



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

SOMMAIRE

01
POINT RÉGLEMENTAIRE

02
L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE MALADIE AVEC ARRÊT INITIAL

03
L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE MALADIE SANS ARRÊT INITIAL

04
L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE PROFESSIONNEL

01

POINT RÉGLEMENTAIRE

DÉMARCHES DU SALARIÉ

Démarches de votre salarié en cas de reprise à temps partiel thérapeutique :

Le salarié doit adresser la prescription à sa CPAM d'affiliation et avise son employeur via le volet 3, dans les 48 heures



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

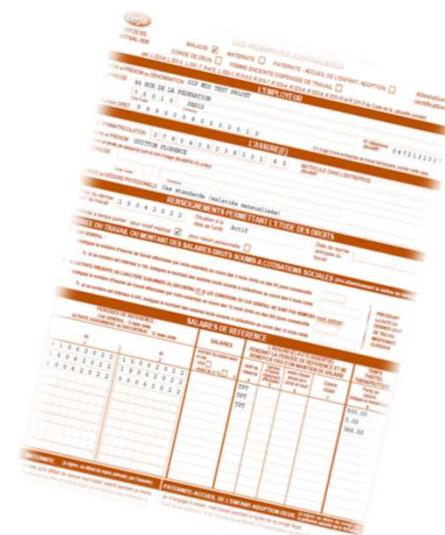


DÉMARCHES DE L'EMPLOYEUR

L'indemnisation d'un temps partiel thérapeutique se fait **uniquement** via **une attestation de salaire établie à terme échu** sur le site **Net-Entreprises.fr**.

L'employeur doit y indiquer :

- la période de travail à temps partiel correspondant à la prescription médicale
- le montant réel de la perte de salaire



[Retrouvez toutes les informations sur notre site ameli.fr / entreprise](https://www.ameli.fr/eure/entreprise)

<https://www.ameli.fr/eure/entreprise/vos-salaries/arret-de-travail/reprise-temps-partiel-therapeutique>

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

Votre salarié se voit prescrire un arrêt de travail avec une reprise de travail à temps partiel thérapeutique.

| L | M | M | J | V | S | D |
|------------------|----|----|-----------------------------|----|----|----------|
| | | | | 1 | 2 | 3 DJT |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Arrêt de travail | | | Temps partiel Thérapeutique | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | Temps partiel Thérapeutique | | | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | | | Temps partiel Thérapeutique | | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |



Le **Dernier Jour Travaillé** à indiquer sera le dimanche 3 sur l'attestation de salaire initiale **et** sur l' (les) attestation(s) de salaire pour le temps partiel thérapeutique

LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL AU RISQUE MALADIE

Votre salarié se voit prescrire un arrêt de travail avec une reprise de travail à temps partiel thérapeutique (TPT) jusqu'au 31. La reprise de travail en TPT est interrompu par un nouvel arrêt à temps complet.

INFO

La prescription en TPT reste valable jusqu'à la date de fin prescrite initialement, inutile pour le salarié de transmettre une nouvelle prescription.

| L | M | M | J | V | S | D |
|-----------------------------|----|----|-----------------------------|----|------------------|-----------|
| | | | | 1 | 2 | 3 DJT |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Arrêt de travail | | | Temps partiel thérapeutique | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 DJT |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | Arrêt de travail | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Arrêt de travail | | | | | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | | |

Le **Dernier Jour de Travail** à indiquer sera le dimanche 3 sur l'attestation de salaire initiale **et** sur l'attestation de salaire pour le temps partiel thérapeutique du jeudi 7 au dimanche 17, du lundi 25 au vendredi 29.

Le **Dernier Jour de Travail** à renseigner pour l'arrêt temps plein du lundi 18 sera le dimanche 17.

LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL AU RISQUE MALADIE

Votre salaire se voit prescrire une reprise de travail en temps partiel thérapeutique d'emblée, sans arrêt à temps plein au préalable.

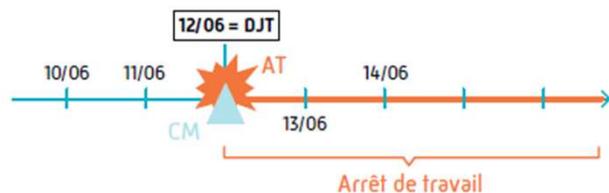
| L | M | M | J | V | S | D |
|-----------------------------|----|----|----|----|----|----------|
| | | | | 1 | 2 | 3 DJT |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |



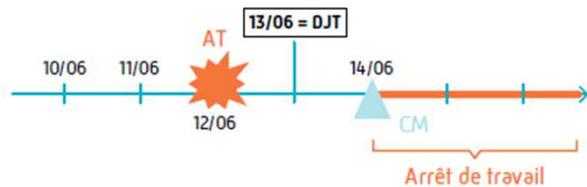
Le **Dernier Jour de Travail** à indiquer sera la veille de cette reprise de travail : le dimanche 3, il convient d'appliquer la règle générale. Le **Dernier Jour de Travail** restera le même pour toutes les pertes de salaires à transmettre.

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 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

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE

RISQUE MALADIE – AVEC ARRÊT INITIAL

EXEMPLE

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€.

- Arrêt temps plein (Faire un **SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT** arrêt de travail) : 06/06 au 31/07
- Temps partiel thérapeutique : 01/08 au 14/09
- Temps partiel thérapeutique : 15/09 au 30/09 (prolongation)
- Dernier jour travaillé : 05/06



MON PROFIL

ÉTAPE 1 : MON PROFIL

| Personne Autorisée | |
|--------------------|--------------|
| Nom : TI | Prénom : I |
| SIRET : 999 | Mél : dsij.I |
| Téléphone : | |

ⓘ Ce service ne permet pas la télédéclaration de l'attestation de salaire pour les salariés gérés par les sections locales mutualistes.

ⓘ Des infos bulles guident votre saisie sur ce formulaire dès lors que vous utilisez la souris pour opérer vos choix

TRANSMISSION DES ÉCHANGES

Saisie des formulaires en ligne (EFI) Dépôt de flux structurés (EDI)

PRÉFÉRENCES

Format des Accusés de Réception Logique et des Comptes-Rendus : PDF XML

Réception des Comptes-Rendus positifs :

ⓘ Vos préférences seront enregistrées au passage à l'étape suivante

→ Sélection de l'établissement déclaré

| Siret | Raison Sociale |
|----------------------------------|----------------|
| <input checked="" type="radio"/> | |

1/1

Pour la saisie d'un temps partiel thérapeutique, sélectionnez le formulaire en ligne (EFI).

Dans le cas de multi établissements, cochez le numéro Siret de rattachement de votre salarié.

Puis, passez à l'étape suivante.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ



ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

| Employeur |
|----------------|
| SIRET : |
| Raison sociale |

→ ARRET INITIAL - Maladie

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|---|
| N° d'immatriculation : | <input type="text"/> | * |
| Nom de famille : | <input type="text"/> | * |
| Nom d'usage : | <input type="text"/> | * |
| Prénom : | <input type="text"/> | * |
| Emploi ou catégorie professionnelle : | <input type="text"/> | * |

Format des dates : jj/mm/aaaa

- Cas standards (salariés mensualisés)
- Activité discontinue
- Apprentis
- Artistes / Musiciens / Mannequins
- Artistes auteurs
- Assurés Volontaires
- Clercs de notaire
- Concierges / Assistantes Maternelles
- Gérants sociétés multiples
- Hommes sandwiches / Dockers
- Journalistes
- Négociateurs (CRPCEN)
- Personnes assistées
- Praticiens Auxiliaires médicaux
- Stagiaires F.P.
- Travailleurs intérimaire
- Travailleurs saisonniers
- Travailleurs à domicile
- VRP / Démonstrateurs

Indiquer l'identité de mon salarié.

Indiquer sa catégorie socio-professionnelle.

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ ARRET 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 : *

Date de reprise anticipée du travail : * OU * Travail non repris à ce jour ou repris à la date prévue

Situation à la date de l'arrêt : *

JUSTIFICATIF DES DROITS

| | | |
|-------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Cas Général | Pour la période du : | 01/03/2023 au 31/05/2023 |
| | Nombre d'heures effectuées | <input type="text"/> |
| | Pour la période du : | 01/12/2022 au 31/05/2023 |
| | Salaire brut soumis à cotisations | <input type="text"/> € |

i Format des dates : jj/mm/aaaa

★ En cas d'erreur, effectuez une attestation rectificative !

Indiquer le nombre d'heures réellement effectuées sur la période de référence

Indiquer le montant des salaires soumis à cotisations si moins de 150H sur la période de référence



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ ARRÊT INITIAL - Maladie

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/03/2023 au 31/05/2023 , dernier jour de travail : 05/06/2023

| SALAIRES DE BASE | | | |
|----------------------|------------|--|----------|
| Période de référence | | Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/> | |
| du | au | | |
| 01/03/2023 | 31/03/2023 | 2000.00 | Modifier |
| 01/04/2023 | 30/04/2023 | 2000.00 | Modifier |
| 01/05/2023 | 31/05/2023 | <input type="text" value="2000"/> | Valider |

Valider ligne par ligne
Passer à l'étape suivante

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)

AIDE ? | (ABANDONNER) | ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLÉTER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALLEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 99€ | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

ⓘ 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 : 05/06/2023

| 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 |
| 01/03/2023 | 31/03/2023 | 2000.00 | | | | Valider |
| 01/04/2023 | 30/04/2023 | 2000.00 | | | | Valider |
| 01/05/2023 | 31/05/2023 | 2000.00 | | | | Valider |

- Absence autorisée
- Accident du travail
- Chômage total ou partiel
- Congés payés
- Congé Deuil de l'enfant
- Femme Enceinte Dispensée de travail
- Fermeture de l'établissement
- Maladie
- Maternité
- Maladie professionnelle
- Nouvelle embauche
- Paternité
- Journée d'appel à la défense
- Temps partiel thérapeutique

AIDE ? (ABANDONNER) ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

A compléter uniquement si une absence autorisée est présente dans la période de référence

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 6 : SUBROGATION

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------------|-------------|
| SIRET : 9991 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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.

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



ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

SIGNATURE

| | | |
|--------------|------------------------------------|------------------|
| Fait à | <input type="text" value="PARIS"/> | Le : Feb 5, 2024 |
| Signataire : | TECHNICIEN DSIJ | |

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



ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

| 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 PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

Indiquer la VALIDATION par OUI

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶



ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



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.



RECONSTITUTION DE L'ATTESTATION DE SALAIRE: ARRÊT TEMPS PLEIN DU 06/06 AU 31/07

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (recueil et s'il y a lieu))

ADRESSE

Code Postal Commune

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail Situation à la date de l'arrêt Date de reprise anticipée du travail

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

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

↳ 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

PRECEDANT
LA DATE DU
DERNIER JOUR
DE TRAVAIL
MENTIONNEE
CI-DESSUS

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 : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21% <input type="checkbox"/> | Motif de l'absence | Nombre d'heures réellement effectuées | | Nombre d'heures prévues par le contrat de travail |
| du | au | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 1 0 3 2 0 2 3 | 3 1 0 3 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |
| 0 1 0 4 2 0 2 3 | 3 0 0 4 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |
| 0 1 0 5 2 0 2 3 | 3 1 0 5 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |



CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

| Employeur | |
|-------------------------------|--------------------|
| SIRET : 9990 ... | Code APET : 748G |
| Raison sociale | Siège social : oui |
| Adresse : 86 75015 PARIS | |

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

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

Sélectionner « attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique »

Sélectionner le risque concerné.

Passer à l'étape suivante

ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/08 AU 30/09



| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : MM |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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 : 05/06/2023 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | | |
|----------------------|------------|-----------------------------|---------------|----------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | | |
| du | au | Motif | Perte Salaire | |
| 01/08/2023 | 04/08/2023 | Temps partiel thérapeutique | 129.03 | Modifier |
| 05/08/2023 | 15/08/2023 | Congés payés | 0.00 | Modifier |
| 16/08/2023 | 31/08/2023 | Temps partiel thérapeutique | 516.13 | Modifier |

Votre salarié a posé des CP du 05/08 au 15/08: neutraliser la période

Indiquer la perte de salaire

ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/08 AU 30/09

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€.



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 9994 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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 : 05/06/2023

Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | | |
| du | au | Motif | Perte Salaire | |
| 01/09/2023 | 30/09/2023 | Temps partiel thérapeutique | 1000.00 | <input type="button" value="Modifier"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Temps partiel thérapeutique | <input type="text" value="0"/> | <input type="button" value="Valider"/> |

Indiquer la perte de salaire



RECONSTITUTION ATTESTATION DE SALAIRE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Code Postal _____ Commune _____

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE **Cas standards (salariés mensualisés)**

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail **0 5 0 6 2 0 2 3** Situation à la date de l'arrêt **Actif** Date de reprise anticipée du travail _____

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

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(s) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs
- ↳ 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(s) 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

PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS

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 : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> | Motif de l'absence | Nombre d'heures réellement effectuées | Nombre d'heures prévues par le contrat de travail | | Salaire rétabli | Perte de salaire (indiquez le montant brut) | | |
| du | au | 1 | | | | | 2 | | | 3 | 4 |
| 0 1 0 8 2 0 2 3 | 0 4 0 8 2 0 2 3 | | | | | | | | | | 129.03 |
| 0 5 0 8 2 0 2 3 | 1 5 0 8 2 0 2 3 | | | | | | | | | | 0.00 |
| 1 6 0 8 2 0 2 3 | 3 1 0 8 2 0 2 3 | | | | | | | | | | 516.13 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Après avoir complété les étapes « subrogation » et « validation » vous obtenez la reconstitution de l'attestation de salaire

03

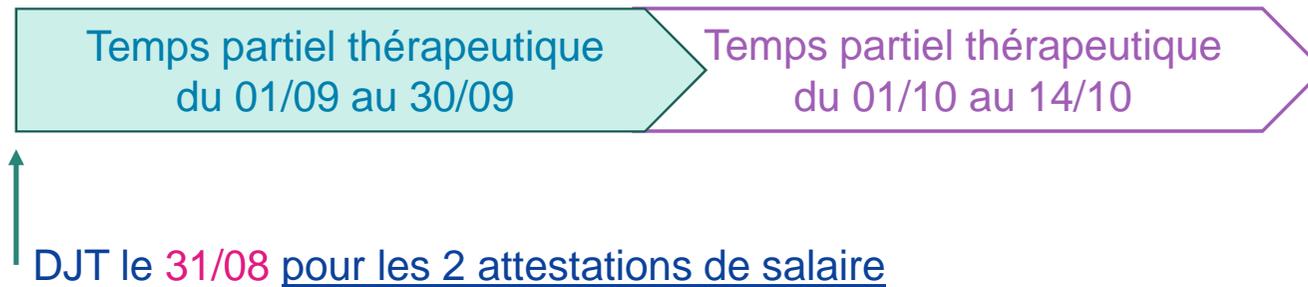
LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE

RISQUE MALADIE – SANS ARRÊT INITIAL

EXEMPLE

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€.

- Temps partiel thérapeutique d'emblée : 01/09 au 14/10
- Dernier jour travaillé : 31/08



La date du Dernier Jour Travaillé correspond à la veille **du premier** temps partiel thérapeutique

CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

| Employeur | |
|----------------|--------------------|
| SIRET : 999 | Code APET : 748G |
| Raison sociale | Siège social : oui |
| Adresse : 86 F | |
| 75015 PARIS | |

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

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

Sélectionner « attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel 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 ▶

Sélectionner le risque concerné.

Passer à l'étape suivante



ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/09 AU 14/10

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€.



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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 sans arrêt initial - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 31/08/2023 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | | |
| du | au | Motif | Perte Salaire | |
| 01/09/2023 | 30/09/2023 | Temps partiel thérapeutique | 1000.00 | Modifier |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Temps partiel thérapeutique | <input type="text" value="0"/> | Valider |

Indiquer la perte de salaire



ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/09 AU 14/10



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/03/2023 au 31/08/2023 , dernier jour de travail : 31/08/2023 , date de reprise:

| SALAIRES DE BASE | | | |
|----------------------|------------|--|----------|
| Période de référence | | Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/> | |
| du | au | | |
| 01/06/2023 | 30/06/2023 | 2000.00 | Modifier |
| 01/07/2023 | 31/07/2023 | 2000.00 | Modifier |
| 01/08/2023 | 31/08/2023 | <input type="text" value="2000"/> | Valider |

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)

Indiquer les salaires bruts de la période de référence
Passer à l'étape suivante



ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/09 AU 30/09

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 9990 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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 « temps partiel thérapeutique » 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 : 31/08/2023 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 |
| 01/06/2023 | 30/06/2023 | 2000.00 | | | | Valider |
| 01/07/2023 | 31/07/2023 | 2000.00 | | | | Valider |
| 01/08/2023 | 31/08/2023 | 2000.00 | | | | Valider |

AIDE ? (ABANDONNER) ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

- Absence autorisée
- Accident du travail
- Chômage total ou partiel
- Congés payés
- Congé Deuil de l'enfant
- Femme Enceinte Dispensée de travail
- Fermeture de l'établissement
- Maladie
- Maternité
- Maladie professionnelle
- Nouvelle embauche
- Paternité
- Journée d'appel à la défense
- Temps partiel thérapeutique

A compléter uniquement si une absence autorisée est présente dans la période de référence

RECONSTITUTION ATTESTATION DE SALAIRE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Code Postal Commune

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE Cas standards (salariés mensualisés)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail 3 1 0 8 2 0 2 3 Situation à la date de l'arrêt Actif Date de reprise anticipée du travail

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

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 150.00
 ↳ 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 | | | Motif de l'absence | Nombre d'heures réellement effectuées | Nombre d'heures prévues par le contrat de travail | | Salaires rétablis |
| du | au | | | | | | |
| 0 1 0 6 2 0 2 3 | 3 0 0 6 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |
| 0 1 0 7 2 0 2 3 | 3 1 0 7 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |
| 0 1 0 8 2 0 2 3 | 3 1 0 8 2 0 2 3 | 2000.00 | | | | | |
| 0 1 0 9 2 0 2 3 | 3 0 0 9 2 0 2 3 | | TPT | | | | 1000.00 |

Après avoir complété les étapes « subrogation » et « validation » vous obtenez la reconstitution de l'attestation de salaire

Les informations concernant le nombre d'heures travaillées et les salaires de la période de référence sont nécessaires pour l'étude des droits et le calcul du taux de l'indemnité journalière en temps partiel thérapeutique

La perte de salaire

ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 01/09 AU 14/10



| Employeur | Assuré(e) |
|------------------------------------|-------------------------|
| SIRET : 9991 Raison sociale : I | NOM : MM Prénom : nn |

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 : 31/08/2023 Date de reprise :

| SALAIRES DE BASE | | TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|
| Période de référence | | SALAIRES DE RÉFÉRENCE | | |
| du | au | Motif | Perte Salaire | |
| 01/10/2023 | 14/10/2023 | Temps partiel thérapeutique | 451.61 | <input type="button" value="Modifier"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Temps partiel thérapeutique | <input type="text" value="0"/> | <input type="button" value="Valider"/> |

Après avoir complété les étapes « subrogation » et « validation » vous obtenez la reconstitution de l'attestation de salaire

Indiquer la perte de salaire

AIDE ? (ABANDONNER) | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE

04

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE

RISQUE PROFESSIONNEL

EXEMPLE: ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE PROFESSIONNEL AVEC ARRÊT INITIAL

Votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€.

Accident du travail au 23/03

- Arrêt temps plein : 24/03 au 10/04
- Temps partiel thérapeutique : 11/04 au 30/04
- Dernier jour travaillé : 23/03



DJT le **23/03** pour les 2 attestations de salaire

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

| Employeur | |
|------------------|--------------------|
| SIRET : 9991 | Code APET : 748G |
| Raison sociale : | Siège social : oui |
| Adresse : | |
| 75015 PARIS | |

Choisir le type d'attestation de salaire

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

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

Sélectionner le risque

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

Maladie

- Maladie
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

| Employeur | Assuré(e) |
|----------------|-------------|
| SIRET : 999I | NOM : mm |
| Raison sociale | Prénom : nn |

→ ARRÊT INITIAL - Accident du travail

Attestation rectificative

Date de l'accident : *

Date du dernier jour de travail : *

Date de reprise anticipée du travail : * OU Travail non repris à ce jour ou repris à la date prévue

Période de référence génération automatique : 1 mois (du 01/02/2023 au 28/02/2023) saisie manuelle

Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

Format des dates : jj/mm/aaaa

Indiquer la date de l'accident du travail.
Renseigner la date du dernier jour de travail

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶



ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 9990 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ ARRET INITIAL - Accident du travail

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

Rappel du dernier jour de travail : 23/03/2023

| Date d'échéance de la paie | Période | | Montant brut | Part salariale à déduire du montant brut | |
|----------------------------|------------|------------|--------------|--|----------|
| | du | au | | | |
| 28/02/2023 | 01/02/2023 | 28/02/2023 | 2000.00 | 420.00 | Modifier |

Format des dates : jj/mm/aaaa

Indiquer le montant brut du mois de référence précédent le DJT et la part salariale de 21%



ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999I | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ ARRÊT INITIAL - Accident du travail

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

| Date de versement | Période à laquelle se rapportent les versements | | Montant brut | Part salariale à déduire du montant brut | |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|--|--|
| | du | au | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="Valider"/> |

i Format des dates : jj/mm/aaaa

Indiquer s'il y a des primes autres que mensuelles (ex: annuelle, trimestrielle, ponctuelles, prime de bilan...) versées au cours des 12 derniers mois

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

ATTESTATION POUR ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'EVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ ARRET INITIAL - Accident du travail

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

A compléter uniquement si une absence autorisée est présente dans la période de référence

| INTERRUPTION DU TRAVAIL | | | Salaire brut perdu | Part salariale à déduire du salaire brut | Maintien de Salaire | Valider |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|---------------------|---------|
| Motif | du | au | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

- Absence autorisée
- Allocation maternité/Risques particuliers
- Allocation maternité/Travail de nuit
- Accident du travail
- Chômage total ou partiel
- Congés payés
- Fermeture de l'établissement
- Maladie
- Maternité
- Maladie professionnelle
- Nouvelle embauche
- Paternité
- Journée d'appel à la défense
- Temps partiel thérapeutique

ÉTAPE SUIVANTE ▶

RECONSTITUTION DE L'ATTESTATION DE SALAIRE: ARRÊT TEMPS PLEIN DU 24/03 AU 10/04

A COMPLETER UNIQUEMENT SI JE NE PRATIQUE PAS LE SIGNALEMENT D'ÉVENEMENT ARRÊT DE TRAVAIL

Adresse : _____
 Code postal : _____
 Date d'embauche : 0 1 0 1 2 0 2 0 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 médicale de la maladie professionnelle : 2 3 0 3 2 0 2 3
 Date du dernier jour de travail : 2 3 0 3 2 0 2 3
 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 ET ACCES- SOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE | SALAIRE DE BASE | | | ACCESSOIRES DU SALAIRE | | | FRAIS PROFES. | | |
|--|----------------------------------|------------|------------|------------------------|--|---|---|-------------------------|----------------|
| | Date d'échéance de la paye | du | au | 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 | Soumis à cotisations | Déd. sup. % |
| | 28/02/2023 | 01/02/2023 | 28/02/2023 | 2000.00 | 5 | 6 | 420.00 | 7 | 8 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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 | du | au | 12 | 13 |
| | 10 | 11 | | |
| | | | | |

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 eu une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu | Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 15 |
| | 14 | 15 | 16 | 18 | 19 |
| | | | OUI ... NON | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Si OUI, précisez : | | |
| | | | Intégral <input type="checkbox"/> | | |
| | | | Partiel <input type="checkbox"/> | | |

D Ces particuliers

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

Après avoir complété les étapes « subrogation » et « validation » vous obtenez la reconstitution de l'attestation de salaire

Indiquer la part salariale qui correspond à 21% du montant brut



ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 11/04 AU 30/04



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

| Employeur | |
|-------------------------------|--------------------|
| SIRET : 9991 | Code APET : 748G |
| Raison sociale : | Siège social : oui |
| Adresse : 86 R 75015 PARIS | |

Choisir le type d'attestation de salaire

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

| Employeur | |
|--|--------------------|
| SIRET : 99900080500013 | Code APET : 748G |
| Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET | Siège social : oui |
| Adresse : 86 RUE DE LA FEDERATION 75015 PARIS | |

Sélectionner le risque

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 11/04 AU 30/04



ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : mm |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

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

Attestation rectificative

Date de l'accident : 23/03/2023  *

Date du dernier jour de travail : 23/03/2023  *

Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

 Format des dates : jj/mm/aaaa

Indiquer la date de dernier jour de travail ainsi que la date de l'accident

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 11/04 AU 30/04



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

| Employeur | Assuré(e) |
|------------------|-------------|
| SIRET : 999 | NOM : MM |
| Raison sociale : | Prénom : nn |

→ 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 : 23/03/2023 Date de reprise :

| Date d'échéance de la paie | Période | | Montant brut | Part salariale à déduire du montant brut | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------|
| | du | au | | | |
| 30/04/2023 | 11/04/2023 | 30/04/2023 | 666.66 | 139.99 | Modifier |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Valider |

Format des dates : jj/mm/aaaa

Indiquer le montant réel brut perçu au cours de la période concernée



ATTESTATION POUR LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE DU 11/04 AU 30/04



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

| Employeur | Assuré(e) |
|--------------------------------|-------------------------|
| SIRET : 9990 Raison sociale | NOM : MM Prénom : nn |

Déduire les 21% du montant brut

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

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

| INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRIS MOTIF MEDICAL | | | Salaire brut perdu | Part salariale à déduire du salaire brut | Maintien de Salaire | Valider |
|---|------------|------------|--------------------|--|---------------------|---------|
| Motif | du | au | | | | |
| Temps partiel thérapeutique | 11/04/2023 | 30/04/2023 | 666.66 | 139.99 | | |
| Temps partiel thérapeutique | | | | | | |
| Congés payés | | | | | | |

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Indiquer la perte de salaire de la période concernée selon la prescription médicale

RECONSTITUTION DE L'ATTESTATION DE SALAIRE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE DU 11/04 AU 30/04

Date d'embauche : 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 Profession : Cas standards (salariés mensualisés)

Qualification professionnelle :

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail maladie professionnelle

Date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : 2 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3

Date du dernier jour de travail : 2 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3

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 | | | ACCESSOIRES DU SALAIRE | | | FRAIS PROFES. | | |
|---|----------------------------|------------|------------|------------------------|--|--|--|----------------------|-------------|
| | Date d'échéance de la paye | du | au | Montant brut | Avantages en nature et pécuniaires 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 déclarer sur colonnes 4, 5 et 6 | Soumis à cotisations | Ded. sup. % |
| | 30/04/2023 | 11/04/2023 | 30/04/2023 | 666.66 | | | 139.99 | | |

| B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base | | | | | C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée | | | | | |
|---|---|----|--------------|--|---|------------|------------|--|---|--|
| Date de versement | Période à laquelle se rapporte le versement | | Montant brut | Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déclarer sur colonne 12 | Motif | du | au | D1: s'agit d'une interruption autorisée | | Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déclarer sur colonne 16 |
| | 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 | |
| | | | | | | | | OUI | NON | |
| | | | | | TPT | 11/04/2023 | 30/04/2023 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 666.66 |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 139.99 |

Après avoir complété les étapes « subrogation » et « validation » vous obtenez la reconstitution de l'attestation de salaire

Montant du salaire brut réellement perçu

Perte de salaire

COORDONNEES UTILES

Site internet :
[ameli.fr/entreprise](https://www.ameli.fr/entreprise)

Net-entreprises.fr :
- le MOOC
[Formation-net-entreprises.fr](https://www.formation-net-entreprises.fr)

- la base de connaissances
[net-entreprises.custhelp.com](https://www.net-entreprises.custhelp.com)

Comité Normand
<https://www.comitenormand-netentreprises.fr/>

Contacts téléphoniques :

Net-entreprises : 0806 800 700

Suivi de vos dossiers : 36 79

Aide au remplissage net-entreprises ou aide signalement
d'évènement : 3679 – choix 2

Vos délégués normands à la relation aux entreprises

