



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

GUIDE LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Ce support est actualisé en octobre 2025 et peut faire l'objet de modifications en fonction des évolutions réglementaires.

SOMMAIRE

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE MALADIE

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE AT-MP

04

CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF
THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT
INITIAL

06

CAS PARTICULIER
UN ARRÊT TEMPS COMPLET
INTERROMPT LE TPT

07

CALCUL DE L'IJ

08

QUESTIONS / REPONSES

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

DÉFINITION (1/2)



Le temps partiel thérapeutique prévient la désinsertion professionnelle du salarié en effectuant une activité professionnelle à durée réduite par rapport au temps de travail prévu par le contrat de travail



Prescrit par un professionnel de santé sur un **Cerfa d'avis d'arrêt de travail**



Doit être **médicalement justifié**



Tend à favoriser une **reprise progressive à temps plein** du salarié



Vise à **prévenir la désinsertion professionnelle d'un salarié**

DÉFINITION (2/2)



L'accord de l'employeur est indispensable : il doit **aménager le poste de travail** du salarié ou **proposer un autre poste à temps partiel**.



Longtemps « appelé » mi-temps thérapeutique, **il ne s'agit pas nécessairement d'un temps de travail réduit de 50%** ; le salarié peut travailler un peu plus ou un peu moins, dans l'optique d'une reprise progressive à temps complet.



Le médecin du travail donne son avis sur les aménagements envisageables, notamment au niveau du temps de travail.
La répartition des horaires de travail et le nombre d'heures travaillées est conjointement déterminée par le salarié et l'employeur.

MISES À JOUR RÉGLEMENTAIRES



Depuis le 01/01/2019, il n'est plus nécessaire qu'un arrêt à temps complet précède un temps partiel thérapeutique.

Depuis 2021 : le temps partiel AT/MP n'est plus soumis à l'avis du service médical de l'Assurance Maladie.

Sur les nouveaux Cerfa d'avis d'arrêt de travail, le libellé « travail léger » a été remplacé par la mention « travail aménagé ou temps partiel ».

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE

CONTEXTE

Vous êtes en charge des formalités administratives en rapport avec l'Assurance Maladie, et notamment de la gestion des arrêts de travail.

Un salarié de l'entreprise, vous remet le « volet 3 employeur » d'un arrêt de travail mentionnant un temps partiel pour raison médicale.

Vous devez transmettre une attestation de salaire à l'Assurance Maladie à terme échu de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.



COMMENT TRANSMETTRE L'ATTESTATION DE SALAIRE ?

Chaque mois, à terme échu (au début du mois suivant), vous devez adresser une attestation de salaire **via le site NET-ENTREPRISES**.



Le TPT est « hors champ du signalement Arrêt en DSN »

ATTESTATION DE SALAIRE REPRISE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE - MALADIE

Quels éléments devez-vous indiquer sur l'attestation de salaire ?

- Le choix de l'attestation
- Le Dernier Jour de Travail (DJT)
- La période de travail à temps partiel (dans le périmètre du mois civil)
- La perte de salaire pour la période considérée
- Le destinataire du règlement (subrogation ou non)

SAISIE SUR NET ENTREPRISES - MALADIE

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

Exemple : Mr X était en arrêt de travail à temps complet depuis le **06/01**. Son médecin lui a prescrit une reprise à temps partiel thérapeutique du **17/03** au **30/04**. Il reprend avec une activité réduite à **50%**.

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET : 9990008
Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

N° d'immatriculation : 15 [] 72 *
Nom de famille : DE [] *
Nom d'usage : [] *
Prénom : RC [] *
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) v *
Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008 Raison sociale :	

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : 05/01/2025 *

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif v *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



Pour rappel 50% est le taux défini par le médecin du travail, il peut être différent

SAISIE SUR NET ENTREPRISES - MALADIE

Pour la période du 17 au 31/03 (à déclarer à compter du 1^{er} avril) :

- Monsieur X aurait dû percevoir un salaire de **1200 €** s'il avait travaillé à **temps complet**
- A Temps Partiel Thérapeutique, il a perçu **600 €**

Saisissez la
période du
Temps Partiel
Thérapeutique

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000€	NOM : D
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 05/01/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
17/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	600

AIDE ? (ABANDONNER) ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE Valider

Indiquez la
perte de
salaire et
validez

Perte de salaire = Salaire habituel – Salaire travaillé (1200 - 600 = 600 €)
Salaires bruts soumis à cotisations

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900008	NOM : DUBOIS
Raison sociale :	Prénom :

L'employeur demande une subrogation : OUI NON

Iban : [] [] [] [] [] *

Si le contrat individuel ou collectif de travail prévoit un maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux Indemnités Journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée (R323-11) :

du : [] [] au : [] []

La date de début de subrogation à saisir ne doit pas être antérieure à la date du dernier jour de travail saisi à l'étape 4.

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

Vous pratiquez la subrogation, cochez «oui»

Je saisis les coordonnées bancaires
1 SIRET = 1 même RIB

J'indique les dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret

VALIDATION DE L'ATTESTATION

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900081 Raison sociale : C...	NOM : DE: Prénom : f

SIGNATURE

Fait à le : May 6, 2025

Signataire : **TECHNICIEN DSIJ**

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

« Etape suivante »

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

11139°05 ATTSAL-TER MALADIE MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT- ADOPTION Attestation rectificative
(Art. L.323-4, L.331-3, L.331-7, 8 et 9, L.333-1, R.313-3, R.313-7, R.323-4, R.323-4, R.323-4, R.323-8, R.323-10 et R.331-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION : GIP MDS TRST PROJET
 ADRESSE : 86 RUE DE LA FEDERATION
 7 5 0 1 5 PARIS N° téléphone (facultatif) : 0 1 7 2 6 0 2 2 4 8
 Code Postal : Commune :
 Numéro SIRET : 9 9

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION : 1 MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)
 NOM et PRENOM : DESMAUX ROBERT
 (nom de famille (de naissance) SAUF DU NOM D'USAGE (facultatif et s'il y a lieu))
 ADRESSE :
 Code Postal : Commune :

EMPLI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE (Cas standards (salariés menseualisés))

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail : 0 5 0 1 2 0 2 5 Situation à la date de l'arrêt : Actif Date de reprise anticipée du travail :
 Activité à temps partiel - pour motif médical pour raison personnelle

DURÉE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)

CAS GENERAL :
 - Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 9 mois civils ou des 90 jours consécutifs
 % si ce nombre est inférieur à 160, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 9 mois civils
 - SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :
 - Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 366 jours consécutifs
 % si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE :	SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENTE PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE	TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 9 mois civils	Montant du salaire selon le cas	Motif de l'absence	Nombre d'heures travaillées pendant la période de référence
ACTIVITE SAISONNIERE OU DISCONTINUEE : 12 mois civils	- brut <input type="checkbox"/> - brut et cotisations de 21% <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures travaillées pendant la période de référence	Montant du salaire
du 1 7 0 3 2 0 2 5	à du 3 1 0 3 2 0 2 5	TPT	600,00

MATERNITE (à signer, au début du repos prémat, par l'assurant)
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

PATERNITE-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION-DEUIL (à signer au début du congé de la personne assurée qui le demande)
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :
 du au
 (date, sans espace, sans coordonnées bancaires) et domiciliaire

IBAN de l'employeur (date, sans espace, sans coordonnées bancaires) et domiciliaire

Fait à VANNES le 0 6 0 5 2 0 2 5
 Nom du signataire et qualité : TECHNICIEN DSIJ
 Signature de l'employeur

Conformément au Règlement européen n° 2010/079/CE du 27 avril 2010 et à la loi "Travailleur et Liberté" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez solliciter une médiation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

ATTSAL-TER S3201q

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900081 Raison sociale :	NOM : Prénom :

Le document au format PDF présenté dans une autre fenêtre de votre navigateur a été généré à partir des informations fournies.

Il est la copie conforme de ce qui sera transmis à votre caisse. Vous pouvez l'imprimer et/ou l'enregistrer sur votre ordinateur.

Pour continuer, vous devez valider en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION.

Dans le cas contraire, cliquez ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou ÉTAPE PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

Saisissez « OUI »
et cliquez sur « Etape suivante »

Pensez bien à enregistrer l'accusé de dépôt et le PDF

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE AT-MP

ATTESTATION DE SALAIRE REPRISE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE - AT / MP

Quels éléments devez-vous indiquer sur l'attestation de salaire ?

- Le choix de l'attestation
- Le Dernier Jour de Travail (DJT)
- La période de travail à temps partiel (dans le périmètre du mois civil)
- Le **salaire brut perçu** sur la période de temps partiel ET le **salaire brut perdu** correspondant à cette période
- Le destinataire du règlement (subrogation ou non)

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – AT / MP

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

Exemple : Mr X a été victime d'un accident de travail le **06/01**.

Il est en arrêt à temps complet depuis cette date. Son médecin lui a prescrit une reprise à temps partiel thérapeutique du 17/03 au 30/04. Il reprend avec une activité réduite.

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET : 999001
Raison sociale

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

N° d'immatriculation : 1 72 *
Nom de famille : D *
Nom d'usage : *
Prénom : R *
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) *
Date d'embauche : *
Autre(s) victime(s) :

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999001 Raison sociale	

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

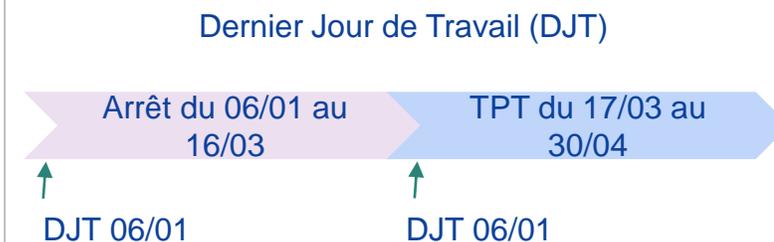
Attestation rectificative

Date de l'accident : 06/01/2025 *
Date du dernier jour de travail : 06/01/2025 *

Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

Salaire de base et accessoires du salaire de la période de référence

Rappel du dernier jour de travail : 06/01/2025 Date de reprise :

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	Valider
	du	au			
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600	126	

 Format des dates : jj/mm/aaaa

21%

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Salaire brut perçu soumis à cotisations AT/MP pour la période travaillée soit du 17 au 31/03/2025

Appliquez le **taux forfaitaire** de cotisations de **21%**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

 ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
Raison sociale : SA... ..	Prénom : ROBERT

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRISE MOTIF MEDICAL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	Valider
Motif	du	au				
Temps partiel thérapeutique	17/03/2025	31/03/2025	500	105	NON	

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Salaire brut perdu soumis à cotisations AT/MP pour la période du 17 au 31/03

Appliquez le taux forfaitaire de cotisations de 21%

21%



SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008 Raison sociale :	NOM : DE Prénom :

L'employeur demande une subrogation : OUI NON

Iban : [] [] [] [] [] *

Si le contrat individuel ou collectif de travail prévoit un maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux Indemnités Journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée (R323-11) :

du : [] [] au : [] []

La date de début de subrogation à saisir ne doit pas être antérieure à la date du dernier jour de travail saisi à l'étape 4.

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

Je saisis les coordonnées bancaires
1 SIRET = 1 même RIB

J'indique les dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret

Vous pratiquez la subrogation, cochez «oui»

APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION

cerfa **Attestation de salaire**
accident du travail ou maladie professionnelle
 N° 11137*02
 ATTSALATMP-PRE (Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR
 Nom et prénom ou raison sociale : GIP MDS TEST PROJET
 Adresse : 86 RUE DE LA FEDERATION
 7 5 0 1 5 | PARIS N° de téléphone : 0 1 7 2 6 0 2 2 4 8

L'ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
 Adresse :
 N° de téléphone :
 N° SIRET de l'établissement : 9
 Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime : RÉSERVÉ CPAM

LA VICTIME
 N° d'immatriculation : 2 CPAM
 A défaut, sexe : 1 Date de naissance :
 Nom et prénom : DESMAYE ROBERT (Nom de famille des mariés) et (N° et N° de famille)
 Adresse :
 Date d'embauche : Profession : Cas standards (salariés mensualisés)
 Qualification professionnelle :
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL
 Motif de l'arrêt : accident du travail maladie professionnelle
 Date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation de la maladie professionnelle : 0 6 0 1 2 0 2 5
 Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5
 Date de reprise du travail : Travail non repris à ce jour

SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)

A	SALAIRE DE BASE			Montant brut	ACCESSOIRES DU SALAIRE		FRAIS PROPRES
	Date d'échéance de la paye	Période	au		Taux forfétaires 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (encluse dans le salaire ?)	
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00		126.00		

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfétaires 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12
9	10	11	12

C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée

Mois	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un montant de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut (encl.)	Taux forfétaires 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 10
TPT	17/03/2025	31/03/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	500.00	105.00

D Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans
 Cas particuliers : pour les apprentis précisez le n° et la date du contrat

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE
 Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du au
 Le salaire sera maintenu : Intégralement partiellement
 IBAN de l'employeur (Salaire, sans espace, voir coordonnées bancaires)
 et domiciliation

Fait à VANNES le 0 6 0 5 2 0 2 5
 Nom du signataire et qualité : TECHNICIEN DSIJ
 Signature de l'employeur

ATTSALATMP-PRE 96202

VALIDATION DE L'ATTESTATION

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL										
Motif de l'arrêt : <input checked="" type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maladie professionnelle										
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : 0 6 0 1 2 0 2 5										
Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5										
Date de reprise du travail : <input type="checkbox"/> Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>										
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)										
A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE			FRAIS PROFES.		
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et jouissances non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (autres inclus dans celui-ci)	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Soumis à cotisations	Déd. sup. %	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00			126.00			
B	Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base					C				
	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée		S'il s'agit d'une interruption autorisée		
	9	10	11	12	13	Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	
						OUI	17	NOU	18	
						TPT	17/03/2025	31/03/2025	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									500.00	105.00

Vérification de l'attestation au format PDF



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
Raison sociale :	Prénom

Le document au format PDF présenté dans une autre fenêtre de votre navigateur a été généré à partir des informations fournies.

Il est la copie conforme de ce qui sera transmis à votre caisse. Vous pouvez l'imprimer et/ou l'enregistrer sur votre ordinateur.

Pour continuer, vous devez valider en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION.

Dans le cas contraire, cliquez ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou ÉTAPE PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

Saisissez « OUI » et cliquez sur « Étape suivante »

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Pensez bien à enregistrer l'accusé de dépôt et le PDF

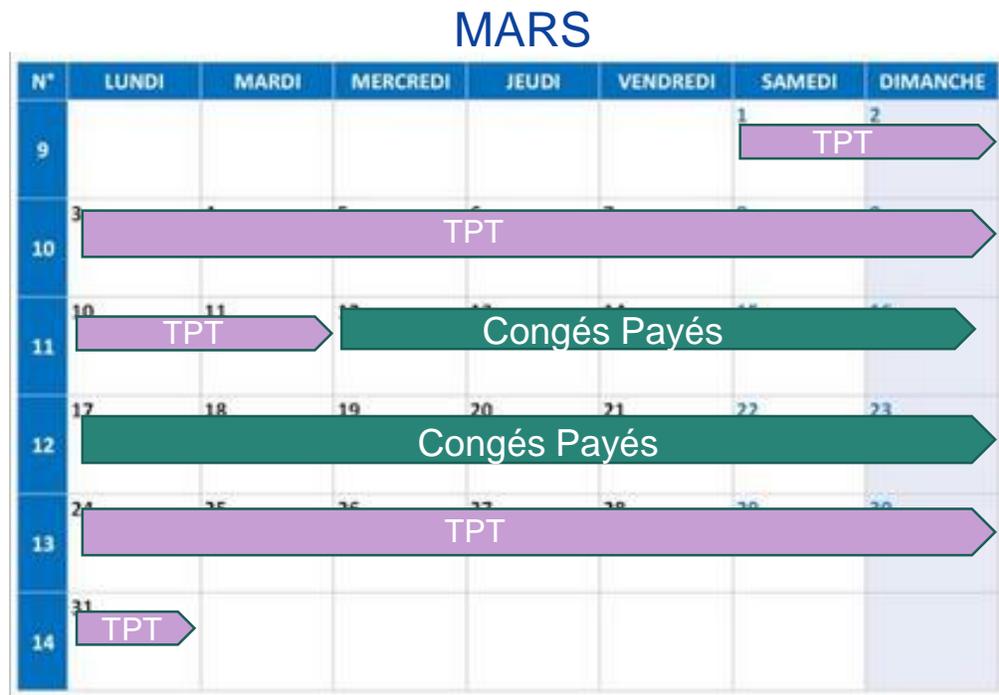
04

CONGÉS PAYÉS

ET TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

CONGES PAYES / TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE

Exemple : Madame X était en arrêt à temps complet **Maladie** depuis le 15/01.
Elle a une prescription de reprise à TPT depuis le 26/02 et jusqu'au 11/04.
En mars, elle est en congés payés du 12 au 23/03.



Les jours de congés payés pendant une reprise à Temps Partiel Thérapeutique ne donnent pas lieu à indemnisation de l'Assurance Maladie.

Les périodes de congés payés doivent être découpées.

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT MALADIE

 1 2 3 4 **5** 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900	NOM : I
Raison social : _____	Prénom : _____

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 14/01/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
01/03/2025	11/03/2025	Temps partiel thérapeutique	400.00	<input type="button" value="Modifier"/>
12/03/2025	23/03/2025	Congés payés	0.00	<input type="button" value="Modifier"/>
24/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	300.00	<input type="button" value="Modifier"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique	0	<input type="button" value="Valider"/>

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

Validez ligne
par ligne puis
cliquez sur
« Etape
suivante »

VISUEL DE L'ATTESTATION (CONGES PAYES / TPT MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS								
Date du dernier jour de travail		1 4 0 1 2 0 2 5	Situation à la date de l'arrêt		Actif		Date de reprise anticipée du travail	
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>								
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)								
▶ CAS GENERAL :								
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs							} PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS	
↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils								
▶ SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :								
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs								
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils								
SALAIRES DE REFERENCE								
PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE	
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils			Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire qB alh	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du	au	- brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	4	5	6	7	8	
1 0 1 0 3 2 0 2 5	1 1 0 3 2 0 2 5	<input type="checkbox"/>	TPT				400.00	
1 2 0 3 2 0 2 5	2 3 0 3 2 0 2 5	<input type="checkbox"/>	COP				0.00	
2 4 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	<input type="checkbox"/>	TPT				300.00	

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT AT-MP

Exemple : Madame X était en arrêt à temps complet **Accident du Travail** depuis le 15/01. Elle a une prescription de reprise à TPT depuis le 26/02 et jusqu'au 11/04. **En mars, elle est en congés payés du 12 au 23/03.**

Saisie de l'attestation pour le mois de mars

Etape 1

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008 Raison sociale : ...	NOM : E Prénom

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

Salaire de base et accessoires du salaire de la période de référence

Rappel du dernier jour de travail : 15/01/2025 Date de reprise :

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	
	du	au			
31/03/2025	01/03/2025	11/03/2025	400.00	84.00	Modifier
31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850.00	178.50	Modifier
31/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	300.00	63.00	Valider

Format des dates : jj/mm/aaaa

Salaire brut PERCU à Temps Partiel Thérapeutique

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT AT-MP

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRISSE MOTIF MEDICAL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	
Motif	du	au				
Temps partiel thérapeutique	01/03/2025	11/03/2025	400.00	84.00		Modifier
Congés payés	12/03/2025	23/03/2025	0.00	0.00		Modifier
Temps partiel thérapeutique	24/03/2025	31/03/2025	300.00	63.00		Modifier

Brut PERDU à Temps Partiel Thérapeutique

Etape 2

VISUEL DE L'ATTESTATION (CONGÉS PAYÉS / TPT AT-MP)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL										
Motif de l'arrêt : accident du travail <input checked="" type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/>										
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle 1 5 0 1 2 0 2 5										
Date du dernier jour de travail 1 5 0 1 2 0 2 5										
Date de reprise du travail					Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>					
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)										
A SALAIRE DE BASE ET ACCES- SOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE					
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFES. Soumis à cotisations		Déd. sup. %
	1	2	3	4	5	6	7	8		
	31/03/2025	01/03/2025	11/03/2025	400.00			84.00			
31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850.00			178.50				
31/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	300.00			63.00				
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12					
	9	10	11	12	13					
C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée	Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée						
	Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18				
	14	15	16	OUI ... 17 ... NON	18	19				
	TPT	01/03/2025	11/03/2025	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	400.00	84.00				
	COP	12/03/2025	23/03/2025	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0.00	0.00				
TPT	24/03/2025	31/03/2025	Si OUI, précisez : Intégral <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/>	300.00	63.00					

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

L'attestation de salaire pour l'indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique **SANS arrêt initial**.



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET : 9990001	Code APET : 748G
Raison sociale :	Siège social : oui
Adresse : 86 R	
750	

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial

- Arrêt initial
- Arrêt Maladie de plus de 6 mois
- Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement
- Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique
- Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

 1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000 Raison sociale	NOM : TEST Prénom : TEST

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial - Maladie

i Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : 

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt :

JUSTIFICATIF DES DROITS

Cas Général	Pour la période du :	
	Nombre d'heures effectuées	<input type="text"/>
	Pour la période du :	
	Salaire brut soumis à cotisations	<input type="text"/> €

i Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

DJT = veille de prescription du TPT

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial - Maladie

i Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : *

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : *

JUSTIFICATIF DES DROITS

Cas Général	Pour la période du :	<input type="text"/>
	Nombre d'heures effectuées	<input type="text"/>
	Pour la période du :	<input type="text"/>
	Salaire brut soumis à cotisations	<input type="text"/> €

i Format des dates : jj/mm/aaaa



Uniquement pour le risque maladie

Plus de 150 heures travaillées sur les 3 derniers mois
Renseignez seulement le nombre d'heures

Moins de 150 heures travaillées :
Renseignez le nombre d'heures ET indiquez le total des salaires bruts soumis à cotisations sur 6 mois

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

Exemple : Mr X est à Temps Partiel Thérapeutique du 09/04 au 30/04 ; il travaillait à temps complet auparavant.



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900081	NOM : DI
Raison sociale : I	Prénom :

Dernier Jour de Travail (DJT)



→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 08/04/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
09/04/2025	30/04/2025	Temps partiel thérapeutique	800.00

Modifier

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : DL
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial - Maladie

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/10/2024 au 31/03/2025 , dernier jour de travail : 08/04/2025 ,

SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
du	au		
01/01/2025	31/01/2025	2200.00	Modifier
01/02/2025	28/02/2025	2200.00	Modifier
01/03/2025	31/03/2025	2200.00	Modifier

Ces périodes ont été générées à partir de la période de justificatif des droits. Vous ne pouvez modifier la périodicité des salaires que si vous modifiez la périodicité des droits (Etape Précédente)

Salaires bruts soumis à cotisations en cas d'absence de temps complet pour **maladie**, un comparatif est réalisé entre l'indemnité journalière de temps partiel et l'indemnité journalière qui aurait été versée pour un arrêt à temps complet. Les temps partiels AT/MP ne sont pas concernés par cette mesure réglementaire

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900081	NOM : DU
Raison sociale : I	Prénom : .

i La première partie du tableau n'est à compléter qu'en cas d'absence **AUTORISÉE** de votre salarié(e) durant la période de référence. En cas d'absence non autorisée, passez à l'étape suivante.
 La dernière ligne du tableau est à renseigner pour la période couverte par le temps partiel thérapeutique. Chaque ligne au motif éetemps partiel thérapeutiqueéé est dédiée aux éléments de salaire d'1 mois échu. Si plusieurs mois sont concernés, il suffit de renseigner de nouvelles lignes. Si plusieurs motifs sur une même période n'en sélectionner qu'un seul : absence autorisée

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 08/04/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE			TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET				
Période de référence		Montant du salaire Brut	SALAIRES DE RÉFÉRENCE				
du	au		Motif	H réelles	H complet	salaire rétabli	
01/01/2025	31/01/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valider
01/02/2025	28/02/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valider
01/03/2025	31/03/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valider

Dans notre exemple Mr X a travaillé à temps complet de janvier à mars.

En cas d'absence durant cette période, indiquez le motif d'absence, les heures réelles et les heures « complet » selon le contrat de travail et le salaire rétabli

VISUEL ATTESTATION (MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS																			
Date du dernier jour de travail	0	8	0	4	2	0	2	5	Situation à la date de l'arrêt	Actif	Date de reprise anticipée du travail								
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>																			
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)																			
▶ CAS GENERAL :																			
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs															456.00		} PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS		
↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils																			
▶ SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :																			
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs																			
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils																			
SALAIRES DE REFERENCE																			
PERIODES DE REFERENCE :								SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE					
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils								Montant du salaire selon le cas :		Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire €/8 ah	Perte de salaire (indiquez le montant brut)					
du		1		au		2		- brut <input checked="" type="checkbox"/> 3							- réduit de 21 % <input type="checkbox"/>				
0	1	0	1	2	0	2	5	3	1	0	1	2	0	2	5	2200.00			
0	1	0	2	2	0	2	5	2	8	0	2	2	0	2	5	2200.00			
0	1	0	3	2	0	2	5	3	1	0	3	2	0	2	5	2200.00			
0	9	0	4	2	0	2	5	3	0	0	4	2	0	2	5		TPT		800.00

06

CAS PARTICULIER

UN ARRET TEMPS COMPLET

INTERROMPT LE TPT

UN ARRÊT TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

1^{er} exemple : Mr X a eu un arrêt maladie temps complet du **06/02** au **02/03** (DJT = **05/02**)

- Son médecin lui a prescrit un TPT du 03/03 au 31/05 (à 50%)
- Il a un nouvel arrêt temps complet (maladie) du 09/04 au 13/04
- Il reprend à Temps Partiel Thérapeutique à compter du **14/04** (à 50%)



UN ARRÊT TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

Il conviendra ici d'établir 3 attestations de salaire pour le mois d'avril :

1 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{er} au 08/04.

▶ DJT = celui de l'arrêt temps complet initial soit le **05/02**.

2 - Un signalement arrêt de travail en DSN (ou une attestation de salaire via Net-Entreprises) pour l'indemnisation de l'arrêt à temps complet du 09 au 13/04.

▶ DJT = la veille du nouvel arrêt temps complet, soit ici le **08/04**.

3 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 14 au 30/04.

▶ DJT = celui correspondant au temps partiel thérapeutique en cours soit le **05/02**

1ERE ATTESTATION : TPT DU 01 AU 08 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000	NOM : M/
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail **05/02/2025** Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
01/04/2025	08/04/2025	Temps partiel thérapeutique	350.00	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	<input type="text" value="0"/>	Valider

AIDE ? (ABANDONNER) | < ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE >

2ÈME ATTESTATION : ARRET TEMPS COMPLET DU 09 AU 13 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000 Raison sociale	NOM : M Prénom

→ ARRET INITIAL - Maladie

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/01/2025 au 31/03/2025 , dernier jour de travail : 08/04/2025



SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
du	au		
01/01/2025	31/01/2025	2500.00	Modifier
01/02/2025	28/02/2025	450.00	Modifier
01/03/2025	31/03/2025	1170.00	Modifier

i Ces périodes ont été générées à partir de la période de justificatif des droits. Vous ne pouvez modifier la périodicité des salaires que si vous modifiez la périodicité des droits (Etape Précédente)

2ÈME ATTESTATION : ARRET TEMPS COMPLET DU 09 AU 13 AVRIL

A l'étape suivante



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : M
Raison sociale :	Prénom :

ⓘ Cette étape n'est à compléter qu'en cas d'absence AUTORISÉE de votre salarié(e) durant la période de référence. En cas d'absence non autorisée, passez à l'étape suivante.
Si plusieurs motifs sur une même période n'en sélectionner qu'un seul : absence autorisée

→ ARRET INITIAL - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 08/04/2025

SALAIRES DE BASE			TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET				
Période de référence		Montant du salaire Brut	SALAIRES DE RÉFÉRENCE				
du	au		Motif	H réelles	H complet	salaire rétabli	
01/01/2025	31/01/2025	2500.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valider
01/02/2025	28/02/2025	450.00	Maladie	25.00	150.00	2500.00	Modifier
01/03/2025	31/03/2025	1170.00	Temps partiel thérapeutique	70.00	150.00	2500.00	Modifier

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



VISUEL ATTESTATION (MALADIE)



RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS																				
Date du dernier jour de travail	0	8	0	4	2	0	2	5	Situation à la date de l'arrêt	Actif	Date de reprise anticipée du travail									
Activité à temps partiel : pour motif médical <input type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>																				
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)																				
▶ CAS GENERAL :																				
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs															245.00		} PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS			
↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils																				
▶ SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU <u>ET</u> SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :																				
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs																	}			
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils																				
SALAIRES DE REFERENCE																				
PERIODES DE REFERENCE :							SALAIRES			L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE						
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils							Montant du salaire selon le cas :			Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	Salaire rétabli 7	Perte de salaire (indiquez le montant brut) 8						
du 1			au 2				- brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3													
0	1	0	1	2	0	2	5	3	1	0	1	2	0	2	5	2500.00				
0	1	0	2	2	0	2	5	2	8	0	2	2	0	2	5	450.00	MAL	25.00	150.00	2500.00
0	1	0	3	2	0	2	5	3	1	0	3	2	0	2	5	1170.00	TPT	70.00	150.00	2500.00

3EME ATTESTATION : TPT DU 14 AU 30 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900081	NOM : M
Raison sociale : C...	Prénom :



→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

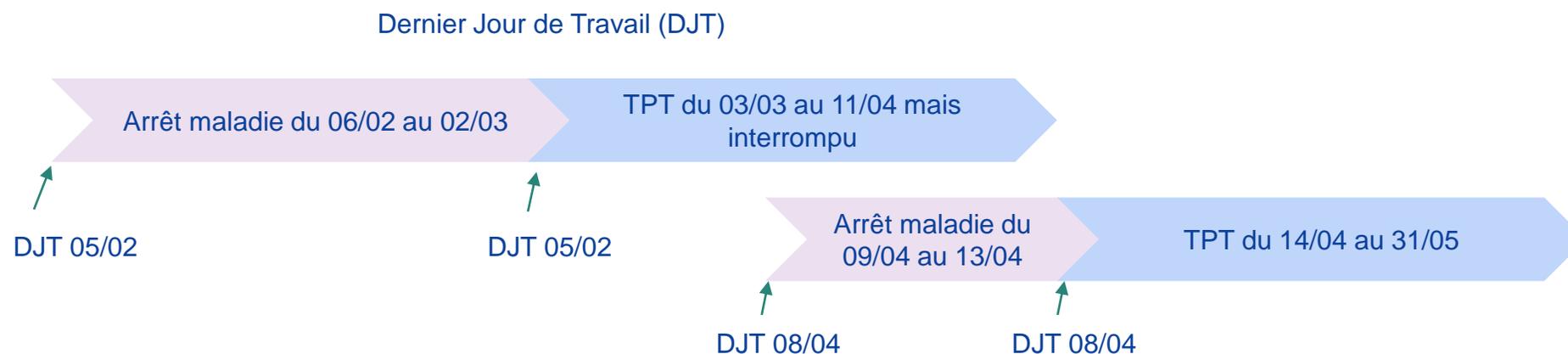
Rappel du dernier jour de travail **05/02/2025** Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
14/04/2025	30/04/2025	Temps partiel thérapeutique	710.00	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	<input type="text" value="0"/>	Valider

UN ARRÊT MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

2^{ème} exemple : Mr X a eu un arrêt maladie temps complet du 06/02 au 02/03 (DJT = **05/02**)

- Son médecin lui a prescrit une reprise à TPT du 03/03 au 11/04 (à 50%)
- Il a un nouvel arrêt temps complet (maladie) du 09/04 au 13/04
- Son médecin lui a prescrit un nouvel arrêt Temps Partiel Thérapeutique du 14/04 au 31/05 (à 50%)



UN ARRÊT MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

Concernant le mois d'avril, il conviendra ici d'établir 3 attestations de salaire :

1- Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{er} au 08/04.

▶ DJT = celui de l'arrêt temps complet initial soit le 05/02.

2- Un signalement arrêt de travail en DSN (ou une attestation de salaire via Net-Entreprises) pour l'indemnisation de l'arrêt à temps complet du 09 au 13/04.

▶ DJT = la veille du nouvel arrêt temps complet, soit ici le 08/04.

3- Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 14 au 30/04.

▶ DJT = le même que celui du dernier arrêt temps complet soit le 08/04
car il y a ici une rupture dans les prescriptions à temps partiel thérapeutique



07

CALCUL DE L'IJ

CALCUL DE L'IJ

IJ temps partiel brut

=

perte de salaire brut \div nombre de jours prescrits

L'indemnité journalière de temps partiel brut est soumise normalement à 6,2 % de CSG et 0,5% de CRDS.

Ce montant **est limité** à la valeur de **l'indemnité journalière** versée **pour un arrêt à temps complet**.

Montants maximum disponibles sur : ameli.fr

En cas d'absence de temps complet pour maladie, un comparatif est fait entre l'indemnité journalière de temps partiel et l'indemnité journalière qui aurait été versée pour un arrêt à temps complet. Les temps partiels AT/MP ne sont pas concernés par cette mesure réglementaire.

CALCUL DE L'IJ



Arrêt Temps Complet
du 01/03 au 15/03

Temps Partiel Thérapeutique
du 16/03 au 31/03

IJ arrêt à temps complet :

- *Décembre*: 2000 €
- *Janvier* : 2000 €
- *Février* : 2000 €
- *Salaire brut des 3 derniers mois* : $3 \times 2000 \text{€} = 6000 \text{€}$
- *Salaire de base journalier* : $6000 \text{€} / 91,25 = 65,75 \text{€}$
- *IJ réglée* : **32,87€** ($65,57 \text{€} \times 50\%$)

IJ arrêt à temps partiel :

- *Salaire complet sur le mois* : 2000 €
- *Salaire complet sur la période* : 1000 €
- *Salaire perçu sur la période* : 500 €
- **Perte de salaire sur la période : 500 €**
- *Perte de salaire journalière* : **500 €**
- *IJ réglée* : **31,25 €** ($500 \text{€} / 16 \text{jours}$)

CE QU'IL FAUT RETENIR

Sélectionner le bon type d'attestation de temps partiel thérapeutique (avec ou sans temps complet antérieur) et le bon motif (maladie ou AT/MP)

M'interroger sur le dernier jour de travail en fonction du cas

Vérifier les DATES du temps partiel thérapeutique
(attention aux successions ou aux interruptions par des arrêts à temps complet)

Déclarer les congés payés si besoin

BOITE A OUTILS

NUMÉRO UTILE & SITE DE L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

Pour joindre votre CPAM : 3679

(service gratuit + prix de l'appel) du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

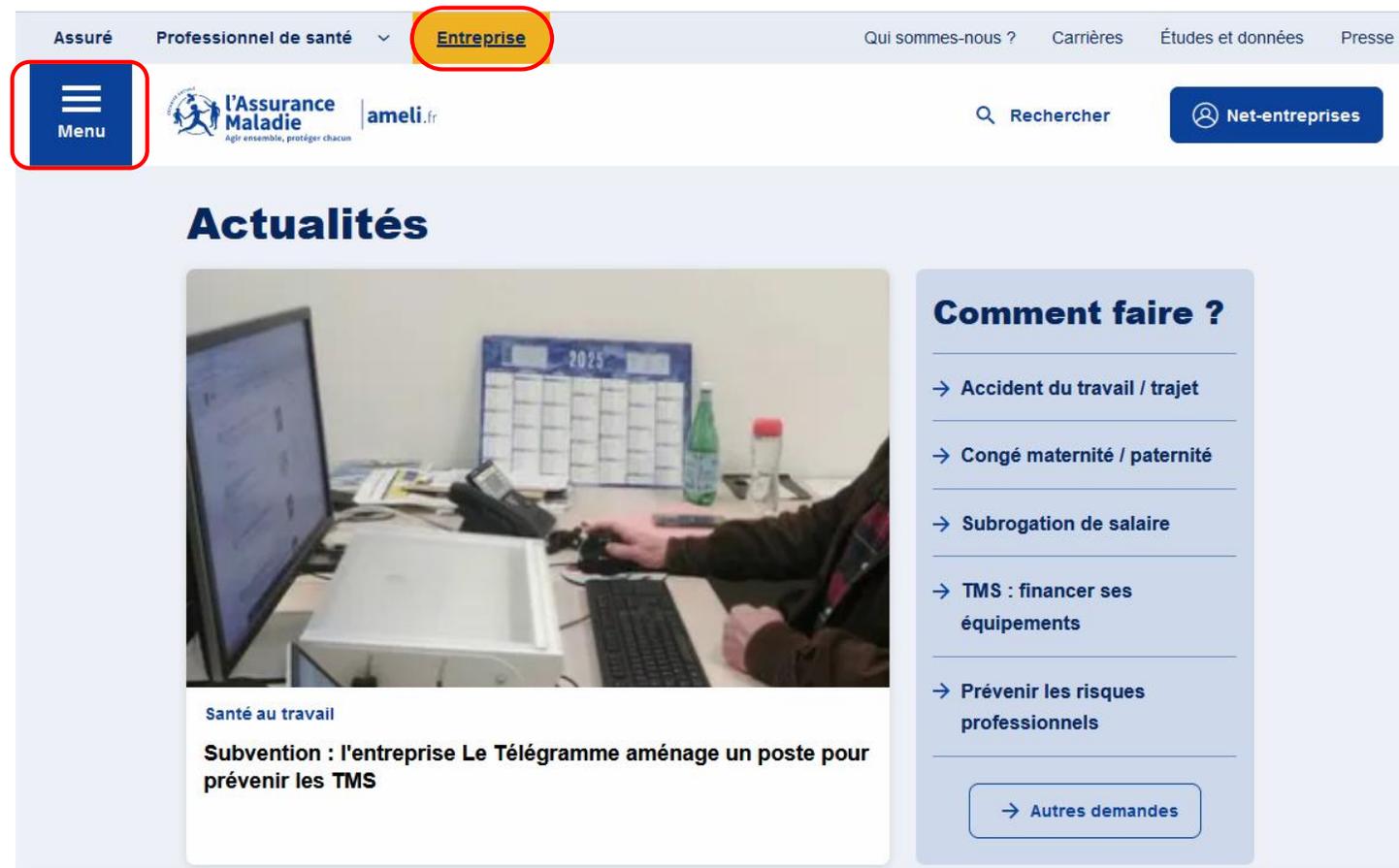
**Un seul numéro pour joindre
la hotline NET-ENTREPRISES et DSN :**

0 806 800 700 Service gratuit
+ prix appel

pour Net-entreprises, DSN, PASRAU
dès le 2 janvier 2024



[Ameli.fr pour les entreprises](https://www.ameli.fr)



The screenshot shows the Ameli.fr website interface for businesses. At the top, there are navigation tabs for 'Assuré', 'Professionnel de santé', and 'Entreprise' (highlighted with a red circle). A 'Menu' button is also highlighted with a red circle. The logo for 'l'Assurance Maladie' and 'ameli.fr' is visible. A search bar and a 'Net-entreprises' button are on the right. The main content area is titled 'Actualités' and features an article about workplace health with a photo of a person at a computer. A sidebar on the right lists various services under the heading 'Comment faire ?'.

Assuré Professionnel de santé **Entreprise** Qui sommes-nous ? Carrières Études et données Presse

Menu l'Assurance Maladie ameli.fr Agir ensemble, protéger chacun

Rechercher Net-entreprises

Actualités

Santé au travail

Subvention : l'entreprise Le Télégramme aménage un poste pour prévenir les TMS

Comment faire ?

- Accident du travail / trajet
- Congé maternité / paternité
- Subrogation de salaire
- TMS : financer ses équipements
- Prévenir les risques professionnels

→ Autres demandes

BONNE NAVIGATION