

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



- RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
- RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T (MES 16º)
- Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA

Código CIE-9-MC

Duración probable: Días

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:.....	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad:.....	
			Entidad médica:.....	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>2</b>	<b>I N F O R M E  M É D I C O</b>	<p>A) Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:</p> <p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Possible incapacidad permanente</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</i></p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>
----------	---	--

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, 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](mailto:DPDMuface@muface.es)

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)  
 RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)  
  Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA

Código CIE-9-MC   

Duración probable:    Días   

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: ..... Especialidad: ..... Entidad médica: ..... Fecha __/__/____      Lugar: ..... Firma: ..... Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Nombre	Número de afiliación		

<b>2</b>	<b>I N F O R M E  M É D I C O</b>
	<p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p> <input type="checkbox"/> <i>Possible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</i>  <input type="checkbox"/> <i>Possible incapacidad permanente</i>  <input type="checkbox"/> <i>Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</i> </p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>

DPS 11003.2 (0618) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE) 2016/679, 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](mailto:DPDMuface@muface.es)

SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL - INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN



<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PARA PRÓRROGA DE I.T. (MES 10º)
<input type="checkbox"/> RATIFICACIÓN PREVIA A LA EXTINCIÓN DE SITUACIÓN DE I.T. (MES 16º)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA
Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Duración probable: Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>1</b>	<b>MUTUALISTA</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: .....	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad: .....	
			Entidad médica: .....	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>2</b>	<b>I N F O R M E  M É D I C O</b>
	<p>B) Valoración de la situación (marcar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación</p> <p><input type="checkbox"/> Posible incapacidad permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días</p> <p>Justificación de la opción elegida:</p>

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE)2016/679, 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](mailto:DPDMuface@muface.es)

DPS 11003.3 (06/18) Ejemplar para que el Órgano de Personal envíe a MUFACE



## SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

### INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN

#### **INSTRUCCIONES**

Los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el décimo y el decimosexto mes, en su caso, desde el inicio de la situación de incapacidad temporal deberán ir acompañados de un informe médico adicional de ratificación.

#### **DATOS GENERALES**

Este documento es **indispensable** para que el órgano de personal adopte la decisión que corresponda en cuanto a la prórroga de la situación de incapacidad temporal más allá de los 365 días desde el inicio del proceso patológico, y en su caso, para la continuidad de los efectos de la incapacidad temporal, una vez agotado el período de 545 días. Estos informes deberán acompañar a los partes de confirmación correspondientes a los periodos en que se cumpla el 10º mes y en su caso el 16º.

- El impreso consta de tres ejemplares.
- **Todos los datos** deberán ser **anotados por el médico** de la Entidad o del Servicio Público de Salud al que esté adscrito el mutualista, al efectuar el reconocimiento que corresponda al parte de confirmación referente al periodo en que se cumpla el mes 10º y, en su caso, el mes 16º.
- Se marcarán con una "X" los recuadros necesarios para señalar el tipo de informe médico que se expide (informe de ratificación para prórroga de I.T o informe de ratificación previo a la extinción de I.T).
- Se anotarán los dos dígitos que correspondan al *parte de confirmación* del que este informe es complementario.

#### **DATOS ESPECÍFICOS**

- El diagnóstico irá con el correspondiente código estandarizado (CIE-9-MC) en los tres ejemplares.
- En el apartado *duración probable* se indicará el tiempo, en días, durante el que se considera que persistirán las condiciones que impiden al mutualista incorporarse a su puesto de trabajo, computado a partir de la fecha de expedición de este informe.

#### **INFORMES MÉDICOS DE RATIFICACIÓN**

##### A. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PARA LA CONCESIÓN DE PRÓRROGA. (correspondiente al mes 10º).

En este informe deberán constar las dolencias padecidas por el mutualista y la presunción médica de que:

- a) El mutualista podría llegar a ser dado de alta por curación o mejoría antes de cumplirse quinientos cuarenta y cinco días naturales desde el inicio de la situación, o
- b) Se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. En este caso el órgano de personal tendrá que iniciar de oficio el procedimiento de jubilación ante el órgano competente.

##### B. INFORME ADICIONAL DE RATIFICACIÓN PREVIO A LA EXTINCIÓN DE LA SITUACIÓN (correspondiente al mes 16º)

Se pronunciará sobre los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener para el mutualista los efectos de la incapacidad temporal, más allá del período de 545 días o, bien, señalará que se trata de un proceso que podría calificarse de incapacidad permanente. El órgano de personal debe, en ambos casos, iniciar de oficio el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente.