



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

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)



Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



Prescrit par un professionnel
de santé



Doit être **médicalement
justifié**



**Reprise progressive à
temps plein du salarié**



**Désinsertion
professionnelle d'un salarié**

DÉFINITION (2/2)



Accord de
l'employeur



Temps de
travail réduit



Médecin du
travail



MISES À JOUR RÉGLEMENTAIRES



L'arrêt à temps complet précédant un temps partiel thérapeutique n'est plus obligatoire

Sur l'arrêt c'est la mention « travail aménagé ou temps partiel »

QUIZ

Question :

Mon salarié est en temps partiel thérapeutique du 10/10 au 20/10/2025.

Sur quelle période dois-je déclarer la perte de salaire sur l'attestation de salaire ?

- ~~Du 01/10 au 31/10/2025~~
- ~~Du 01/10 au 20/10/2025~~
- ~~Du 10/10 au 31/10/2025~~
- Du 10/10 au 20/10/2025



LA REPONSE EN IMAGE

Arrêt à temps complet ou
période travaillée ou congés
payés ...

Temps partiel
thérapeutique
**10/10 au
20/10/2025**

Arrêt à temps
complet ou période
travaillée ou congés
payés ...

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.

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

N° 1112PM
ATTAL_R03

L'EMPLOYEUR

Nom et Prénoms de l'employeur
Adresse
N° d'immatriculation
N° de l'établissement
Adresse

L'ASSURÉ

Nom et Prénoms
Adresse

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

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

PERIODE DE TRAVAIL, OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUS JOURS A COTISATIONS SOCIALES

Indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par semaine (au cours des 12 mois civils ou des 30 jours consécutifs)
% du nombre de salariés à l'arrêt
Indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par semaine (au cours des 12 mois civils ou des 30 jours consécutifs)
% du nombre de salariés à l'arrêt

SALAIRES DE RÉFÉRENCE

Période de référence	Salaire	Moyennes mensuelles de la période de référence				Moyenne mensuelle de la période de référence
		Salaires	Salaires	Salaires	Salaires	
12 mois civils						
30 jours consécutifs						

Signature de la personne autorisée qui délivre le certificat

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Noms des personnes autorisées à signer le certificat
Date de signature
Signature de l'employeur

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**.



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%**.

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :
Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

N° d'immatriculation :
Nom de famille :
Nom d'usage :
Prénom :
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) *

Format des dates : j/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur Assuré(e)

SIRET :
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 *

Format des dates : j/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

Dernier Jour de Travail (DJT)

Arrêt maladie du 06/01 au 16/03

TPT du 17/03 au 30/04

DJT 05/01

DJT 05/01

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 €**

Période du
Temps Partiel
Thérapeutique

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET	NOM :
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

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 : :	NOM : :
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

1 SIRET = 1 même RIB

Dates de subrogation conformément à la convention collective ou accord de branche ou décret

Cochez «oui»

VALIDATION DE L'ATTESTATION

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à : **VANNES** Le : **May 6, 2025**

Signataire : **TECHNICIEN DSIJ**

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

« Etape suivante »

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

11330165 ATTSAL-TER

MALADIE ☒ MATERNITÉ ☐ PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION ☐
CONGÉ DE DEUIL ☐ FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL ☐
(Art. L.323-4, L.323-5, L.323-6, L.323-7, R.323-1, R.323-2, R.323-3, R.323-4, R.323-5, R.323-6, R.323-7, R.323-8, R.323-9, R.323-10, R.323-11, R.323-12, R.323-13, R.323-14, R.323-15 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRÉNOM ou DENOMINATION :
ADRESSE :
N° SIRET :
N° d'IMMATRICULATION :
NOM et PRÉNOM :
ADRESSE :
N° de téléphone :
211 s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

L'ASSURÉ(E)

NOM et PRÉNOM :
ADRESSE :
N° de téléphone :
211 s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

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 À COTISATIONS SOCIALES (sans affectation à la caisse au versement)

1. CAS GÉNÉRAL : Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs :
% si le nombre est inférieur à 160, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils
2. L'ACTIVITÉ PRÉSENTE UN CARACTÈRE SAISONNIER OU DISCONTINU : LES CONDITIONS DU CAS GÉNÉRAL NE SONT PAS REMPLIES (voir tableau) :
Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs :
% si le nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

SALAIRES DE RÉFÉRENCE

PERIODES DE RÉFÉRENCE : CAS GÉNÉRAL : 6 mois civils ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	SALAIRES	L'ASSURÉ(E) A-T-IL/ELLE BÉNÉFICIÉ D'UN MAINTIEN DE SALAIRE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BÉNÉFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE	TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
du	à	Montant ou salaire brut (en €) : 1. CAS GÉNÉRAL : 6 mois civils 2. ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	Précédant la date du dernier jour de travail mentionnée ci-dessus
1 7 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	1. CAS GÉNÉRAL : 6 mois civils 2. ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	600,00

MATERNITÉ (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)
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.

PATERNITÉ-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION-DEUIL (à signer au début du congé par la personne assurée ou la personne assurée qui le demande)
Je m'engage à cesser mon travail salarié 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 :
Nom du signataire :
Fait à : le :
Signature de l'employeur

ATTSAL-TER S3201q

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 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 PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Saisissez «OUI»
et cliquez sur « Etape suivante »

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 : _____

Raison sociale : _____

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

N° d'immatriculation : _____

Nom de famille : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

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 : _____	NOM : _____
Raison sociale : _____	Prénom : _____

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

☐ Attestation rectificative

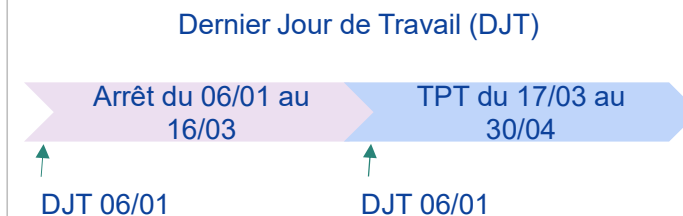
Date de l'accident : 06/01/2025

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

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)


Employeur		Assuré(e)	
SIRET :		NOM	
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	
	du	au			
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600	126	Valider

 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

**Taux
forfaitaire
21%**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM :
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 REPRISE MOTIF MEDICAL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire
Motif	du	au			
Temps partiel thérapeutique	17/03/2025	31/03/2025	500	105	NON

Format des dates : jj/mm/aaaa

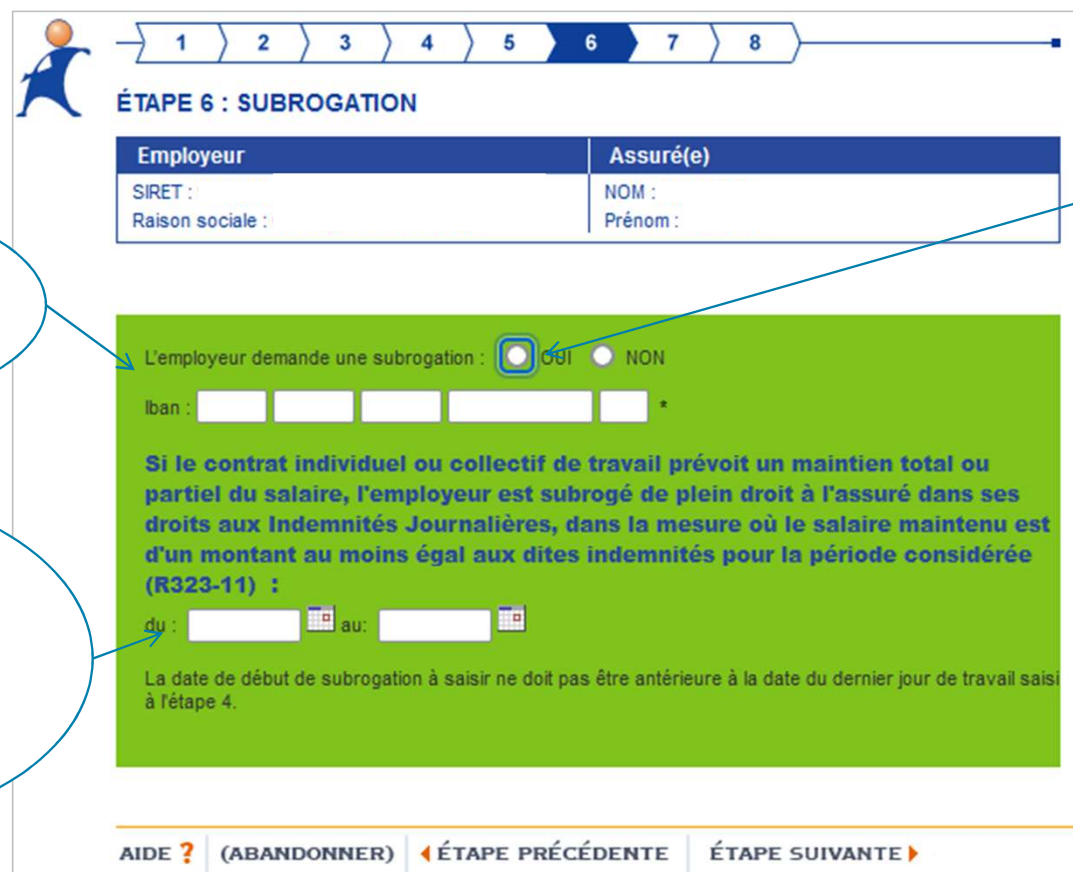
21%

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

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

**Taux
forfaitaire
21%**

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT



The screenshot shows a web form for 'ÉTAPE 6 : SUBROGATION'. At the top, a progress bar indicates steps 1 through 8, with step 6 highlighted. The form is divided into two main sections: 'Employeur' and 'Assuré(e)'. The 'Employeur' section includes fields for 'SIRET :', 'Raison sociale :', and 'Iban :'. The 'Assuré(e)' section includes fields for 'NOM :', 'Prénom :', and 'L'employeur demande une subrogation :'. Below these fields, there is a green box containing text about subrogation and a date selection area. At the bottom, there are navigation buttons: 'AIDE ?', '(ABANDONNER)', 'ÉTAPE PRÉCÉDENTE', and 'ÉTAPE SUIVANTE'.

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

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

1 SIRET = 1 même RIB

Dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret

Cochez «oui»

APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à : Le : May 6, 2025

Signataire : **TECHNICIEN DSJ**

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

« Etape suivante »

Attestation de salaire
accident du travail ou maladie professionnelle

N° 11157*02
ATTSLATMP-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 :
Adresse :
N° de téléphone :
Code postal :

L'ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(le chantier n'est pas considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse :
N° de téléphone :
Code postal :

N° SIRET de l'établissement :
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du travail applicable à l'activité dans laquelle est complétée le salaire de la victime

LA VICTIME

N° d'immatriculation :
A défaut, sexe : 1 Date de naissance :
Nom et prénom (nom de famille, prénoms)
Adresse :
Code postal :
Date d'embauche : Profession : Cas standards (salarisés mensualisés)
Qualification professionnelle :
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui ☐ Non ☒

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail ☒ maladie professionnelle ☐
Date de l'accident ou de la survenue 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 RÉFÉRENCE (en fonction de la date de l'arrêt)

A Période de référence	B SALAIRE DE BASE		C ACCESOIRES DU SALAIRE		D TOTAL
	Date d'origine de la paye	Montant brut	Accessoires en nature et en espèces	Accessoires en espèces	
31/03/2025	17/03/2025	600.00		126.00	

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 exonérée à déduire	Montant net
9	10	11	12	13

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

Interruption du travail :
OUI ☒ NON ☐
Si l'arrêt a été autorisé :
Date d'entrée en arrêt : 17/03/2025
Date de reprise : 31/03/2025
Montant net : 500.00
Taux forfaitaire 21% ou part exonérée à déduire : 105.00


SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du au
Le salaire sera maintenu : Intégralement ☐ partiellement ☐
Régime de l'employeur :
et domicile :
Fait à : le :
Nom du signataire et qualité :
Signature de l'employeur :
ATTSLATMP-PRE 562021

VALIDATION DE L'ATTESTATION

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 : 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 <input type="checkbox"/>									
SALAIRE DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)									
SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE					
A	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	Avantages en nature et prestations non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (dont inclus dans celui-ci)	Taux forfaitaire 21% ou part forfaitaire des cotisations à déclarer sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFES. Soutis à cotisations	Déd. sup. %
	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 forfaitaire 21% ou part forfaitaire des cotisations à déclarer sur colonne 12	C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée				
	5	du 10 au 11	12	13	Interruption du travail				
					Motif	du	au	Si le victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	
					14	15	16	Si le victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	
					TPT	17/03/2025	31/03/2025	OUI ... 17 NON	18
								<input checked="" type="checkbox"/>	19
									500.00
									105.00

Vérification de l'attestation au format PDF



1
2
3
4
5
6
7
8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : _____	NOM : _____
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 PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie

VALIDATION ?

Saisissez « OUI » et cliquez sur « Etape suivante »

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

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.

MARS

N°	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
9						1	2
						TPT	
10	3	4	5	6	7	8	9
	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT
11	10	11	12	13	14	15	16
	TPT		Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés
12	17	18	19	20	21	22	23
			Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés
13	24	25	26	27	28	29	30
			TPT	TPT	TPT	TPT	TPT
14	31						
	TPT						

Les périodes de congés payés doivent être découpées.

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT MALADIE



12345678

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur		Assuré(e)	
SIRET :		NOM :	
Raison sociale :		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	Modifier
12/03/2025	23/03/2025	Congés payés	0.00	Modifier
24/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	300.00	Modifier
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	Temps partiel thérapeutique	<input type="text" value="0"/>	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 <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils <input type="text"/>																				
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 <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils <input type="text"/>																				
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 type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3		Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire <input type="checkbox"/> alth	Perte de salaire (indiquez le montant brut)										
du		au				4	5	6	7	8										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
0	1	0	3	2	0	2	5	1	1	0	3	2	0	2	5		TPT			400.00
1	2	0	3	2	0	2	5	2	3	0	3	2	0	2	5		COP			0.00
2	4	0	3	2	0	2	5	3	1	0	3	2	0	2	5		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 : Raison sociale : ...	NOM : 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

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Salaire brut PERCU à Temps Partiel Thérapeutique

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

Etape 2

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM :
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 REPRISE 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

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

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 : 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 ☐

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

A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE		
	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
SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	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	du 10 au 11	12	13

C

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

Motif	du	au	S'il s'agit d'une interruption autorisée		Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
			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	
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	Intégral <input type="checkbox"/>	Partiel <input type="checkbox"/>	300.00 63.00

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM :
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 PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

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.



NET-ENTREPRISES-FR
GIP Modernisation des déclarations sociales



 1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET :		Code APET : 748G
Raison sociale :		Siège social : oui
Adresse :		

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

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET : 999000
Raison sociale

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

N° d'immatriculation : 150 72
Nom de famille :
Nom d'usage :
Prénom :
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

Dernier Jour Travail = la veille TPT

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

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
Pour la période du :
Salaire brut soumis à cotisations €

Format des dates : jj/mm/aaaa


AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

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

 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"/> €

 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 sur 3 mois 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 : _____	NOM : _____
Raison sociale : _____	Prénom : _____

Dernier Jour de Travail (DJT)

Période travaillée

TPT du 09/04 au 30/04

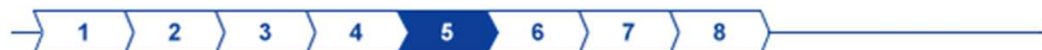
DJT 08/04

→ 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 :	NOM :
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	
du	au	Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
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)



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

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 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 : 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	<div><div></div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div>Valider</div>
01/02/2025	28/02/2025	2200.00	<div><div></div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div>Valider</div>
01/03/2025	31/03/2025	2200.00	<div><div></div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div>Valider</div>

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 ☒ pour raison personnelle ☐

DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement)

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

↳ 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	Salaire qd alt	
du	au	Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>					4
1	2	3					8
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

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 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

06

CAS PARTICULIER

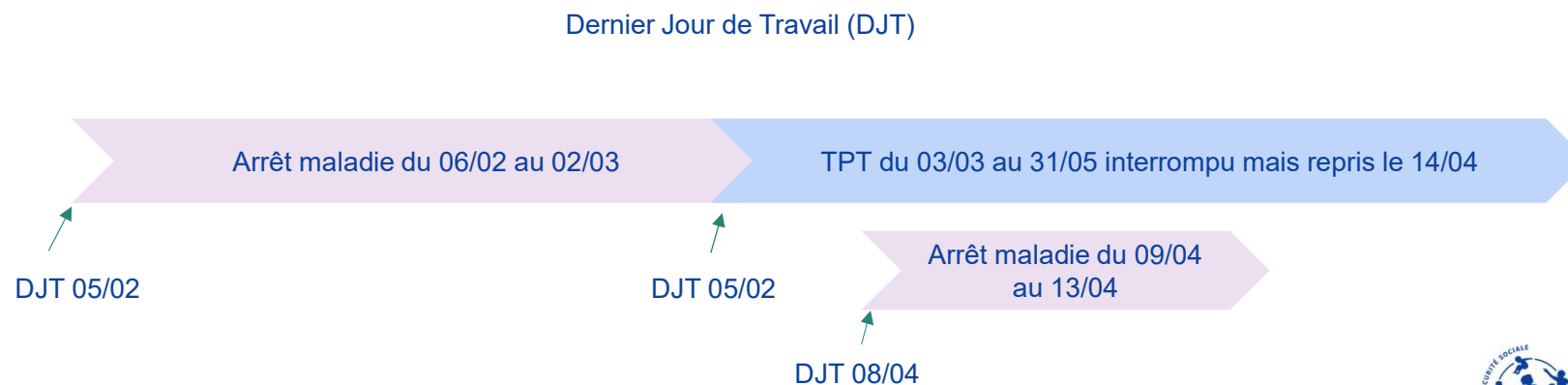
UN ARRET TEMPS COMPLET

INTERROMPT LE TPT

UN ARRET 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 ARRET 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 :	NOM :
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	<input type="text"/>

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

1

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu


→ ARRET INITIAL - Maladie

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2

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	
du	au	Brut : <input checked="" type="radio"/>	Réduit : <input type="radio"/>
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

 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)



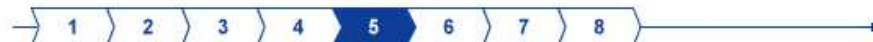
AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2



→ 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	<div><div></div></div>				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

A l'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 ☐ pour raison personnelle ☐

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

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

↳ 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	Salaire rétabli	
du	au	Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6	7	8
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	

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM
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 PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

3EME ATTESTATION : TPT DU 14 AU 30 AVRIL

 ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : Raison sociale :	NOM : 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	<input type="text"/> 0

3

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

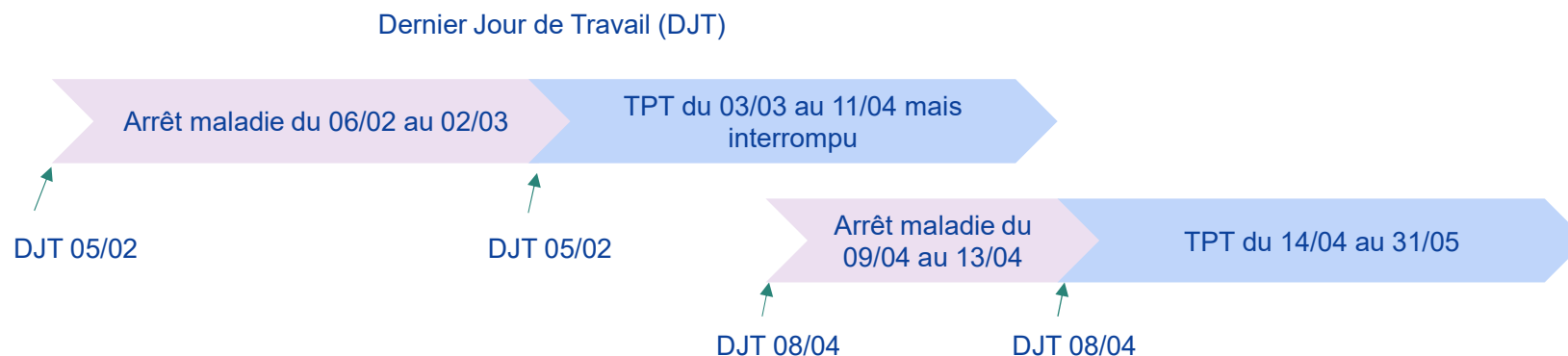


**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

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 nouveau Temps Partiel Thérapeutique du 14/04 au 31/05 (à 50%)



UN ARRET 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

$$\begin{aligned} &\text{IJ temps partiel brut} \\ &= \\ &\text{perte de salaire brut} \div \text{nombre de jours prescrits} \end{aligned}$$

L'indemnité journalière de temps partiel brut est soumise 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](https://www.ameli.fr)

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 la caisse d'Assurance Maladie :
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

The screenshot shows the Ameli.fr website interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Assuré', 'Professionnel de santé', and 'Entreprise' (highlighted with a red circle). Below the navigation bar, there is a 'Menu' button (highlighted with a red box) and the Ameli.fr logo. The main content area is titled 'Actualités' and features a photo of a person working at a computer. Below the photo, the text reads: 'Santé au travail' and 'Subvention : l'entreprise Le Télégramme aménage un poste pour prévenir les TMS'. On the right side, there is a section titled 'Comment faire ?' with a list of links: '→ Accident du travail / trajet', '→ Congé maternité / paternité', '→ Subrogation de salaire', '→ TMS : financer ses équipements', and '→ Prévenir les risques professionnels'. At the bottom right, there is a button labeled '→ Autres demandes'. The footer of the page features the Ameli logo and the text 'Agir ensemble, protéger chacun'.

Participez à nos prochains webinaires ou regardez les derniers replays

<https://webinaires.cpam16.fr/>

