



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE



SOMMAIRE

01

RAPPEL RÉGLEMENTAIRE

02

L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE MALADIE AVEC ARRÊT INITIAL

03

L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE MALADIE SANS ARRÊT INITIAL

04

L'ATTESTATION DE SALAIRE RISQUE PROFESSIONNEL

01

RAPPEL RÉGLEMENTAIRE

DÉMARCHES DU SALARIÉ

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

Afin de bénéficier du maintien partiel de son indemnisation maladie pendant la durée de sa **reprise à temps partiel thérapeutique**, votre salarié doit vous transmettre la **prescription médicale** établie par son médecin (volet 3).



La durée et les horaires du **travail à temps partiel thérapeutique** ne sont pas arrêtés par la loi. Ils sont donc à définir avec votre salarié, dans le respect des préconisations du médecin du travail.



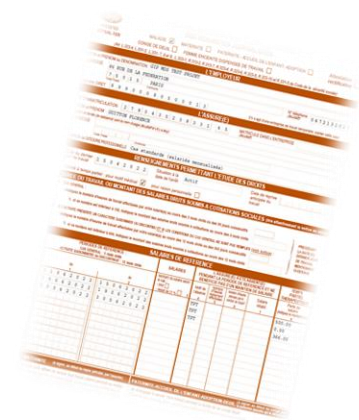
DÉMARCHES DE L'EMPLOYEUR

L'indemnisation, par l'Assurance Maladie, d'un temps partiel pour motif thérapeutique se fait **uniquement** via **une attestation de salaire établie par l'employeur à terme échu** sur le site [Net-Entreprises.fr](https://net-entreprises.fr).

Cette attestation permet de calculer le montant dû par l'Assurance Maladie.

Il correspond à la perte de salaire subie du fait de l'absence pour temps partie thérapeutique.

Le montant est limité au montant de l'indemnité journalière de l'arrêt à temps complet.



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



Les consignes déclaratives actuelles du TPT (saisie sur net Entreprises) resteront applicables durant toute l'année 2024.

En savoir +



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

02

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

RISQUE MALADIE – AVEC ARRÊT INITIAL

ETAPE 1 : MON PROFIL

ÉTAPE 1 : MON PROFIL

Personne Autorisée	
Nom :	Prénom :
SIRET :	Mél :
Télépho :	

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

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

TRANSMISSION DES ÉCHANGES

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

PRÉFÉRENCES

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

Réception des Comptes-Rendus positifs : ☒

 Vos préférences seront enregistrées au passage à l'étape suivante

→ Sélection de l'établissement déclaré

	Siret	Raison Sociale
☒		GIP MDS TEST PROJET

1/1

J'opte pour la saisie d'un formulaire en ligne **EFI** (Envoi d'un Formulaire Informatisé).

Je fais attention de choisir le **SIRET** de l'établissement qui emploie mon salarié si je gère plusieurs établissements!

Je passe à l'étape suivante.

ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

1 2

ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur	
SIRET :	Code APET : 748G
Raison soci	Siège social : oui
Adresse :	

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

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

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

- Maladie
- Accident du travail, de trajet, rechute
- Maladie professionnelle

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Je choisis le type d'attestation de salaire que je dois compléter dans le menu déroulant.
Dans notre cas, il s'agit d'une « **Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique** »

Je choisis l'origine (une maladie, un accident...) de l'arrêt de travail de mon salarié.
Ici, je choisis le risque «**maladie**».
Je passe à l'étape suivante

ETAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ



ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET :
Raison sociale

→ ARRET INITIAL - Maladie

N° d'immatriculation :		*
Nom de famille :		*
Nom d'usage :		*
Prénom :		*
Emploi ou catégorie professionnelle :		*

Format des dates : jj/mm/aaaa

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

Je renseigne:
Le numéro de sécurité sociale, le nom et le prénom de mon salarié.

Je choisis la catégorie professionnelle correspondant à l'activité de mon salarié



ETAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ETUDE DES DROITS

★ Si je me suis trompé en complétant et validant une attestation de salaire, je **DOIS IMPERATIVEMENT** en adresser une nouvelle. Je coche **OBLIGATOIREMENT** la case « **ATTESTATION RECTIFICATIVE** », faute de quoi la première attestation erronée restera prise en compte par la CPAM.



ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

→ 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 : 15/04/2023

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif

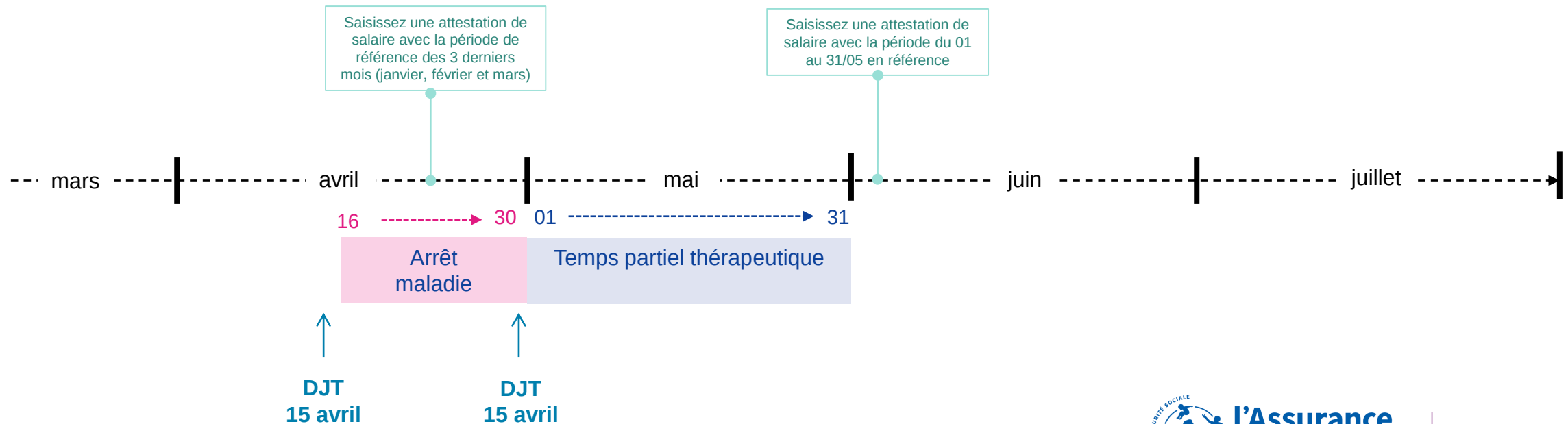
Format des dates : jj/mm/aaaa

« Date du dernier jour travaillé » :
Le dernier jour de travail est le même que celui indiqué
pour l'indemnisation de l'arrêt de travail maladie.

LE DERNIER JOUR TRAVAILLÉ

Exemple :

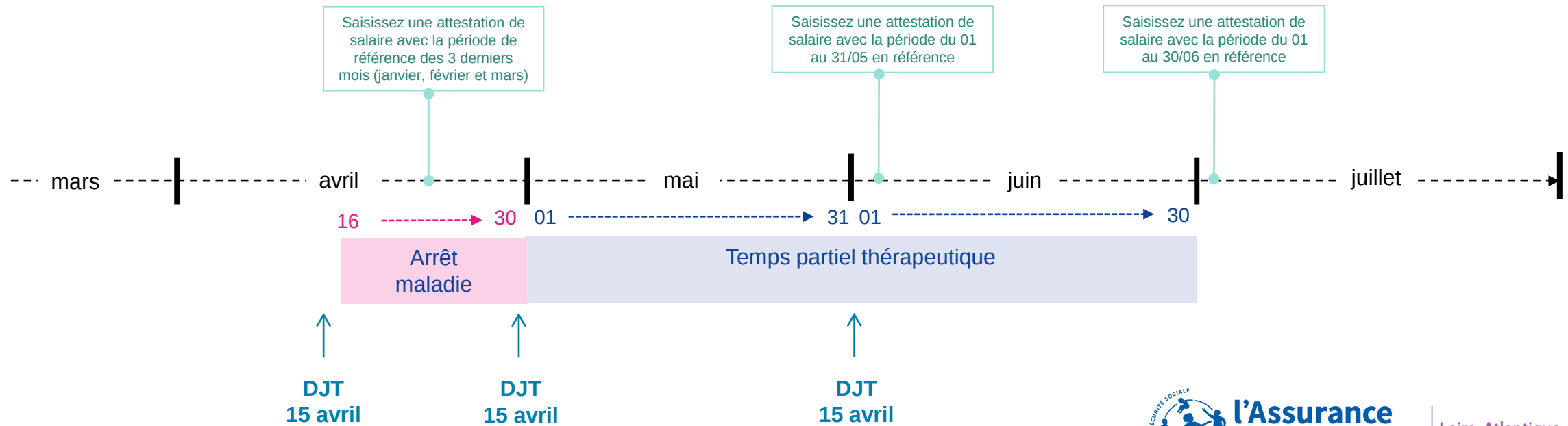
- Arrêt maladie : du 16 au 30/04
- Temps partiel thérapeutique : du 01 au 31/05
- Dernier jour travaillé : 15/04



LE DERNIER JOUR TRAVAILLÉ

Exemple:

- Arrêt maladie : du 16 au 30/04
- Temps partiel thérapeutique : du 01 au 31/05
- Temps partiel thérapeutique : du 01/06 au 30/06
- Dernier jour travaillé : 15/04



ETAPE 5 : SALAIRES DE REFERENCE

1^{er} exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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

Indiquer les périodes à payer pour chaque mois échu.

Dans le cas suivant :

Un mois normalement travaillé en TPT (ex : 1er au 28 février)

Arrêt de travail temps plein intervenant durant ce même mois (ex : 5 au 12 février)

=> Il conviendra d'établir 3 attestations de salaires :

1 - Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique du 1er au 4 février

2 - Attestation de salaire pour l'avis d'arrêt de travail à temps complet du 5 au 12 février

3 - Attestation de salaire pour indemnisation du TPT du 13 au 28 février

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/04/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
01/05/2023	31/05/2023	Temps partiel thérapeutique	1000

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Exemple 1:

- Temps partiel thérapeutique du 01 au 31/05
- La perte de salaire = 1000€

J'indique la perte de salaire

RECONSTITUTION EXEMPLE 1

L'ASSURE(E)									
N° D'IMMATRICULATION					MATRICULE DANS L'ENTREPRISE <i>(facultatif)</i>				
NOM et PRENOM <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>									
ADRESSE									
Code Postal		Commune							
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cas standards (salariés mensualisés)									
RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS									
Date du dernier jour de travail				1 5 0 4 2 0 2 3		Situation à la date de l'arrêt		Actif	
Date de reprise anticipée du travail									
Activité à temps partiel : pour motif médical ☒ pour raison personnelle ☐									
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES <i>(lire attentivement la notice au verso)</i>									
► CAS GENERAL : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils ► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU <u>ET SI</u> LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES <i>(voir notice)</i> : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils									
PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS									
SALAIRES DE REFERENCE									
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE		TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE	
CAS GENERAL : 3 mois civils				Montant du salaire selon le cas :		Motif de l'absence		Perte de salaire	
ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils				- brut ☐		Nombre d'heures réellement effectuées		(indiquez le montant brut)	
				- réduit de 21 % ☐		Nombre d'heures prévues par le contrat de travail			
du 1				3		Salaire rétabli		8	
au 2				1		7		1000.00	
0 1 0 5 2 0 2 3				3 1 0 5 2 0 2 3		TPT			

Exemple 1 : TPT du 01/05 au 31/05

Sur l'attestation de salaire apparaît la perte de salaire sur la période du TPT

ETAPE 5 : SALAIRES DE REFERENCE

2^{ème} exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€, il a eu un **arrêt maladie** durant cette même période :

Il conviendra d'établir 3 attestations de salaire :

- ✓ 1^{ère} attestation en TPT pour la période du 01/06 au 15/06 avec **DJT le 15/04**.

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/04/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
01/06/2023	15/06/2023	Temps partiel thérapeutique	500.00
		Temps partiel thérapeutique	

- ✓ 2^{ème} attestation pour l'arrêt maladie pour la période du 16/06 au 19/06 avec **DJT le 15/06**

- ✓ 3^{ème} attestation en TPT pour la période du 20/06 au 30/06 avec **DJT le 15/04**.

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/04/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
20/06/2023	30/06/2023	Temps partiel thérapeutique	366.00
		Temps partiel thérapeutique	

Exemple 2 :

- Arrêt maladie du 16/04 au 31/05
- Temps partiel thérapeutique : du 01 au 30/06
- Arrêt maladie: 16 au 19/06

J'indique la **perte de salaire** pour la période du 01 au 15/06 de 500 €

J'indique la **perte de salaire** pour la période du 20 au 30/06 de 366€

RECONSTITUTION EXEMPLE 2

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION : _____ MATRICULE DANS L'ENTREPRISE : _____
 NOM et PRENOM : _____
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 ADRESSE : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cas standards (salariés mensualisés)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail : 1 5 0 4 2 0 2 3 Situation à la date de l'arrêt : Actif Date de reprise anticipée du travail : _____

Activité à temps partiel : pour motif médical ☒ pour raison personnelle ☐

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

CAS GENERAL :

- Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : _____
- 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	
du 0 1 0 6 2 0 2 3	au 1 5 0 4 2 0 2 3	Montant du salaire selon le cas : - brut ☐ - réduit de 21 % ☐	4	5	7
			TPT		8
					500.00

Sur la 1^{ère} attestation de salaire TPT apparaît la perte de salaire sur la période du 01/06 au 15/06

Exemple 2 :

- TPT : 01/06 au 15/06
- Arrêt maladie: 16/06 au 19/06
- TPT : 20/06 au 30/06

Sur la 2^{ème} attestation de salaire TPT apparaît la perte de salaire sur la période du 20/06 au 30/06 avec un DJT le 15/04

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cas standards (salariés mensualisés)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail : 1 5 0 4 2 0 2 3 Situation à la date de l'arrêt : Actif Date de reprise anticipée du travail : _____

Activité à temps partiel : pour motif médical ☒ pour raison personnelle ☐

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

CAS GENERAL :

- Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : _____
- 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	
du 2 0 0 6 2 0 2 3	au 3 0 0 6 2 0 2 3	Montant du salaire selon le cas : - brut ☐ - réduit de 21 % ☐	4	5	7
			TPT		8
					366.00

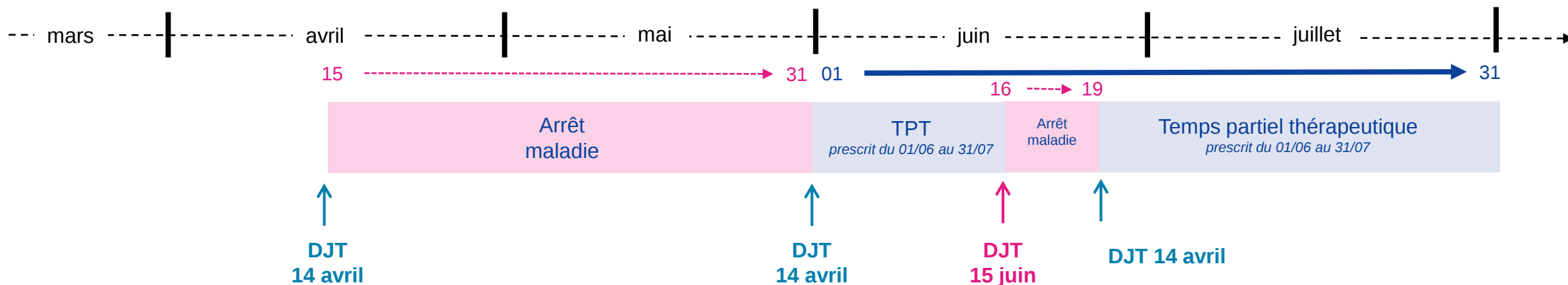
Et je n'oublie pas l'attestation de salaire pour l'arrêt maladie du 16 au 19/06



LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL

Cas n°1 : Un arrêt maladie **pendant** un temps partiel thérapeutique.

- Arrêt maladie du 16/04 au 31/05
- Temps partiel thérapeutique : du 01/06 au 31/07
- Arrêt maladie: 16 au 19/06

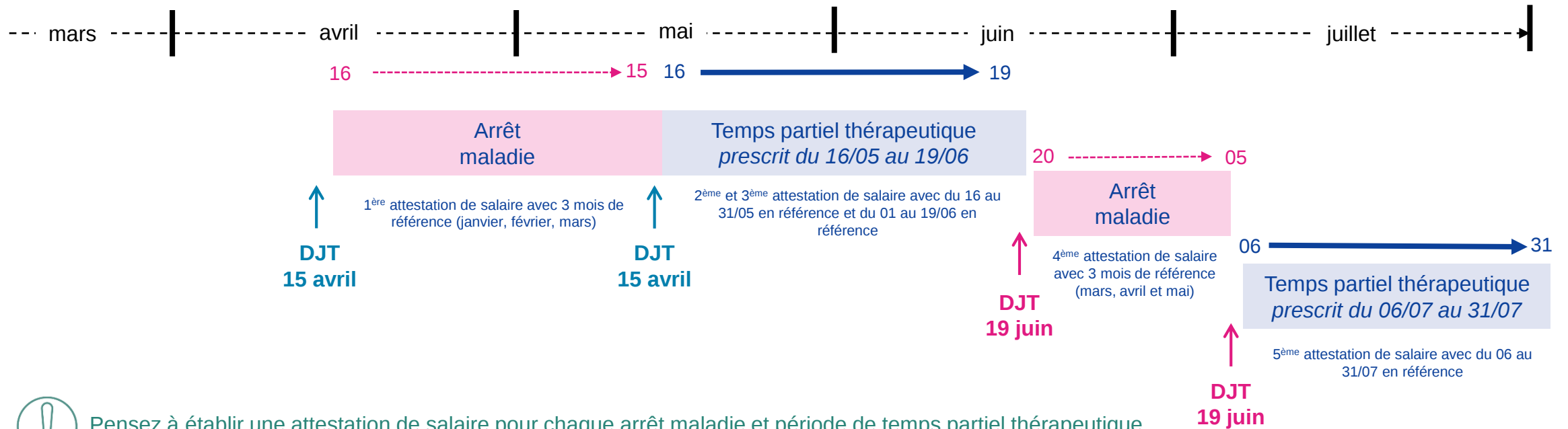


Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque arrêt maladie et période de temps partiel thérapeutique.

LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL

Cas n°2 : Temps partiel thérapeutique suivi d'un arrêt maladie avec nouveau temps partiel thérapeutique prescrit.

- Arrêt maladie du 16/04 au 15/05
- Temps partiel thérapeutique : du 16/05 au 19/06
- Arrêt maladie: 20/06 au 05/07
- Temps partiel thérapeutique : du 06/07 au 31/07

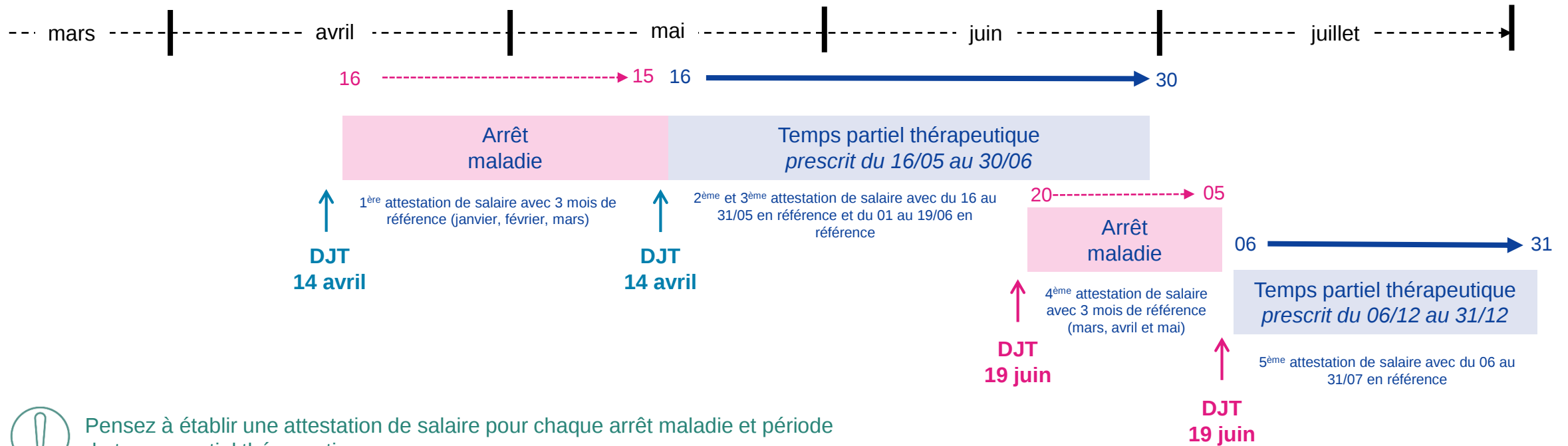


Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque arrêt maladie et période de temps partiel thérapeutique.

LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL

Cas n°3 : Temps partiel thérapeutique **interrompu** par un arrêt maladie.

- Arrêt maladie du 16/04 au 15/05
- Temps partiel thérapeutique : du 16/05 au 30/06
- Arrêt maladie: 20/06 au 05/07
- Temps partiel thérapeutique : du 06/07 au 31/07



Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque arrêt maladie et période de temps partiel thérapeutique.



ETAPE 5 : SALAIRES DE REFERENCE

3^{ème} exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€, il a eu une période de congés payés durant cette même période



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET	NOM :
Raison	Prénom :

Indiquer les périodes à payer pour chaque mois échu.

Dans le cas suivant :

Un mois normalement travaillé en TPT (ex : 1er au 28 février)

Arrêt de travail temps plein intervenant durant ce même mois (ex : 5 au 12 février)

⇒ Il conviendra d'établir 3 attestations de salaires :

1 - Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique du 1er au 4 février

2 - Attestation de salaire pour l'avis d'arrêt de travail à temps complet du 5 au 12 février

3 - Attestation de salaire pour indemnisation du TPT du 13 au 28 février

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/04/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
01/06/2023	15/06/2023	Temps partiel thérapeutique	500.00	Modifier
16/06/2023	19/06/2023	Congés payés	0.00	Modifier
20/06/2023	30/06/2023	Temps partiel thérapeutique	366.00	Modifier
		Temps partiel thérapeutique	0	Valider

Exemple 3:

Temps partiel thérapeutique : 01 au 15/06

Congés payés : 16 au 19/06

Temps partiel thérapeutique : 20 au 30/06

- J'indique la perte de salaire pour la période : 01 au 15/06
- J'indique « 0 » pour la période : 16 au 19/06 (congs payés)
- J'indique la perte de salaire pour la période : 20 au 30/06

21

Example 3 :

- TPT : 01/06 au 15/06
- Congés payés: 16/06 au 19/06
- TPT : 20/06 au 30/06

Sur la même attestation de salaire apparaît la perte de salaire sur les 2 périodes du TPT

Perte à « 0 » pour la période congés payés

ETAPE 6 : SUBROGATION

★ En cas de subrogation, la saisie de l'IBAN devient obligatoire et systematique !



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.

1

Je pratique la **SUBROGATION**
Je coche « **OUI** »

2

J'indique **LA PERIODE MAXIMALE** prévue par ma Convention Collective, le contrat de travail ou les usages dans l'entreprises pendant laquelle je maintiendrai le salaire de mon salarié.

3

Je passe à l'étape suivante

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

ETAPE 7: SIGNATURE



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à	PARIS	Le : Jan 15, 2024
Signataire :	TECHNICIEN DSIJ	

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

Une fenêtre doit alors s'ouvrir me permettant de visualiser, au format PDF, l'attestation de salaire que je viens de réaliser. Je peux alors l'enregistrer.



ETAPE 8: SIGNATURE



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

①

Je termine ma saisie par « **OUI** ».

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 ?

②

Je clique sur « **ETAPE SUIVANTE** ».

Mon attestation de salaire est alors envoyée à la caisse d'affiliation de mon salarié.

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

ACCUSE DE DEPOT



ACCUSÉ DE DÉPÔT

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

Employeur	
SIRET : Raison sociale : Adresse :	
Assuré(e)	
NIR : Nom : Prénom :	
Attestation	
Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie	
Votre dépôt a été envoyé sous l'identifiant : EDS-202401151647-977501648052	
Votre profil utilisateur ne permet pas aux fichiers liés à cette DSJ de suivre le circuit habituel.	
Imprimer l'accusé de dépôt ...	Visualiser le Cerfa ...

Un accusé de dépôt est généré.
Je peux le conserver en l'imprimant ou en faisant
un « **imprime écran** ».
Il certifie l'envoi de mon attestation de salaire.

Je peux également saisir une seconde
attestation sous le même SIRET en cliquant sur
« **SAISIE POUR CET EMPLOYEUR** »

(QUITTER) SAISIE POUR CET EMPLOYEUR

03

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

RISQUE MALADIE – SANS ARRÊT INITIAL

ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION



ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

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

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Je choisis le type d'attestation de salaire que je dois compléter dans le menu déroulant.
Dans notre cas, il s'agit d'une « Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique **sans arrêt initial** »

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

Maladie

- Maladie
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

AIDE ? ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Je choisis l'origine (une maladie, un accident...) de l'arrêt de travail de mon salarié. Ici, je choisis le risque «**maladie**».
Je passe à l'étape suivante

ETAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ETUDE DES DROITS



Si je me suis trompé en complétant et validant une attestation de salaire, je **DOIS IMPERATIVEMENT** en adresser une nouvelle.
Je coche **OBLIGATOIREMENT** la case « **ATTESTATION RECTIFICATIVE** », faute de quoi la première attestation erronée restera prise en compte par la CPAM.

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIREN Raison sociale :	NOM : Prénoms :

→ 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 : 14/09/2023 *

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif *

JUSTIFICATIF DES DROITS

Cas Général	Pour la période du :	01/06/2023 au 31/08/2023
	Nombre d'heures effectuées	450
	Pour la période du :	01/03/2023 au 31/08/2023
	Salaire brut soumis à cotisations	€

 Format des dates : jj/mm/aaaa

« Date du dernier jour travaillé » :

Le dernier jour de travail est la **veille** de la date de début de prescription du **temps partiel thérapeutique**.

- Mon salarié a effectué **+ 150 heures sur les 3 derniers mois** : j'indique les heures exactes, pour la période indiquée.
- Mon salarié a effectué **- de 150 heures sur les 3 derniers mois** : j'indique le total des salaires bruts soumis à cotisations pour la période indiquée.

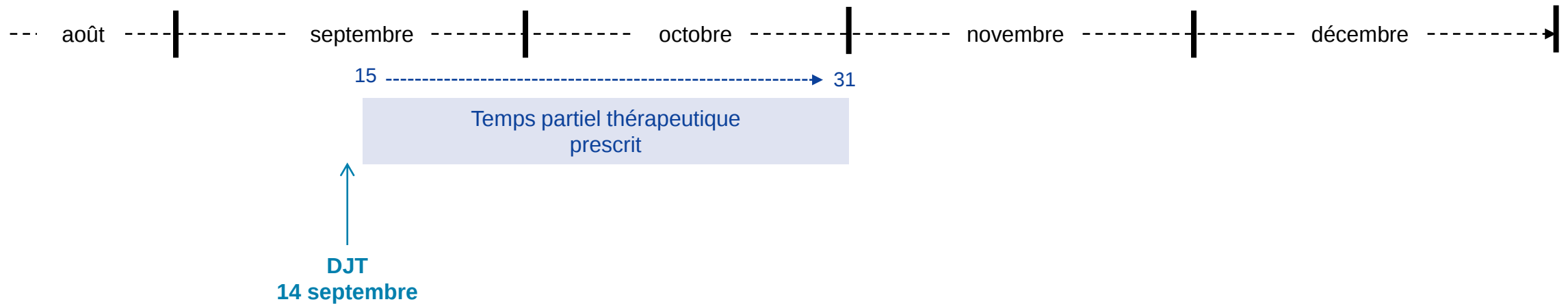


LE DERNIER JOUR TRAVAILLÉ

Exemple :

- Temps partiel thérapeutique : 15 au 31/10
- Dernier jour travaillé: 14/09

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



Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque période de temps partiel thérapeutique.

ETAPE 5 (1/3) : SALAIRES DE REFERENCE

Exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

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

Indiquer les périodes à payer pour chaque mois échu.

Dans le cas suivant :

Un mois normalement travaillé en TPT (ex : 1er au 28 février)

Arrêt de travail temps plein intervenant durant ce même mois (ex : 5 au 12 février)

=> Il conviendra d'établir 3 attestations de salaires :

1 - Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique du 1er au 4 février

2 - Attestation de salaire pour l'avis d'arrêt de travail à temps complet du 5 au 12 février

3 - Attestation de salaire pour indemnisation du TPT du 13 au 28 février

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

Rappel du dernier jour de travail : 14/09/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
15/09/2023	30/09/2023	Temps partiel thérapeutique	500	Valider

Exemple:

- Temps partiel thérapeutique du 15 au 30/09
- La perte de salaire = 500€

J'indique la perte de salaire

ETAPE 5 (2/3) : SALAIRES DE REFERENCE

Exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

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

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

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/03/2023 au 31/08/2023 , dernier jour de travail : 15/09/2023 , date de reprise:

SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire	
du	au	Brut : ☒ Réduit : ☐	
01/06/2023	30/06/2023	1700.00	Modifier
01/07/2023	31/07/2023	2000.00	Modifier
01/08/2023	31/08/2023	2000.00	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)

Le salaire brut sert de base de calcul des indemnités journalières maladie. Les rémunérations brutes à saisir doivent être celles qui sont soumises à cotisations sociales, après abattement éventuel pour frais professionnels.

J'indique les montants bruts soumis à cotisations pour la période de référence.

Dans notre exemple :

- 01/06 au 30/06 : 1700€
- 01/07 au 31/07 : 2000 €
- 01/08 au 31/08 : 2000€

ETAPE 5 (3/3) : SALAIRES DE REFERENCE



ETAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

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 « temps partiel thérapeutique » est dédiée aux éléments de salaire d'1 mois échu. Si **plusieurs mois sont concernés, il suffit de renseigner de nouvelles lignes**. Si plusieurs motifs sur une même période n'en sélectionner qu'un seul : absence autorisée

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

Rappel du dernier jour de travail : 15/09/2023 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE			TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET				
Période de référence		Montant du salaire Brut	SALAIRES DE RÉFÉRENCE				
du	au		Motif	H réelles	H complet	salaire rétabli	
01/06/2023	30/06/2023	1700.00	Maladie	115.00	150.00	2000.00	Modifier
01/07/2023	31/07/2023	2000.00					Valider
01/08/2023	31/08/2023	2000.00					Valider

Exemple: Mon salarié a été absent sur une partie de la période de référence

- Arrêt maladie du 19 au 23/06
- Son salaire brut : 1700 €
- Nombre d'heures réellement effectuées: 115 heures
- Nombre d'heures prévues par le contrat de travail: 150 heures
- Salaire rétabli : 2000€

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

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

RECONSTITUTION

Date du dernier jour de travail : 1 4 0 9 2 0 2 3 Situation à la date de l'arrêt : Actif Date de reprise anticipée du travail :

Activité à temps partiel : pour motif médical ☒ pour raison personnelle ☐

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

► CAS GENERAL :
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : 450.00
↳ 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 : CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils		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
du 1	au 2	Montant du salaire selon le cas : - brut ☒ - réduit de 21 % ☐ 3	Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	Salaire rétabli 7	Perte de salaire (indiquez le montant brut) 8
0 1 0 6 2 0 2 3	3 0 0 6 2 0 2 3	1700.00	MAL	115.00	150.00	2000.00	
0 1 0 7 2 0 2 3	3 1 0 7 2 0 2 3	2000.00					
0 1 0 8 2 0 2 3	3 1 0 8 2 0 2 3	2000.00					
1 5 0 9 2 0 2 3	3 0 0 9 2 0 2 3		TPT				500.00

Sur l'attestation de salaire apparaît la période de référence, avec les salaires bruts soumis à cotisations.

Dans notre exemple:

Date du dernier jour travaillé : 14/09

- 01/06 au 30/06 : 2000€ rétablis
- 01/07 au 31/07 : 2000€
- 01/08 au 31/08 : 2000€

La perte de salaire apparaît en dessous,

Dans notre exemple:

15/09 au 30/09 : 500€

ETAPE 6 : SUBROGATION

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

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.

1

Je pratique la **SUBROGATION**
Je coche « **OUI** »

2

J'indique **LA PERIODE MAXIMALE** prévue par ma Convention Collective, le contrat de travail ou les usages dans l'entreprises pendant laquelle je maintiendrai le salaire de mon salarié

3

Je passe à l'étape suivante.

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

ETAPE 7: SIGNATURE



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à	PARIS	Le : Jun 3, 2022
Signataire :	TECHNICIEN DSIJ	

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

Une fenêtre doit alors s'ouvrir me permettant de visualiser, au format PDF, l'attestation de salaire que je viens de réaliser. Je peux alors l'enregistrer.



ETAPE 8: SIGNATURE



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 ▶

1

Je termine ma saisie par « **OUI** ».

2

Je clique sur « **ETAPE SUIVANTE** ».

Mon attestation de salaire est alors envoyée à la
caisse d'affiliation de mon salarié.

ACCUSE DE DEPOT



ACCUSÉ DE DÉPÔT

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

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

Un accusé de dépôt est généré.
Je peux le conserver en l'imprimant ou en faisant un « **imprime écran** ».
Il certifie l'envoi de mon attestation de salaire.

Je peux également saisir une seconde attestation sous le même SIRET en cliquant sur « **SAISIE POUR CET EMPLOYEUR** »

(QUITTER) SAISIE POUR CET EMPLOYEUR

04

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

RISQUE PROFESSIONNEL

ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION



ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

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

AIDE ?

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

Maladie

- Maladie
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

AIDE ?

Je choisis le type d'attestation de salaire que je dois compléter dans le menu déroulant.

Dans notre exemple, il s'agit d'une « Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel thérapeutique **avec ou sans arrêt initial** »

Je choisis l'origine (une maladie, un accident...) de l'arrêt de travail de mon salarié. Ici, je choisis le risque «**accident de travail**» ou «**maladie professionnelle**».

Je passe à l'étape suivante

ETAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ETUDE DES DROITS

★ Si je me suis trompé en complétant et validant une attestation de salaire, je **DOIS IMPERATIVEMENT** en adresser une nouvelle.
Je coche **OBLIGATOIREMENT** la case « **ATTESTATION RECTIFICATIVE** », faute de quoi la première attestation erronée restera prise en compte par la CPAM.

- J'indique la date de l'accident du travail.
- Je renseigne la date du dernier jour de travail

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

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

☐ Attestation rectificative

Date de l'accident : 14/09/2023

Date du dernier jour de travail : 14/09/2023

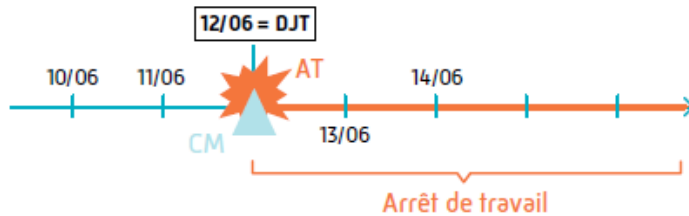
☒ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

 Format des dates : jj/mm/aaaa

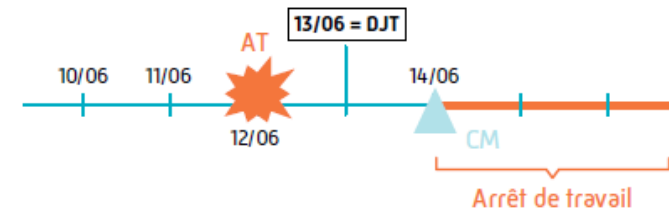
AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

DATE DU DERNIER JOUR TRAVAILLÉ

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



Cas N° 2 : votre salarié a un accident de travail avec un arrêt postérieur à la date de l'accident. AT du 12/06 n'entraînant pas un arrêt immédiat. Le salarié a travaillé les 12 et 13/06 et fournit un certificat médical d'arrêt à compter du 14/06. **Le DJT correspond au DJT réel, soit le 13/06.**



Je renseigne la date du dernier jour de travail qui habituellement est celle du jour de l'accident

ETAPE 5 (1/2) : SALAIRES DE REFERENCE

Exemple : votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

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

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

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

Rappel du dernier jour de travail : 14/09/2023 Date de reprise :

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	
	du	au			
30/09/2023	15/09/2023	30/09/2023	500.00	105.00	Modifier
					Valider

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

Exemple :

- Temps partiel thérapeutique du 15 au 30/09
- Montant brut perçu = 500€

J'indique **le montant brut perçu** sur la période du temps partiel thérapeutique

J'indique ici la **part salariale** qui correspond à **21 % du montant brut** indiqué précédemment.

ETAPE 5 (2/2) : SALAIRES DE REFERENCE

Exemple: votre salarié est en temps partiel thérapeutique à 50%, son salaire brut temps plein est de 2000€



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	15/09/2023	30/09/2023	500	105		Valider
Temps partiel thérapeutique						
Congés payés						

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Exemple :

- Temps partiel thérapeutique du 15 au 30/09
- Perte de salaire = **500€**

J'indique la perte de salaire sur la période du temps partiel thérapeutique.



En cas de congés payés pendant un TPT en AT/MP, il convient de découper les périodes comme pour le risque maladie et indiquer 0 pour le salaire brut perdu.

ETAPE 6 : SUBROGATION

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

 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

Je pratique la **SUBROGATION**
Je coche « **OUI** »

2

J'indique **LA PERIODE MAXIMALE** prévue par ma Convention Collective, le contrat de travail ou les usages dans l'entreprises pendant laquelle je maintiendrai le salaire de mon salariée

3

Je passe à l'étape suivante.

ETAPE 7: SIGNATURE



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

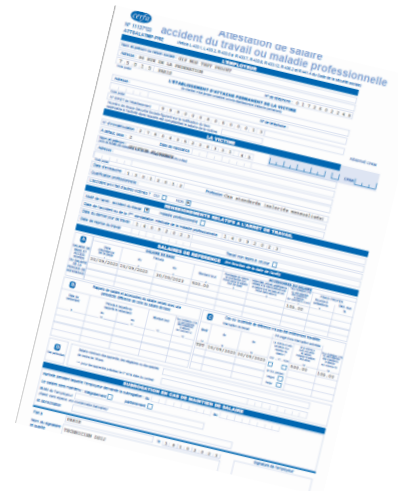
Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM :
Raison sociale :	Prénom :

SIGNATURE

Fait à	PARIS	Le : Jun 3, 2022
Signataire :	TECHNICIEN DSIJ	

Une fenêtre doit alors s'ouvrir me permettant de visualiser, au format PDF, l'attestation de salaire que je viens de réaliser. Je peux alors l'enregistrer.

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



ETAPE 7: SIGNATURE

LA VICTIME										
N° d'immatriculation				CPAM						
À défaut, sexe : 2		Date de naissance								
Nom et prénom : (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (tracum et s u a lieu))										
Adresse :										
Code postal										
Date d'embauche		1 3 0 1 2 0 1 2		Profession : Cas standards (salariés mensualisés)						
Qualification professionnelle :										
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI ☐ NON ☒										
RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL										
Motif de l'arrêt : accident du travail ☒ maladie professionnelle ☐										
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle 1 4 0 9 2 0 2 3										
Date du dernier jour de travail 1 4 0 9 2 0 2 3										
Date de reprise du travail Travail non repris à ce jour ☐										
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)										
A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				FRAIS PROFES.	
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Frais prof. Soumis à cotisations	Déd. sup. %	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
	30/09/2023	15/09/2023	30/09/2023	500.00			105.00			
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base										
Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12						
9	10	11	12	13						
C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée										
Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée							
Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18						
14	15	16	OUI ☐ NON ☒	19						
TPT	15/09/2023	30/09/2023	500.00	105.00						
SI OUI, précisez :										

Sur l'attestation de salaire apparait le montant perçu sur la période du temps partiel thérapeutique.

Dans notre exemple:

Date du dernier jour travaillé : 14/09

- 15/09 au 30/09: 500€

La perte de salaire apparaît en dessous,
Dans notre exemple:

15/09 au 30/09 : 500€



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire-Atlantique

ETAPE 8: SIGNATURE



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 >

1

Je termine ma saisie par « **OUI** ».

2

Je clique sur « **ÉTAPE SUIVANTE** ».

Mon attestation de salaire est alors envoyée à la
caisse d'affiliation de mon salarié.

ACCUSE DE DEPOT



ACCUSÉ DE DÉPÔT

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

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

Un accusé de dépôt est généré.
Je peux le conserver en l'imprimant ou en faisant un « **imprime écran** ».
Il certifie l'envoi de mon attestation de salaire.

Je peux également saisir une seconde attestation sous le même SIRET en cliquant sur « **SAISIE POUR CET EMPLOYEUR** »

(QUITTER) SAISIE POUR CET EMPLOYEUR



RUBRIQUES « AIDE ? »

Exemple : « Étape 4 »

The image shows a web form for 'Étape 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS' and a browser window displaying the same page. The form has a progress bar at the top with steps 1 through 8, where step 4 is highlighted. Below the progress bar, there are fields for 'Employeur' (SIRET, Raison sociale) and 'Assuré(e)' (NOM, Prénom). A section titled 'Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie' contains an information box about the attestation, a checkbox for 'Attestation rectificative', and fields for 'Date du dernier jour de travail' (15/04/2023), 'Reprise à temps partiel' (Motif médical), and 'Situation à la date de l'arrêt' (Actif). At the bottom of the form, there are navigation buttons: 'AIDE ?' (circled in red with an arrow pointing to a callout box), '(ABANDONNER)', 'ÉTAPE PRÉCÉDENTE', 'ÉTAPE SUIVANTE', and a warning icon. The browser window shows the URL 'https://dsij.net-entreprises.ameli.fr/do/html/aide/aide_renseignementPourE' and the page title 'NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE'. The content of the browser window matches the form, including the progress bar, the 'RENNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS' header, and the information boxes for 'Date du dernier jour de travail' and 'Situation à la date de l'arrêt'.

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

→ 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 : 15/04/2023

Reprise à temps partiel : ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE (!)

net-entreprises.fr - Aide - Mozilla Firefox

https://dsij.net-entreprises.ameli.fr/do/html/aide/aide_renseignementPourE 90 %

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

RENNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail

Le DJT à indiquer est celui précédant l'arrêt de travail à temps complet à l'origine de la prescription du temps partiel thérapeutique.

Lorsque le TPT est effectué dans le cadre d'une ALD (exonérante ou non), le DJT à indiquer est celui précédant le début du temps partiel thérapeutique.

Situation à la date de l'arrêt

Pour le choix "Congé payé" :
Les congés payés étant assimilés à des périodes de travail salarié, le dernier jour de travail est égal à la veille de la prescription médicale.

RUBRIQUES « AIDE ? »

Exemple : « Étape 6 »



ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 1	NOM : 1
Raison so	Prénom

L'employeur demande une subrogation : ☐ OUI ☐ NON

Iban : -

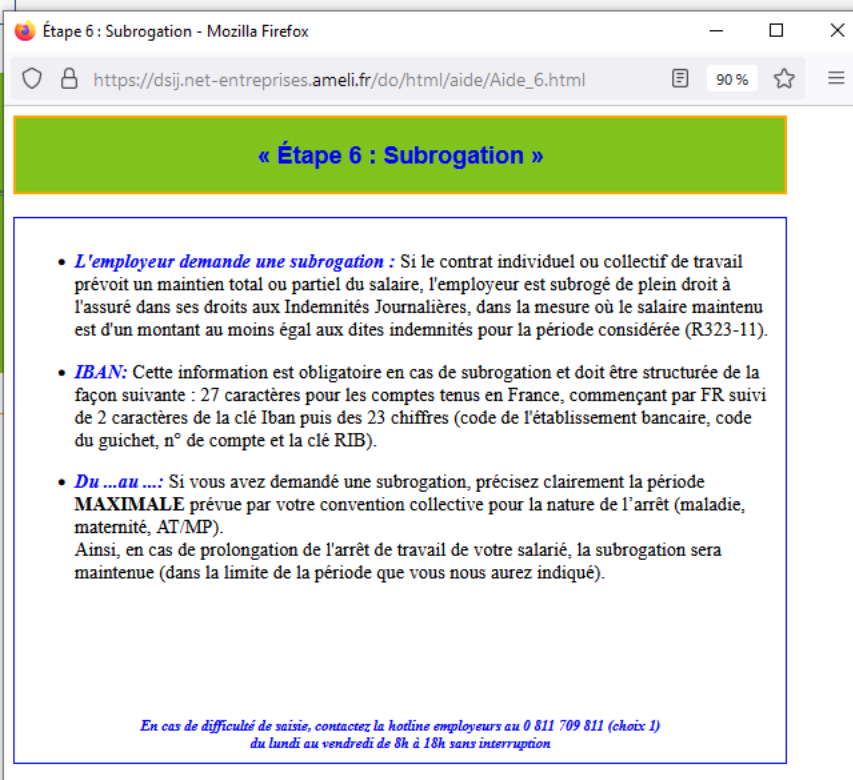
Si le contrat individuel ou collectif de travail prévoit un maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux Indemnités Journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée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

Cliquez sur « Aide ? »



CONTACTS

36 79

Service gratuit + prix appel

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

e-DEM **un service pour tous**

Une demande d'assistance à la saisie en ligne, une réclamation, une demande de contrôle d'un salarié en arrêt de travail

MON PORTAIL **EMPLOYEUR**

Toutes mes démarches en un clic

