

ANEXO I

**Parte Médico para situaciones de incapacidad natural, riesgo durante el embarazo
y riesgo durante la lactancia natural**


Fecha inicio __/__/____

☐ PARTE INICIAL☐ N° PARTE SUCESIVO
O DE CONFIRMACIÓNRECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐☐ INCAPACIDAD
TEMPORAL☐ RIESGO DURANTE
EL EMBARAZO☐ RIESGO DURANTE
LA LACTANCIA
NATURAL☐ ALTA - Fecha __/__/____ Causa:☐ Curación☐ Mejoría que permite trabajo habitual☐ Posible nueva situación de IT☐ Fallecimiento☐ Agotamiento del plazo máximo☐ Interrupción embarazo o lactancia natural

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha __/__/____ Lugar: Firma: N° de colegiado: _____	
2	Código CIE-9-MC _____		Duración probable: _____ días _____	
	Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):			
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional:			
	DATOS ESPECÍFICOS			
- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte:		días _____ (máximo 30)		
- Sin variaciones ☐				

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

Ejemplar para el/la MUTUALISTA

I
N
F
O
R
M
E

M
É
D
I
C
O

**Parte Médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo
y riesgo durante la lactancia natural**



Fecha inicio ____/____/____

☐ PARTE INICIAL☐ N° PARTE SUCESIVO
O DE CONFIRMACIÓNRECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐☐ INCAPACIDAD
TEMPORAL☐ RIESGO DURANTE
EL EMBARAZO☐ RIESGO DURANTE
LA LACTANCIA
NATURAL☐ ALTA - Fecha ____/____/____ Causa:☐ Curación☐ Mejoría que permite trabajo habitual☐ Posible nueva situación de IT☐ Fallecimiento☐ Agotamiento del plazo máximo☐ Interrupción embarazo o lactancia natural

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha ____/____/____ Lugar: Firma: N° de colegiado: _____	
2	Código CIE-9-MC		Duración probable: días	
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional:			
	DATOS ESPECÍFICOS			
	- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte: días ____ (máximo 30) - Sin variaciones ☐			

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

**Parte Médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo
y riesgo durante la lactancia natural**



Fecha inicio __/__/____

☐ PARTE INICIAL☐ N° PARTE SUCESIVO
O DE CONFIRMACIÓNRECAÍDA: SÍ ☐ NO ☐☐ INCAPACIDAD
TEMPORAL☐ RIESGO DURANTE
EL EMBARAZO☐ RIESGO DURANTE
LA LACTANCIA
NATURAL☐ ALTA - Fecha __/__/____ Causa:☐ Curación☐ Mejoría que permite trabajo habitual☐ Posible nueva situación de IT☐ Fallecimiento☐ Agotamiento del plazo máximo☐ Interrupción embarazo o lactancia natural

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha __/__/____ Lugar: Firma: N° de colegiado:	
2	Código CIE-9-MC		Duración probable: días	
	Descripción de la limitación en la capacidad funcional:			
	DATOS ESPECÍFICOS			
	- Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo nuevo parte: días ____ (máximo 30) - Sin variaciones ☐			

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.



Parte Médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural

INFORMACIÓN

Este "parte médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural", se compone de tres ejemplares:

- o El ejemplar 1, para el/la MUTUALISTA, será presentado, en todas las ocasiones, al médico que realice los sucesivos reconocimientos.
- o Los ejemplares 2 (para MUFACE) y 3 (para el órgano de personal) se entregarán al órgano de personal. En el caso del **parte inicial**, no más tarde del cuarto día hábil desde el inicio de la situación; los **partes de confirmación** se entregarán en el plazo máximo de 3 días hábiles desde la fecha del reconocimiento médico que dio lugar a su expedición.

El contenido de cada parte médico servirá de asesoramiento al órgano de personal a la hora de expedir la oportuna licencia o sus prórrogas.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A los efectos señalados en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, del fichero automatizado de datos de seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, de riesgo durante el embarazo y de la lactancia natural, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo, podrá ejercitar los derechos de oposición a su tratamiento, así como los de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 6 y 7 de esta Ley Orgánica, la entrega por el mutualista al órgano de personal de los ejemplares 2 y 3 de cada "parte", presupone el consentimiento expreso del interesado para el tratamiento de los datos codificados que figuran en tales ejemplares, a través del fichero mencionado.

INSTRUCCIONES

I) DE CARÁCTER GENERAL

- Los datos de la **cabecera** serán anotados **por el médico** de la Entidad a la que está adscrito el mutualista en cada reconocimiento.
- En el ALTA se anotará la fecha del alta y su causa.

II) PARTES MÉDICAS PARA SITUACIONES DE IT, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LACTANCIA NATURAL

A) **INICIAL**.— Se expedirá antes de alcanzarse el **cuarto día de inicio de la situación**. Se anotarán los siguientes datos **de carácter obligatorio**:

- ☐ Descripción del diagnóstico en el ejemplar para el mutualista e identificación del mismo en los ejemplares para el órgano de personal y para MUFACE mediante el Código CIE- 9-MC. **La inclusión de este Código CIE-9-MC es requisito esencial para la validez del parte.**
- ☐ Descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la situación de incapacidad.
- ☐ Fecha de inicio del proceso patológico que motiva la situación de IT.
- ☐ Duración probable del proceso patológico.
- ☐ Indicar, sólo cuando sea preciso y por motivos estrictamente de mejor asistencia al paciente, la circunstancia excepcional que recomienda retrasar el plazo de expedición del parte sucesivo de confirmación de la baja sobre el plazo general establecido (15 días naturales).

B) **DE CONFIRMACIÓN**.— El parte de confirmación de la baja **se expedirá, con carácter general, a los 15 días naturales** contados a partir de la fecha de inicio del proceso patológico que motiva la situación de IT que figura en el parte médico inicial. En el caso de que tras la primera confirmación subsista la situación que haya motivado la baja inicial, se expedirán sucesivos partes de confirmación cada 15 días naturales contados desde la fecha del inmediatamente anterior hasta el momento en que se cumpla el plazo máximo de 730 días desde el inicio de la situación. Entre la expedición de dos partes sucesivas no se superará en ningún caso el plazo de treinta días naturales. Estos partes tendrán el mismo destino y contenido que el parte médico inicial de baja. Si el parte de confirmación fuera expedido por el mismo facultativo responsable del parte inicial o de la última prórroga y no hubiera cambiado el diagnóstico, no será necesario transcribir de nuevo los datos médicos, tanto literales como codificados del apartado 2 del modelo de parte. En tales supuestos, se marcará la casilla «**sin variaciones**».

C) **DE ALTA**.— El parte médico de alta será expedido tras el reconocimiento médico y se presentará ante el órgano de personal competente antes de la finalización del día hábil siguiente al de su expedición.

PARTES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

En el caso de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, en los tres primeros meses de licencia se expedirá, con carácter general, un único parte que deberá ser entregado al órgano de personal antes de alcanzarse el cuarto día hábil desde el inicio de la situación de riesgo. Si se hubiera previsto una duración del período de riesgo inferior a tres meses y se alcanzara esa fecha sin que desapareciera el riesgo, será necesario expedir un nuevo parte acreditativo de la situación y del nuevo período de duración probable. Si se alcanzara el comienzo del cuarto mes de prórroga de la licencia y continuara la situación de riesgo, se expedirá un parte, con igual contenido, en dicha fecha o en el posterior día hábil teniendo en cuenta que estas situaciones solo podrán tener una duración limitada a la fecha del parto en caso de riesgo durante el embarazo y de agotamiento del plazo de 9 meses desde el nacimiento del hijo lactante en el caso de riesgo durante la lactancia natural.

ANEXO II

Parte de maternidad



1) ☐ Aún no se ha producido el parto	____/____/____
Fecha probable del parto:	____/____/____
Fecha del inicio del descanso maternal:	____/____/____
2) ☐ El parto ya ha tenido lugar	____/____/____
Fecha del parto:	____/____/____
Nº de hijos nacidos en este parto:	_____

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre:	
			Especialidad:	
	Nombre	Número de afiliación	Entidad médica:	
			Fecha ____/____/____ Lugar:	
			Firma:	
			Nº de colegiado: _____	
2	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? ☐ No ☐ Sí, debido a (especifíquese):			

Ejemplar para la MUTUALISTA

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

Parte de maternidad



1) ☐ Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: _____ Fecha del inicio del descanso maternal: _____	____/____/____ ____/____/____
2) ☐ El parto ya ha tenido lugar Fecha del parto: _____ Nº de hijos nacidos en este parto: _____	____/____/____

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha __/__/____ Lugar: Firma: N° de colegiado:	
	Nombre	Número de afiliación.		

2 Informe Médico	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? ☐ No ☐ Sí, debido a (especifíquese):
	Fecha y firma del facultativo:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.



Parte de maternidad

INSTRUCCIONES

- Todos los datos serán anotados por el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud a que se encuentre adscrita la mutualista, responsable de su asistencia, marcando con “X” las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.
- El apartado 2 “INFORME MÉDICO” sólo deberá rellenarse y suscribirse por el médico en el caso de que **la madre haya manifestado su intención de incorporarse a su puesto de trabajo** una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para ella, y antes de que concluya el período de descanso voluntario. En tal caso:
 - Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el apartado 2 podrá rellenarse y suscribirse en ese mismo documento.
 - Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el apartado 2 se deberá rellenar y suscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.
- Los partes de maternidad se entregarán al órgano de personal competente dentro de los cuatro días hábiles siguientes al parto o al comienzo del descanso, en el caso de que se inicie éste con anterioridad al mismo.

ANEXO III

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	

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha __/__/____ Lugar: Firma: Nº de colegiado _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Nombre	Número de afiliación	

2 I N F O R M E M E D I C O	Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:
	En su caso:
	☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación (justificación) :
	☐ Posible incapacidad permanente (justificación) :

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

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

1		MUTUALISTA	FACULTATIVO
Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	Apellidos y Nombre:
Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	Especialidad:
		Entidad médica:	Entidad médica:
		Fecha __/__/____ Lugar:	Fecha __/__/____ Lugar:
		Firma:	Firma:
		Nº de colegiado	Nº de colegiado

Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

2	INFORME MÉDICO
Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:	
En su caso:	
☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación (justificación) :	
☐ Posible incapacidad permanente (justificación) :	
☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días (justificación) :	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

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)	
☐ ☐ N° DE PARTE DE CONFIRMACIÓN AL QUE AFECTA	
Código CIE-9-MC	Duración probable: Días

1		MUTUALISTA	FACULTATIVO
Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	Apellidos y Nombre:
Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	Especialidad:
		Entidad médica:	Entidad médica:
		Fecha __/__/____ Lugar:	Fecha __/__/____ Lugar:
		Firma:	Firma:
		N° de colegiado	N° de colegiado

Ejemplar para MUFACE

2	INFORME MÉDICO
Dolencias padecidas que motivan la situación de incapacidad temporal:	
En su caso:	
☐ Posible alta por curación antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación (justificación) :	
☐ Posible incapacidad permanente (justificación) :	
☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de I.T. más allá del periodo de 545 días (justificación) :	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.



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 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 caso el órgano de personal deberá solicitar el correspondiente examen al equipo o unidad de valoración de incapacidades permanentes a los que la normativa de reconocimiento de derechos pasivos haya encomendado esta función.

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.

ANEXO IV



REGISTRO DE PRESENTACIÓN
REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

1	DATOS DEL MUTUALISTA			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	Teléfono	NIF / Pasaporte / D. identificación (U.E.)

2	MOTIVO DE LA SOLICITUD
	DENEGACIÓN DE LICENCIA : SI
	CAUSA DE LA DENEGACIÓN (motivación del documento de denegación de licencia del órgano de personal)

FECHA DE LA DENEGACIÓN:

3	DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN EL MOMENTO DEL RECONOCIMIENTO
	☒ Parte de baja expedido por el médico
	☒ Resultado del reconocimiento médico en que se basa la denegación de la licencia

OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA

ME COMPROMETO BAJO MI RESPONSABILIDAD A:

1. Acudir a la Unidad Médica que me asignen para que me realice el reconocimiento médico que solicito.
2. Acudir al reconocimiento en el lugar, la fecha y la hora que se me indique en la citación.
3. Aportar, a la Unidad Médica que me realice el reconocimiento, toda la documentación, informes y pruebas diagnósticas que tenga en mi poder y que sean relevantes para la evaluación que me realicen.

Lugar, fecha y firma del solicitante o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RJAAPP-PAC)

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

Según prevé el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, en aquellas situaciones en las que un órgano de personal deniegue la licencia a un mutualista por existir contradicción entre el parte de baja presentado por el mutualista expedido por un médico de la Entidad Médica o Servicio Público de Salud al que figure adscrito y el sentido del informe emitido por las unidades médicas que dependan o presten su colaboración con el órgano de personal competente para expedir la licencia, **el mutualista podrá optar**, con comunicación a dicho órgano de personal, **por recabar de MUFACE una valoración del caso** por las Unidades Médicas de Seguimiento de las que disponga MUFACE en virtud de los instrumentos de colaboración que hubiera suscrito.

Esta solicitud será presentada por el mutualista en el plazo máximo de diez días hábiles contados desde la fecha en que el órgano de personal le comunique la denegación de la licencia y no suspenderá los efectos de la decisión denegatoria.

Para su admisión por MUFACE, esta solicitud irá acompañada del parte de baja, del resultado del reconocimiento médico en que se basa la denegación de la licencia y del historial médico de la situación de IT de que se trate, para que la Unidad Médica de Seguimiento lleve a cabo el reconocimiento y elabore el correspondiente informe

El resultado de esta valoración tendrá carácter vinculante para la nueva resolución a dictar por el órgano de personal, la cual, conforme a dicha vinculación, confirmará la denegación de la licencia o revocará la resolución inicial, procediendo a conceder la licencia con la misma fecha de efectos de la resolución revocada.

Contra la nueva resolución podrá interponerse el recurso procedente, sin que, en ningún caso, quepa instar una nueva valoración médica.