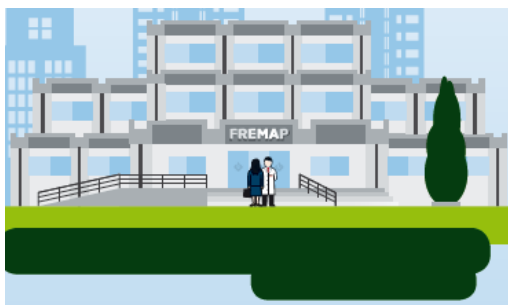


Ordre ESS/1187/2015, de 15 de juny, per la qual es desenvolupa el Reial decret 625/2014, de 18 de juliol, pel qual es regulen determinats aspectes de la gestió i control dels processos per incapacitat temporal en els primers 365 dies de la seva durada

NOUS MODELS D'INFORMES MÈDICS D'INCAPACITAT TEMPORAL



Cal ressaltar la classificació dels processos en funció de la durada estimada de la baixa mèdica que farà constar el facultatiu en aquesta part i en els de confirmació, en "MOLT CURTS" (baixes de menys de cinc dies); "CURTS" (de cinc a 30 dies); "MITJANS" (de 31 a 60 dies) i "LLARGS" (més de 60 dies). Aquesta durada i la classificació dels processos podran modificar-se en les successives parts de confirmació.

Així mateix, és important l'obligació del metge, llevat d'en els processos denominats "MOLT CURTS", de consignar en l'informe mèdic de baixa i en les parts de confirmació la data de la següent revisió mèdica i el que la mateixa hagi de realitzar-se en els terminis màxims previstos per a cada tipus de procés.

En l'exemplar per a l'empresa d'aquestes parts constarà, a més d'unes altres noves dades de menor interès, tanta la durada estimada de la baixa mèdica com la data de la següent revisió mèdica.

EMISSIÓ CONJUNTA DE LA BAIXA I L'ALTA MÈDICA

L'emissió en la mateixa part de la baixa i de l'alta mèdica serà obligatòria per a aquells processos denominats "MOLT CURTS", és a dir, de durada estimada inferior a cinc dies.

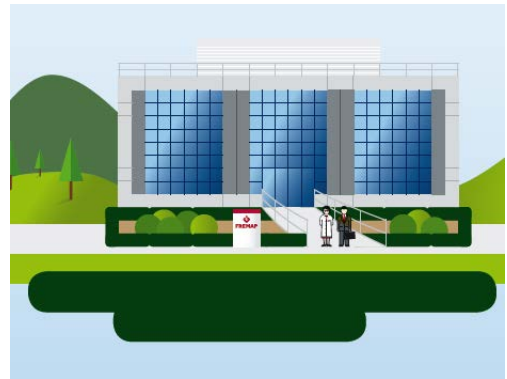
Aquesta alta mèdica podrà ser desistiment sense efecte mitjançant l'emissió de la primera part de confirmació.

Les empreses podran tenir coneixement del procés de baixa mèdica quan es produeixi la reincorporació laboral del treballador, fins i tot fora del termini general de tres dies amb què compte el mateix per lliurar a l'empresa la seva còpia de l'informe mèdic de baixa, ja que en aquests suposats es dilata tal obligació a les 24 hores següents a la data de l'alta mèdica o a la de la part de confirmació que deixi sense efecte la mateixa.

PERIODICTAT DE LES CITACIONS A REVISIÓ MÈDICA

En funció de la durada estimada de la baixa mèdica, consignada pel metge en el comunicat de baixa o de confirmació, les successives citacions a revisió mèdica no hauran de superar els terminis establerts per als diferents processos. Recordem que en aquests suposats, tant en l'exemplar de les parts per a la mútua com en el destinat per a l'empresa constarà la data de la següent revisió mèdica.

L'emissió de les parts de confirmació ja no serà sempre, en conseqüència, de la mateixa periodicitat de set dies previstos en la normativa fins ara vigent, sinó que tots els serveis públics de salut i les mútues els hauran d'emetre conforme vagin desenvolupant-se les revisions mèdiques establertes.



TRAMITACIÓ DELS INFORMES MÈDICS

L'empresa o el professional col·legiat corresponent tenen l'obligació de transmetre a l'INSS les parts d'incapacitat temporal presentat pels treballadors, a través del sistema RED, en un termini màxim de tres dies hàbils a partir de la seva recepció. Aquesta obligació s'estén per l'Ordre a les empreses col·laboradores voluntàries amb la Seguretat Social, encara que hagin assumit el pagament a càrrec seu de la prestació econòmica d'incapacitat temporal.

La comunicació telemàtica determinarà que no hagin de comunicar-se en suport paper les parts d'incapacitat temporal, que no obstant això hauran de ser conservats durant un termini de quatre anys.



En els processos en què procedeixi el pagament directe del subsidi, correspondrà als interessats presentar davant l'entitat gestora o col·laboradora els informes mèdics d'incapacitat temporal, utilitzant per a això la còpia destinada a l'empresa. El termini per a això serà de tres dies comptats a partir del dia d'expedició de la part de què es tracti, excepte en relació amb el d'alta, en què el termini serà de 24 hores, també aplicable per als supòsits de parts simultànies de baixa/alta, a comptar de la data d'aquesta última, i de parts de confirmació que anul·lin l'alta mèdica emesa simultàniament amb la baixa.

DATA D'EFFECTES DE L'EXTINCIÓ DEL SUBSIDI D'INCAPACITAT TEMPORAL PER ALTA MÈDICA

L'alta mèdica sense proposta d'incapacitat permanent determinarà l'extinció de la situació d'incapacitat temporal i del consegüent subsidi el mateix dia de la seva expedició, no prorrogant-se la prestació als dies festius immediatament posteriors.

PAGAMENT DIRECTE DEL SUBSIDI DURANT LA JUBILACIÓ PARCIAL

En els supòsits de jubilació parcial no procedirà la col·laboració obligatòria de les empreses quan concorri la incapacitat temporal del treballador, que haurà de sol·licitar el pagament directe del subsidi a l'entitat gestora o col·laboradora que asseuri la prestació.



PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL															
Tipo de contingencia:					ENTIDAD EMISORA										
<input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC)		<input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL)		<input type="checkbox"/> SPS		<input type="checkbox"/> INSS/ISM		<input type="checkbox"/> MUTUA							
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT)		<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP)		<input type="checkbox"/> Periodo de observación por enfermedad profesional											
DATOS DEL TRABAJADOR															
SITUACIÓN:					<input type="checkbox"/> ACTIVO					<input type="checkbox"/> PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO					
Primer apellido			Segundo apellido			Nombre			DNI-NIE-pasaporte						
Nº Tarjeta Sanitaria		Nº de la Seg. Social		Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta				
Localidad				Provincia		Código postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo					
Nombre de la empresa				Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)							
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:															
Fecha de AT o EP <input style="width: 100px;" type="text"/>										<input type="checkbox"/> Level(1)		<input type="checkbox"/> Grave(1)		<input type="checkbox"/> Muy grave(1)	
<small>(1) Sólo en caso de accidente de trabajo</small>															
TIPO DE PROCESO															
<input type="checkbox"/> Muy corto			<input type="checkbox"/> Medio			<input type="checkbox"/> Corto			<input type="checkbox"/> Largo						
DURACIÓN ESTIMADA						Fecha de la siguiente revisión médica									
<input style="width: 100px;" type="text"/> días						<input style="width: 100px;" type="text"/>									
P. 8															
<input type="checkbox"/> PARTE DE BAJA			Fecha de la baja <input style="width: 100px;" type="text"/>			DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR			CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:						
Recaída: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input style="width: 100px;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA			Fecha del alta(2) <input style="width: 100px;" type="text"/>												
Firma, fecha y sello						<input type="checkbox"/> Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual									
Nº de colegiado						<input type="checkbox"/> Fallecimiento									
<input style="width: 100px;" type="text"/>						<input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente									
Nº de identificación del facultativo						<input type="checkbox"/> Inicio de situación de maternidad									
<input style="width: 100px;" type="text"/>						<input type="checkbox"/> Incomparecencia									
P. 9 (2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.															

Ejemplar para la EMPRESA

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

DATOS GENERALES

Régimen Código de cuenta de cotización (CCC)

Código de la provincia del centro de salud del facultativo/médico inspector que emite el parte de baja/alta(1)

Código nacional de ocupación (CNO)(2)

DATOS DEL TRABAJADOR

Número de Seguridad Social (NAF)

CONTRATOS:

A tiempo parcial/fijos discontinuos:
Suma bases cotización Suma de días naturales

Resto de contratos
Base de cotización Días cotizados/mes

OTROS DATOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES:

Cotización del año anterior por horas extras/días

Cotizaciones del año anterior por otros conceptos/días

Fecha del AT/EP

2014104
E
R401

- (1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora (SPS, INSS/ISM y MUTUA) de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.
- (2) Dato obligatorio para calcular la duración estimada del proceso en relación con la profesión, la edad y la enfermedad/accidente del trabajador.

NORMA GENERAL PARA INFORMAR LAS BASES DE COTIZACIÓN

En los contratos a tiempo parcial, para todas las contingencias, se informará del importe de la suma de las bases de cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral, con un máximo de tres meses inmediatamente anteriores al de la baja médica, así como el número de días naturales a que aquellas correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo completo a parcial, cambio de categoría profesional,...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.

Para el resto de contratos:

- **En contingencias comunes:** se informará el importe de la base de cotización por contingencias comunes del mes inmediatamente anterior a aquel en que se produce la baja médica o la recaída, indicando el número de días a que corresponde tal cotización, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes a que correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo parcial a completo, cambio de categoría profesional,...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.
- **En contingencias profesionales** la base reguladora se obtiene por la adición de dos sumandos:
 - A. La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior a la baja médica, sin horas extraordinarias ni otros conceptos que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, indicando el número de días a que corresponde, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes a que correspondan.
 - B. La cotización por las horas extraordinarias realizadas en el año anterior, así como las cotizaciones por otros conceptos retributivos que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización (pluses y retribuciones complementarias computables) del año anterior, entre 365 días o, si la antigüedad es inferior a un año, entre el número de días, anteriores a la baja, que el trabajador haya permanecido de alta en la empresa.

RECUERDE: Si la baja médica del trabajador es por enfermedad común y no acredita 180 días cotizados en los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de la baja, no tendrá derecho al subsidio de incapacidad temporal y, por esta razón, la empresa no podrá descontar su importe de las cotizaciones.

ANNEX 2

Parte médico de confirmación de incapacidad temporal. (P.9/1)

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad común (EC) Accidente no laboral (ANL)
 { Accidente de trabajo (AT) Enfermedad profesional (EP)
 Periodo de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA

SPS MUTUA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: **SITUACIÓN**

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: ACTIVO PERCEPTOR

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: DE DESEMPLEO

NOMBRE Y APELLIDOS:

EMPRESA:

FECHA DE LA BAJA

FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

TIPO DE PROCESO Muy corto Medio DURACIÓN ESTIMADA **Fecha de la siguiente revisión médica**

Corto Largo días

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN (Todas las contingencias) Código CIE-9 (Sólo en EP) Código CIE-10

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT

RECUERDE: Si el INSS/ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Firma, fecha y sello

N° de colegiado

N° de identificación del facultativo

Ejemplar para el TRABAJADOR

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL		ENTIDAD EMISORA
Tipo de contingencia:	<input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> Periodo de observación por enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> SPS <input type="checkbox"/> MUTUA
NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: NOMBRE Y APELLIDOS: EMPRESA:		SITUACIÓN ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/> DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO
FECHA DE LA BAJA <input style="width: 50px;" type="text"/>	FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN <input style="width: 50px;" type="text"/>	N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN <input style="width: 30px;" type="text"/>
TIPO DE PROCESO Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA <input style="width: 30px;" type="text"/> días	Fecha de la siguiente revisión médica <input style="width: 50px;" type="text"/>
DATOS OBLIGATORIOS		
CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN(1) <input style="width: 30px;" type="text"/>		
(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.		
SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS		
ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO(2) <input type="checkbox"/>	(2) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.	
PASE A CONTROL DEL INSS		
FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT(3) <input style="width: 50px;" type="text"/>		
(3) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.		
DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR		Firma, fecha y sello
N° de colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>		N° de identificación del facultativo <input style="width: 50px;" type="text"/>

Ejemplar para la EMPRESA

