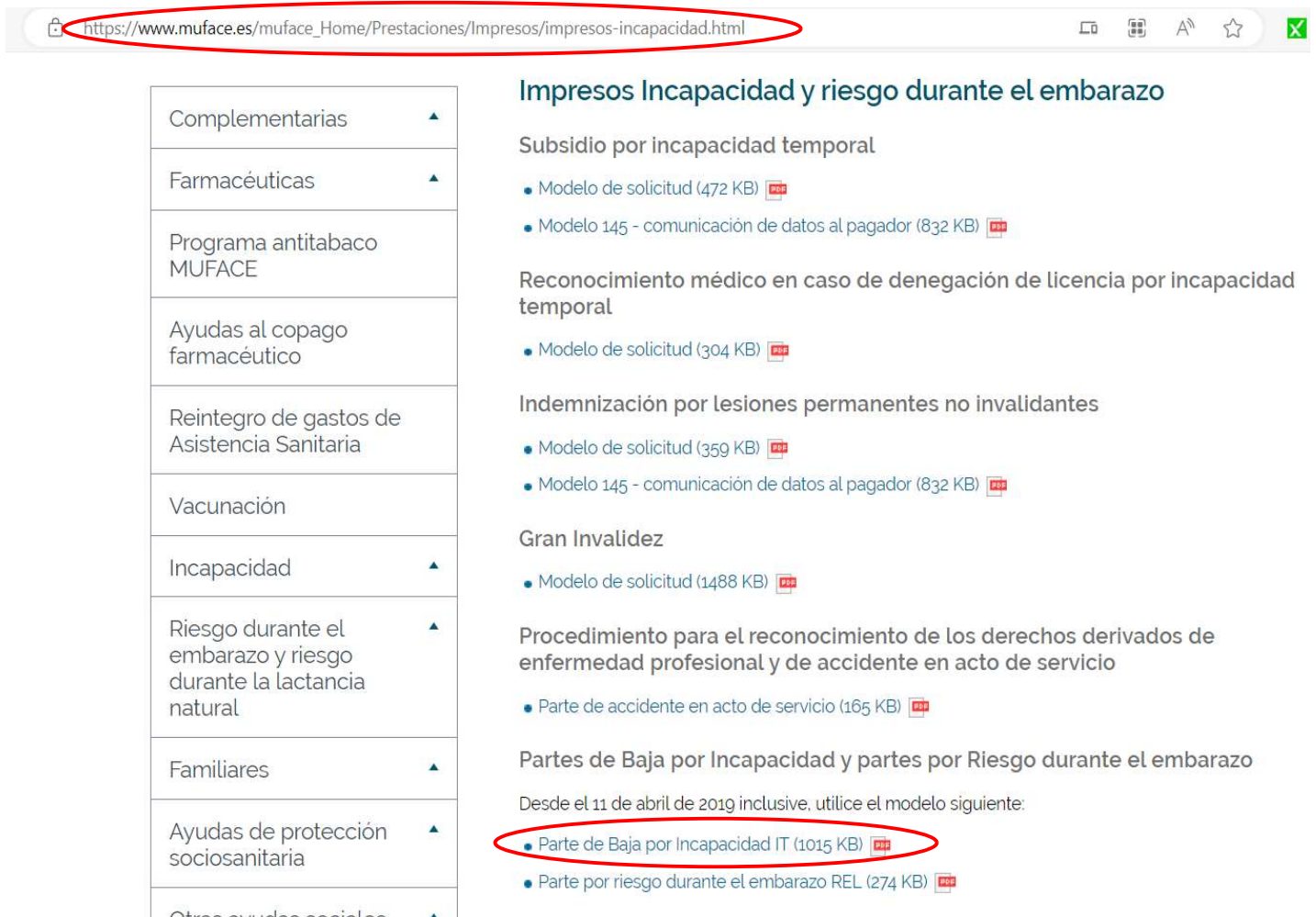
DPS- 11007.2 (03/24) Ejemplar para la ADMINISTRACIÓN

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 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 Mutuismo 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 de protección de datos ante el Directoría del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.  
 Más información en: <http://www.muface.es/protecciondedatos> y en Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

### ■ **Para la descarga del último modelo vigente de parte para las situaciones de IT:**

[https://www.muface.es/muface\\_Home/Prestaciones/Impresos/impresos-incapacidad.html](https://www.muface.es/muface_Home/Prestaciones/Impresos/impresos-incapacidad.html)



The screenshot shows a web browser window with the URL [https://www.muface.es/muface\\_Home/Prestaciones/Impresos/impresos-incapacidad.html](https://www.muface.es/muface_Home/Prestaciones/Impresos/impresos-incapacidad.html) highlighted in red. The page content is as follows:

Complementarias ▲	<h3>Impresos Incapacidad y riesgo durante el embarazo</h3> <p><b>Subsidio por incapacidad temporal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Modelo de solicitud (472 KB) PDF</li><li>Modelo 145 - comunicación de datos al pagador (832 KB) PDF</li></ul> <p><b>Reconocimiento médico en caso de denegación de licencia por incapacidad temporal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Modelo de solicitud (304 KB) PDF</li></ul> <p><b>Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Modelo de solicitud (359 KB) PDF</li><li>Modelo 145 - comunicación de datos al pagador (832 KB) PDF</li></ul> <p><b>Gran Invalidez</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Modelo de solicitud (1488 KB) PDF</li></ul> <p><b>Procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Parte de accidente en acto de servicio (165 KB) PDF</li></ul> <p><b>Partes de Baja por Incapacidad y partes por Riesgo durante el embarazo</b></p> <p>Desde el 11 de abril de 2019 inclusive, utilice el modelo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Parte de Baja por Incapacidad IT (1015 KB) PDF</b></li><li>Parte por riesgo durante el embarazo REL (274 KB) PDF</li></ul>
Farmacéuticas ▲	
Programa antitabaco MUFACE	
Ayudas al copago farmacéutico	
Reintegro de gastos de Asistencia Sanitaria	
Vacunación	
Incapacidad ▲	
Riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural ▲	
Familiares ▲	
Ayudas de protección sociosanitaria ▲	
Otros ayudas sociales ▲	

### ■ **Normativa de aplicación:**

Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2000/06/23/4/con>

Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/30/pre1744/con>