



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

SOMMAIRE

01

POINTS RÉGLEMENTAIRES

02

LES MODALITÉS DE SAISIE

03

RAPPELS

04

QUESTIONS

01

POINTS RÉGLEMENTAIRES

POINT DE DÉPART

Le médecin traitant peut prescrire une période de reprise à temps partiel pour motif thérapeutique à tout moment :

- À la suite d'un arrêt temps plein
- Sans arrêt précédent

Les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle



L'AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Les volets n°1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail sont destinés

à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Sans avis contraire du Médecin Conseil, la période de

temps partiel pour motif thérapeutique est réputée

acquise.

cerfa
n° 10170°07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L. 162-4-1-1 et L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-5 bis et L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

cerfa
n° 10170°07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 2, à adresser au service médical (qui le remettra aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L. 162-4-1-1 et L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-5 bis et L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

cerfa
n° 10170°07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L. 162-4-1-1 et L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-5 bis et L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

VERS UNE REPRISE RÉUSSIE

Le médecin du travail détermine les aménagements à apporter concernant :

- Le temps de travail
- Les équipements nécessaires



La durée et les horaires du **travail à temps partiel thérapeutique** sont à définir avec votre salarié, dans le respect des prescriptions du médecin du travail. Il peut varier entre 20 et 80%.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LA MISE EN PLACE DE LA REPRISE

Accord triparti entre :

- Médecin du travail
- Salarié
- Employeur



LES OBLIGATIONS DU SALARIÉ

- ▶ Transmettre l'avis d'arrêt de travail.
- Les volets 1 et 2 destinés à votre organisme d'assurance maladie dans les 48 heures
- Les volet 3 destiné à l'employeur
- ▶ Se soumettre au contrôle médical du Médecin Conseil



VOS OBLIGATIONS

- ▶ Mettre tout en œuvre pour que la reprise à temps partiel soit réussie
- ▶ Etablir l'attestation de salaire sur Net-Entreprises
 - * Chaque mois
 - * À terme échu

*Retrouvez toutes les informations sur notre site [ameli.fr / entreprise](http://ameli.fr/entreprise)
Formalités en cas de reprise à temps partiel pour motif thérapeutique*



LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL : DJT

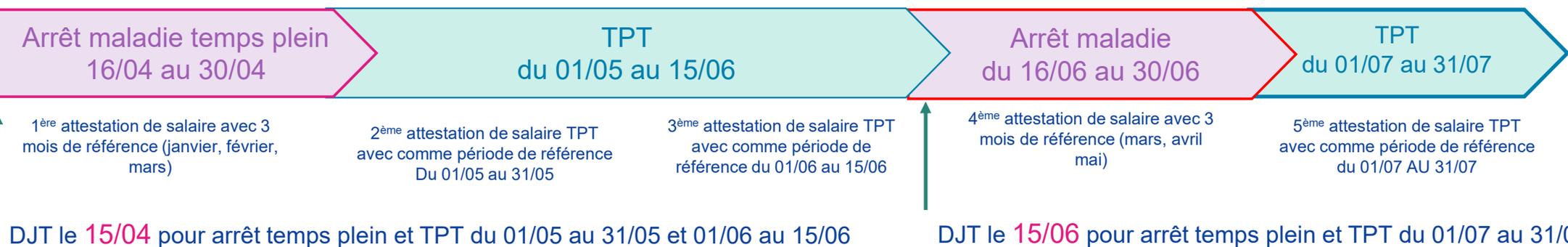
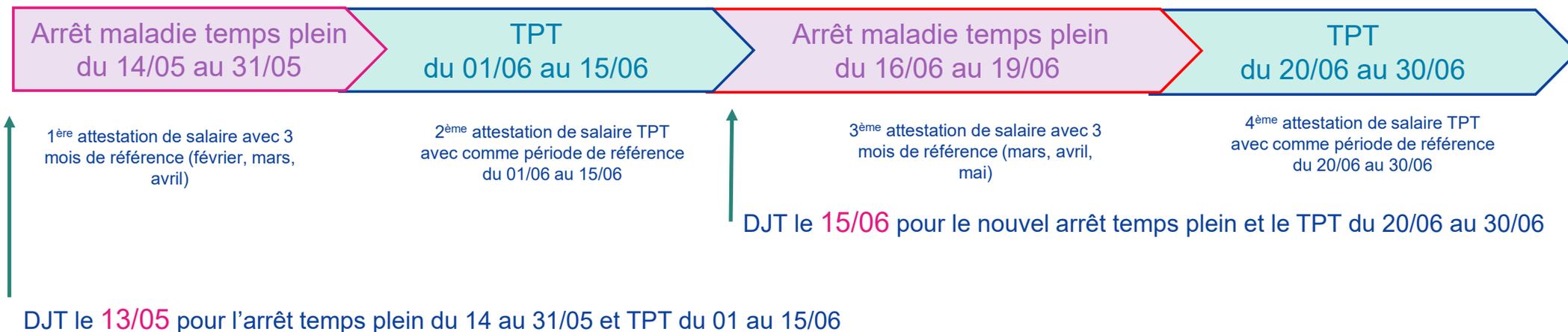


Le DJT : est le jour qui détermine le point de départ de la période de référence à prendre en compte pour, le calcul de l'indemnité journalière, l'ouverture des droits et le début de l'indemnisation.

En règle générale : Lorsque le salarié n'a pas travaillé de manière effective le jour de l'arrêt, le DJT se situe la veille de la prescription d'arrêt de travail.

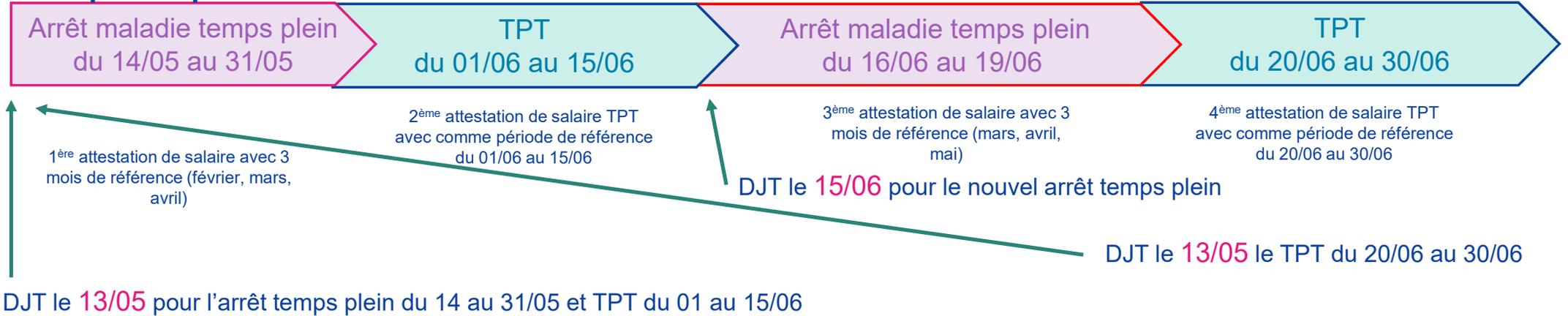
LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL AU RISQUE MALADIE

Enchaînements arrêts temps plein, puis temps partiel thérapeutique



LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL AU RISQUE MALADIE

La prescription initiale du TPT du 01/06 au 30/06

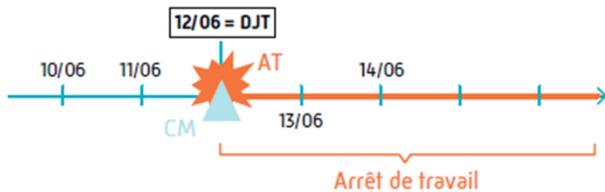


TPT initial 01/05 au 31/07 interrompu par un arrêt temps complet 16/06 au 15/08 suivi d'une nouvelle prescription en TPT 16/08 au 31/08

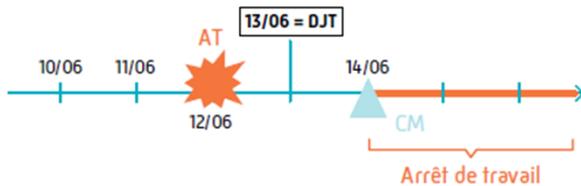


DATE DU DERNIER JOUR TRAVILLÉ AU RISQUE PROFESSIONNEL

Cas N°1: Votre salarié a un accident de travail qui entraîne un arrêt de travail immédiat, Le salarié a un arrêt de travail daté du jour de l'AT, soit le 12/06. **Le DJT est le 12/06,**



Cas N°2: Votre salarié a un accident de travail avec un arrêt postérieur à la date de l'accident, AT du 12/06 n'entraînant pas un arrêt immédiat, Le salarié a travaillé les 12 et 13/06 et fournit un arrêt de travail à compter du 14/06. **Le DJT est la veille de la prescription soit le 13/06.**



- Indiquer la **date de l'accident de travail**.
- Renseigner la **date du dernier jour de travail** qui habituellement est celle du jour de l'accident (en fonction de la prescription)

02

LES MODALITÉS DE SAISIE

LES MODALITÉS DE SAISIE

Actuellement, la saisie de l'attestation de salaire pour la reprise de travail à temps partiel est à effectuer uniquement sur Net-Entreprises.

The screenshot shows the 'NET-ENTREPRISES-FR' portal with the following elements:

- Logo: NET-ENTREPRISES-FR, GIP Modernisation des déclarations sociales
- Header: PORTAIL OFFICIEL DES DÉCLARATIONS SOCIALES EN LIGN
- Navigation: Home icon > Vos déclarations
- Section: Vos déclarations
- Three main declaration cards:
 - Attestation de salaire** (highlighted with a red circle): Attestation pour le versement des indemnités journalières. Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie.
 - DAT**: Déclaration d'accident du travail ou de trajet. Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie/RH.
 - Compte Entreprise**: Vos démarches maladie et risques professionnels. Assurance Maladie et Risques professionnels pour les entreprises.

LES MODALITÉS DE SAISIE

NET-ENTREPRISES-FR

L'ATTESTATION DE SALAIRE

Etape 1

Coordonnées du gestionnaire

Etape 2

Sélectionner :

- le 4^{ème} choix
- le risque concerné

Etape 3

Indiquer les coordonnées du salarié



1

2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET : 99900080500013
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET
Adresse : 86 RUE DE LA FEDERATION
75015 PARIS

Code APET : 748G
Siège social : oui

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

AIDE ?

← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE →



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

MODALITÉ DE SAISIE



ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

| Employeur | Assuré(e) |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| SIRET : 99900080500013 | NOM : <input type="text"/> |
| Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | Prénom : <input type="text"/> |

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - 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 : *

i Format des dates : jj/mm/aaaa



En cas d'erreur, effectuez une attestation rectificative !

Le dernier jour de travail à indiquer est :

- Le même que celui de l'arrêt à temps plein qui précède immédiatement

Ou

- La veille de la reprise à temps partiel

« Motif médical » coché par défaut

Préciser la situation de votre salarié à la date de l'arrêt

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



LES MODALITÉS DE SAISIE AU RISQUE MALADIE

Etape 5

Indiquer :

- La période concernée
- La perte de salaire subie

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

| Employeur | Assuré(e) |
|--|-----------------------|
| SIRET : 99900080500013 Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | NOM : x Prénom : x |

i Indiquer les périodes à payer pour chaque mois échu.
 Dans le cas suivant :
 Un mois normalement travaillé en TPT (ex : 1er au 28 février)
 Arrêt de travail temps plein intervenant durant ce même mois (ex : 5 au 12 février)
 => Il conviendra d'établir 3 attestations de salaires
 1 - Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique du 1er au 4 février
 2 - Attestation de salaire pour l'avis d'arrêt de travail à temps complet du 5 au 12 février
 3 - Attestation de salaire pour indemnisation du TPT du 13 au 28 février

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/07/2024 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | |
|----------------------|------------|-----------------------------|---------------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | |
| du | au | Motif | Perte Salaire |
| 01/09/2024 | 30/09/2024 | Temps partiel thérapeutique | 1000 |

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

LES MODALITÉS DE SAISIE AU RISQUE PROFESSIONNEL

Etape 5 1/2

Indiquer :

- La période concernée
- Le salaire brut réellement perçu
- Le montant de la cotisation (21 %)

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 : 99900080500013 Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | NOM : x Prénom : x |

→ 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 : 15/07/2024 Date de reprise :

| Date d'échéance de la paie | Période | | Montant brut | Part salariale à déduire du montant brut | |
|----------------------------|------------|------------|--------------|--|---------|
| | du | au | | | |
| 30/09/2024 | 01/09/2024 | 30/09/2024 | 1000 | 210 | Valider |

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

LES MODALITÉS DE SAISIE AU RISQUE PROFESSIONNEL

Etape 5 2/2

Indiquer :

- La perte de salaire brut
- Le montant de la cotisation (21 %)

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

| Employeur | Assuré(e) |
|--------------------------------------|------------|
| SIRET : 99900080500013 | NOM : x |
| Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | Prénom : x |

→ 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 | 01/09/2024 | 30/09/2024 | 1000 | 210 | NON | | |

(Red arrows point from the 'Salaire brut perdu' and 'Part salariale à déduire' columns to the input fields containing 1000 and 210 respectively.)

(A red circle highlights the '(2/2)' in the step title.)

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

INTERRUPTION DU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Cas particuliers tels que :

- Les congés payés
- La survenance d'un nouvel arrêt à temps plein



INTERRUPTION POUR CONGÉS PAYÉS

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique, il a eu une période de congé durant cette période

Situation :

Arrêt à temps complet 16/07/2024 au 31/08/2024
Reprise à temps partiel 01/09/2024 au 31/12/2024
Congés payés 10/09/2024 au 25/09/2024

► J'indique la perte de salaire pour la période du 01/09 au 09/09/2024

► J'indique « 0 » pour la période du 10/09 au 25/09/2024 (congés payés)

► J'indique la perte de salaire pour la période du 26/09 au 30/09/2024

Je transmets 1 seule attestation de salaire

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/07/2024 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | | |
|----------------------|------------|-------------------------------|---------------|----------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | | |
| du | au | Motif | Perte Salaire | |
| 01/09/2024 | 09/09/2024 | Temps partiel thérapeutique | 300.00 | Modifier |
| 10/09/2024 | 25/09/2024 | Congés payés | 0.00 | Modifier |
| 26/09/2024 | 30/09/2024 | Temps partiel thérapeutique ▼ | 400 | Valider |



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

INTERRUPTION POUR ARRÊT DE TRAVAIL À TEMPS PLEIN

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/07/2024 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | |
|----------------------|------------|-----------------------------|---------------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | |
| du | au | Motif | Perte Salaire |
| 01/09/2024 | 09/09/2024 | Temps partiel thérapeutique | 130 |

→ ARRET INITIAL - Maladie

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/06/2024 au 31/08/2024 , dernier jour de travail : 09/09/2024

| SALAIRES DE BASE | | Montant du salaire Brut : <input type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/> |
|----------------------|------------|---|
| Période de référence | | |
| du | au | |
| 01/06/2024 | 30/06/2024 | <input type="text"/> |
| 01/07/2024 | 31/07/2024 | <input type="text"/> |
| 01/08/2024 | 31/08/2024 | <input type="text"/> |

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 09/09/2024 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | |
|----------------------|------------|-----------------------------|---------------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | |
| du | au | Motif | Perte Salaire |
| 26/09/2024 | 30/09/2024 | Temps partiel thérapeutique | 956 |

Situation :

- Arrêt à temps complet 16/07/2024 au 31/08/2024
- Reprise à temps partiel 01/09/2024 au 31/12/2024
- Arrêt à temps complet (qui vient interrompre le TPT) 10/09/2024 au 25/09/2024
- Reprise à temps partiel 26/09/2024 au 31/12/2024

Je transmets 3 attestations de salaire

- 1 pour le temps partiel au début
- 1 pour l'arrêt à temps complet
Le dernier jour travaillé est la veille de l'arrêt à temps complet.
- 1 pour la suite de l'arrêt à temps partiel du mois
Le dernier jour travaillé est le même que celui de l'arrêt à temps plein qui le précède immédiatement.



MODALITÉ DE SAISIE



ÉTAPE 6 : SUBROGATION

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------------------|-------------|
| SIRET : 99900080500013 | NOM : mm |
| Raison sociale : GIP MDS TE! | Prénom : nn |



En cas de subrogation, la saisie de l'IBAN devient obligatoire et systématique

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.

Si vous pratiquez la subrogation
=> Cocher « OUI »

Indiquer la période maximale que peut prétendre votre salarié si vous appliquez la subrogation



MODALITÉ DE SAISIE

NET-ENTREPRISES-FR

L'ATTESTATION DE SALAIRE



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

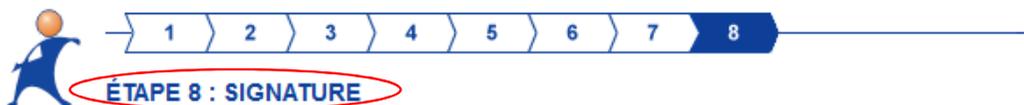
| Employeur | Assuré(e) |
|--|---|
| SIRET : <input type="text"/> Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | NOM <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> |

SIGNATURE

| | | |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| Fait à | <input type="text" value="PARIS"/> | Le : Jan 20, 2025 |
| Signataire : | TECHNICIEN DSIJ | |

[AIDE ?](#) | [\(ABANDONNER\)](#) | [ÉTAPE PRÉCÉDENTE](#) | [ÉTAPE SUIVANTE](#)

MODALITÉ DE SAISIE



| Employeur | Assuré(e) |
|----------------------------------|-------------------------|
| SIRET : 9999 Raison sociale : | NOM : mm Prénom : nn |

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.

Indiquer la VALIDATION par OUI

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

MODALITÉ DE SAISIE



ACCUSÉ DE DÉPÔT

Le document que vous venez de valider vient d'être envoyé à l'organisme national qui va se charger de son routage.

| | |
|--|---|
| Employeur | |
| SIRET : 999 Raison sociale : Adresse : | |
| Assuré(e) | |
| NIR : 1234567891011 Nom : mm Prénom : nn | |
| Attestation | |
| ARRET INITIAL - Maladie | |
| Votre dépôt a été envoyé sous l'identifiant : EDS-202402050835-591952229084 | |
| Votre profil utilisateur ne permet pas aux fichiers liés à cette DSIJ de suivre le circuit habituel. | |
| Imprimer l'accusé de dépôt ... | Visualiser le Cerfa ... |

Un accusé de dépôt est généré,
certifiant l'envoi de l'attestation de
salaire.

03

RAPPELS

RAPPELS

- ▶ Vérifier les comptes rendus DSIJ*
- ▶ Si subrogation => Vérifier les bordereaux de versements
- ▶ 1 SIRET = 1 RIB

* Déclaration de Salaire pour le Paiement des Indemnités Journalières



LES CONTACTS



NET-ENTREPRISES·FR

Un seul numéro pour nous contacter

0 806 800 700 Service gratuit + prix appel

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



NET-ENTREPRISES·FR

la base de connaissances
net-entreprises.custhelp.com



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Espace entreprise

<https://www.ameli.fr/entreprise>

3679 Service gratuit + prix appel



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Vos chargés à la relation aux entreprises

