



**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 RÈGLEMENTAIRES

**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 RÈGLEMENTAIRES

## DÉFINITION (1/2)



### Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



Prescrit par un professionnel de santé



Doit être **médiatement 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 RÈGLEMENTAIRES



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.

L'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières (volet 3 employeur) de l'Assurance Maladie est un document officiel. Il contient les sections suivantes :

- Entête :** ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDÉMNIÉTÉS JOURNALIÈRES, avec le logo de l'Assurance Maladie et les numéros de version et de date.
- Section L'EMPLOYEUR :** Informations sur l'employeur (nom, adresse, SIRET, SIREN, code postal, ville), la date d'entrée en poste et la date d'arrêt à temps partiel.
- Section L'ASSURÉ :** Informations sur l'assuré (nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse, code postal, ville), la date d'entrée en poste et la date d'arrêt à temps partiel.
- Section RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS :** Indique si l'assuré a bénéficié d'un arrêt à temps partiel pour motif thérapeutique.
- Section SALAIRE DU TRAVAIL, OU MONTANT DES SALAIRES MÉSSEURS RÉSULTANT DES COTISATIONS SOCIALES :** Indique le montant des salaires mesurés pour motif thérapeutique.
- Section SALAIRES DE RÉPÉTITION :** Tableau pour les salariés à temps partiel et à temps plein, indiquant les salaires de répétition et les cotisations sociales correspondantes.
- Section MATERNE / PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT / ADOPTION :** Informations sur les périodes de maternité, paternité, accueil de l'enfant ou adoption.
- Section SUBROGATION EN CAS DE MANTENIR DE SALAIRE :** Informations sur la subrogation en cas de maintien de salaire.
- Section SIGNATURES :** Signatures de l'assuré et 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 Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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



SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

# SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

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

1 2 3 4 5 6 7 8

**ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ**

**Employeur**

SIRET :  
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 : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ►

1 2 3 4 5 6 7 8

**ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS**

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

**Information** 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 :  \*

Format des dates : jj/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<sup>er</sup> 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**

**Perte de salaire et validez**

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

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

# SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 SIRET = 1 même RIB

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

Cochez «oui»

**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 : .....

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](#)

# VALIDATION DE L'ATTESTATION


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

## ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

### SIGNATURE

Fait à	VANNES	Le : May 6, 2025
Signataire :	TECHNICIEN DSJ	

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

## « Etape suivante »



A
1
2
3
4
5
6
7
8

## ÉTAPE 8 : SIGNATURE

<b>Employeur</b> SIRET : <input type="text" value="445 123 456 789 0123456789"/> Raison sociale : <input type="text" value="SOCIÉTÉ DE SERVICES EN LIGNE"/>	<b>Assuré(e)</b> NOM : <input type="text" value="DUPONT"/> Prénom : <input type="text" value="Jean"/>
---	---

*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 PRÉCEDENTE pour revenir sur votre saisie.*

VALIDATION ?

---

ETAPÉ ? (ABANDONNER)
ETAPÉ PRÉCEDENTE
ETAPÉ 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 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 : ..... Raison sociale	NOM : ..... 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](#)

Dernier Jour de Travail (DJT)

Arrêt du 06/01 au  
16/03

TPT du 17/03 au  
30/04

DJT 06/01

DJT 06/01

## 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	<input type="button" value="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

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

**Taux forfaitaire 21%**

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

**Taux  
forfaitaire  
21%**

21%

## SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 SIRET = 1 même RIB

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

 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](#)

Cochez «oui»

# APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION

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

**ÉTAPE 7 : SIGNATURE**

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

**SIGNATURE**

Fait à : / Le : May 6, 2025

Signataire : TECHNICIEN DSIJ

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

« Etape suivante »

**cerfa**  
N° 11137\*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 : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_  
N° d'IRIS de l'établissement : \_\_\_\_\_  
Numéro de la Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptaibilisé le salaire de la victime : \_\_\_\_\_  
RÉSERVÉ CPAM

**LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_  
A défaut, sexe : 1 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) \_\_\_\_\_  
Féminin / Masculin \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Date d'embauche : \_\_\_\_\_  
Profession : Cas standards (salariés mensualisés) \_\_\_\_\_  
Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_  
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI  NON  CPAM \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL**

Motif de l'arrêt : accident du travail  maladie professionnelle   
Date de l'accident ou de la réapparition 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**

SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU LARME DU LARME DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE	SALAIRE DE BASE		ACCÉSOIRES DU SALAIRE		FRAIS PROFS. SOUTIEN À LA FAMILLE Dd. sub. %	
	Date d'échéance de la période de référence	du	au	Montant brut		Asémptes en nature et en numéraire versées à la régie privée qui exerce dans le secteur d'activité de la victime
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00	126.00	126.00	

**B**

Rappel de salaire et accessoires du salaire versés avec une période différente de celle du salaire de base

Date de versement	Periode à laquelle le versement a été effectué	Montant brut									
5	du 10 au 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	17/03/2025	31/03/2025									

**C**

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

Interruption du travail

Mont	du	au	Mont	du	au	Mont	du	au	Mont	du	au
5	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
17/03/2025	31/03/2025										

**D**

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 : \_\_\_\_\_

**SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE**

Periode pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Le salaire sera maintenu : Intégralement  partiellement

IBAN de l'employeur : \_\_\_\_\_

(obligatoire, voir coordonnées bancaires et domiciliation)

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature de l'employeur \_\_\_\_\_  
Nom du signataire et qualité : \_\_\_\_\_

ATTSLATMP-PRE 062023

# 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 <sup>re</sup> 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"/>									
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)									
A SALAIRE DE BASE ET ACCES- SORIES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE			ACCESOIRES DU SALAIRE					
	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	Accessoires en nature et professionnelle, inclus dans le salaire brut de base	Indemnité, prime, gratification versée au même titre que le salaire brut de base dans la mesure où il est inférieur à 21% du part salariale des cotisations sur cotisations 4, 5 et 6	Taux forfaitaire 21% du part salariale des cotisations sur cotisations 4, 5 et 6	FRAIS PROFES. Sousmis à cotisations	Décl. sup.
	1 31/03/2025	2 17/03/2025	3 31/03/2025	4 600.00	5	6	7 126.00	8	9
B Rappel de salaire et accessoires du salaire versés avec une période différente de celle du salaire de base				Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée					
	Date de versement	Periode à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 21% du part salariale des cotisations à déduire sur cotisation 12	Motif	du	au	La victime a subi une perte de salaire, l'assurance maladie a versé le brut perdu	Taux forfaitaire 21% du part salariale des cotisations à déduire sur cotisation 10
	10	11	12	13 TPT	14 17/03/2025	15 31/03/2025	16 <input type="checkbox"/> OUI ... 17 ... NON <input checked="" type="checkbox"/>	18 500.00	19 105.00

## Vérification de l'attestation au format PDF



### ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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 ETAPE PRÉCEDENTE 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						8	9
						TPT	
11						15	16
						Congés Payés	
12						22	23
						Congés Payés	
13						29	30
						TPT	
14							
							TPT
31							

**Les périodes de congés payés doivent être découpées.**

## SAISIE SUR NET ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT MALADIE

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

### ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : Raison sociale	NOM : 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
12/03/2025	23/03/2025	Congés payés	0.00
24/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	300.00
		Temps partiel thérapeutique	0

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)							
<p>► CAS GENERAL :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs <input type="text"/> <span style="float: right;">PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS</span></p> <p>↳ 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"/></p> <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs <input type="text"/></p> <p>↳ 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"/></p>							
SALAIRES DE REFERENCE							
PERIODES DE REFERENCE :			SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils			Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire <del>Q8</del> alh
du	au		- brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21% <input type="checkbox"/>	4	5	6	7
1	2						Perte de salaire (indiquez le montant brut)
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

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
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

Format des dates : jj/mm/aaaa

**Salaire brut  
PERCU à  
Temps Partiel  
Thérapeutique**

## SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT 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

**Brut PERDU à Temps Partiel Thérapeutique**

**Etape 2**

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		<a href="#">Modifier</a>
Congés payés	12/03/2025	23/03/2025	0.00	0.00		<a href="#">Modifier</a>
Temps partiel thérapeutique	24/03/2025	31/03/2025	300.00	63.00		<a href="#">Modifier</a>

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL											
Motif de l'arrêt : accident du travail <input checked="" type="checkbox"/>		maladie professionnelle <input type="checkbox"/>									
Date de l'accident ou de la 1 <sup>re</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle 1 5 0 1 2 0 2 5											
Date du dernier jour de travail 1 5 0 1 2 0 2 5											
Date de reprise du travail					Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>						
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)											
A	SALAIRE DE BASE				ACCESOIRS 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 5, 6 et 8	5	6	7	
	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				
DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	31/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	300,00			63,00				
	B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base										
	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	9	10	11	12	13		
C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement Interruption du travail S'il s'agit d'une interruption autorisée											
Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18	14	15	16	17	18	19
TPT	01/03/2025	11/03/2025	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	400,00	84,00						
COP	12/03/2025	23/03/2025	SI OUI, précisez : 0,00	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 : 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 PRÉCEDENTE 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**.



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

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

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 : 1501 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  
SIRET : 999000  
Raison sociale

Assuré(e)  
NOM : TEST  
Prénom : TEST

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

**Information :** 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 :  15/01/2013

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	
<p><b>Information :</b> 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.</p>	
<input type="checkbox"/> Attestation rectificative	
Date du dernier jour de travail : <input type="text"/> *	
Reprise à temps partiel * <input checked="" type="radio"/> Motif médical	
Situation à la date de l'arrêt : <input type="text"/> * Actif	
<b>JUSTIFICATIF DES DROITS</b>	
Cas Général Pour la période du : <input type="text"/>	
Nombre d'heures effectuées <input type="text"/>	
Pour la période du : <input type="text"/>	
Salaire brut soumis à cotisations <input type="text"/> €	
<b>Format des dates : jj/mm/aaaa</b>	



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.

Dernier Jour de Travail (DJT)

Période travaillée TPT du 09/04 au 30/04

DJT 08/04

 **ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)**

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

→ 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

# 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 ,

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

 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)

# TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



## ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

**i** La première partie du tableau n'est à compléter qu'en cas d'absence AUTORISÉE de votre salarié(e) durant la période de référence. En cas d'absence non autorisée, passez à l'étape suivante.

La dernière ligne du tableau est à renseigner pour la période couverte par le temps partiel thérapeutique. Chaque ligne au motif éétemps partiel thérapeutiqueé 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 :

SALAIRS DE BASE			TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET					
Période de référence		Montant du salaire Brut	SALAIRE DE RÉFÉRENCE					
du	au		Motif	H réelles	H complet	salaire rétabli		
01/01/2025	31/01/2025	2200.00					<b>Valider</b>	
01/02/2025	28/02/2025	2200.00					<b>Valider</b>	
01/03/2025	31/03/2025	2200.00					<b>Valider</b>	

# VISUEL ATTESTATION (MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS										
Date du dernier jour de travail			0 8 0 4 2 0 2 5		Situation à la date de l'arrêt		Actif		Date de reprise anticipée du travail	
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>										
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement)										
<p>► CAS GENERAL :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs <b>456.00</b></p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils <b></b></p> <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs <b></b></p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils <b></b></p>										
SALAIRES DE REFERENCE										
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils				Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire temp alt		
du	au	1	2	- brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
0 1 0 1 2 0 2 5	3 1 0 1 2 0 2 5			2200.00						800.00
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						

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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 PRÉCEDENTE 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 Raison sociale :	NOM : Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

SALAIRS DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRS DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
01/04/2025	08/04/2025	Temps partiel thérapeutique	<b>350.00</b> <small>Modifier</small>
		Temps partiel thérapeutique	0 <small>Valider</small>

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

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

1

Arrêt maladie du 09/04  
au 13/04

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



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

### 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

SALAIRS 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
01/02/2025	28/02/2025	450.00
01/03/2025	31/03/2025	1170.00

 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 

## 2ÈME 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

A l'étape  
suivante

→ ARRET INITIAL - Maladie

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

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

47

AIDE ? | (ABANDONNER) | **ÉTAPE PRÉCÉDENTE** | **ÉTAPE SUIVANTE** ►



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

# 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
		1 1 1		

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 salari(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 245.00

► 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 salari(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs 245.00  
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils 245.00

**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			Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire rétabli
ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils						Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du	au					
1	2					
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

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

**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 ETAPE PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.*

VALIDATION ? oui

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 :	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
<b>14/04/2025</b>	<b>30/04/2025</b>	Temps partiel thérapeutique	<b>710.00</b>
		Temps partiel thérapeutique	0

3

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

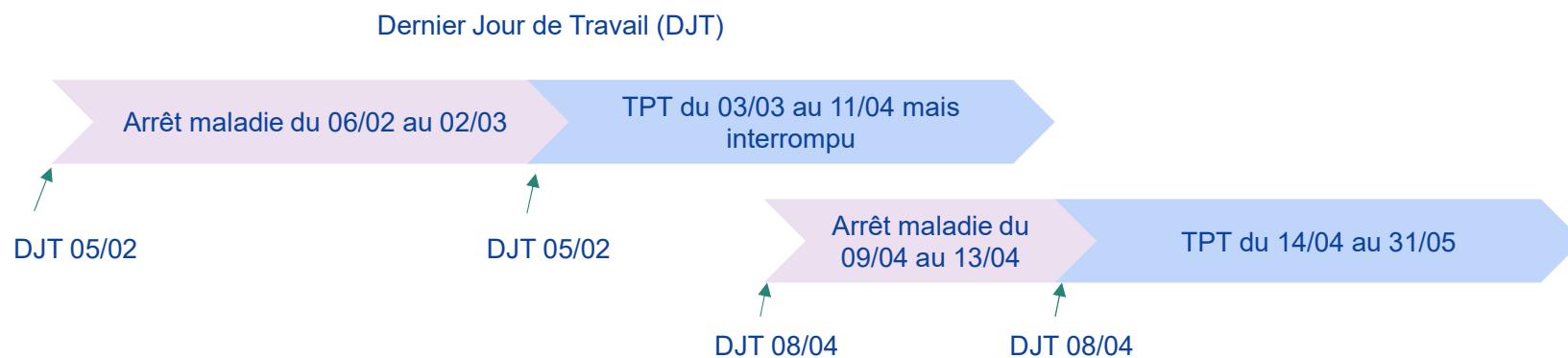
TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04  
au 13/04

## UN ARRET MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

**2<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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](http://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 :



Ameli.fr pour les entreprises

Ameli.fr pour les entreprises

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

Menu

l'Assurance Maladie ameli.fr

Rechercher

Net-entreprises

## Actualités

Santé au travail

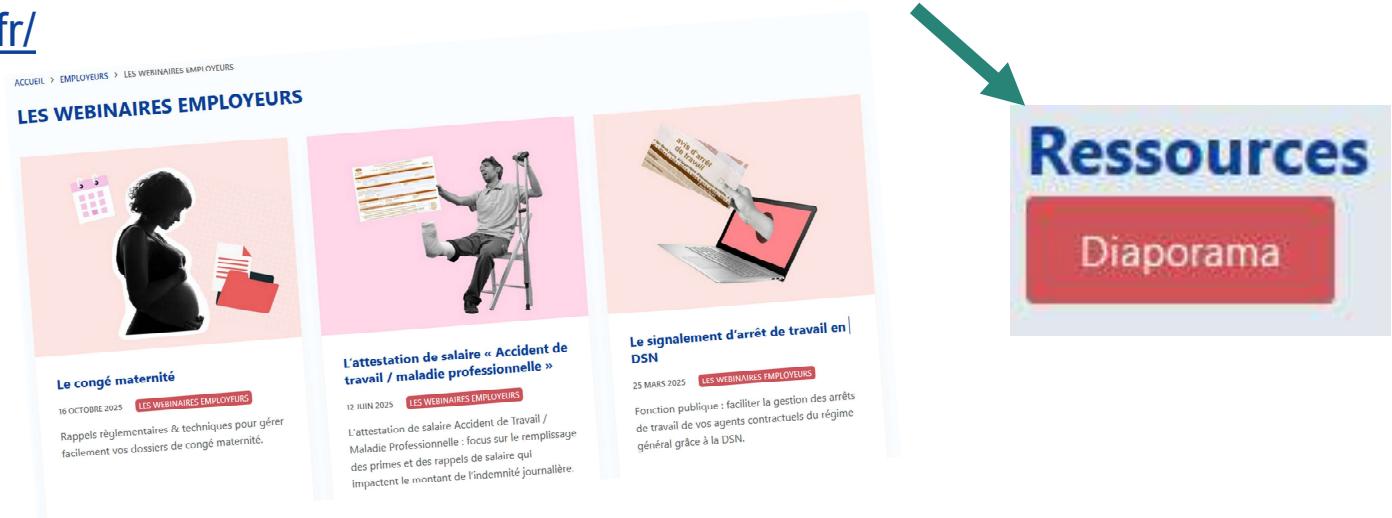
Subvention : l'entreprise Le Télégramme aménage un poste pour prévenir les TMS

### Comment faire ?

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

## Participez à nos prochains webinaires ou regardez les derniers replays

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



ACCUEIL > EMPLOYEURS > LES WEBINAIRES EMPLOYEURS

### LES WEBINAIRES EMPLOYEURS

**Le congé maternité** 16 OCTOBRE 2025 LES WEBINAIRES EMPLOYEURS Rappels réglementaires & techniques pour gérer facilement vos dossiers de congé maternité.

**L'attestation de salaire « Accident de travail / maladie professionnelle »** 12 JUIN 2025 LES WEBINAIRES EMPLOYEURS L'attestation de salaire Accident de Travail / Maladie Professionnelle : focus sur le remplissage des primes et des rappels de salaire qui impactent le montant de l'indemnité journalière.

**Le signalement d'arrêt de travail en DSN** 25 MARS 2025 LES WEBINAIRES EMPLOYEURS Fonction publique : faciliter la gestion des arrêts de travail de vos agents contractuels du régime général grâce à la DSN.

