



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire-Atlantique

L'ATTESTATION DE SALAIRE EN 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://net-entreprises.fr)



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

En savoir +



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 :	

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

i 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 :

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

→ Sélection de l'établissement déclaré

↕	Siret	▲	Raison Sociale
<input checked="" type="radio"/>			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 : i	

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

Format des dates : jj/mm/aaaa

- Cas standards (salariés mensualisés)
- Activité 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 

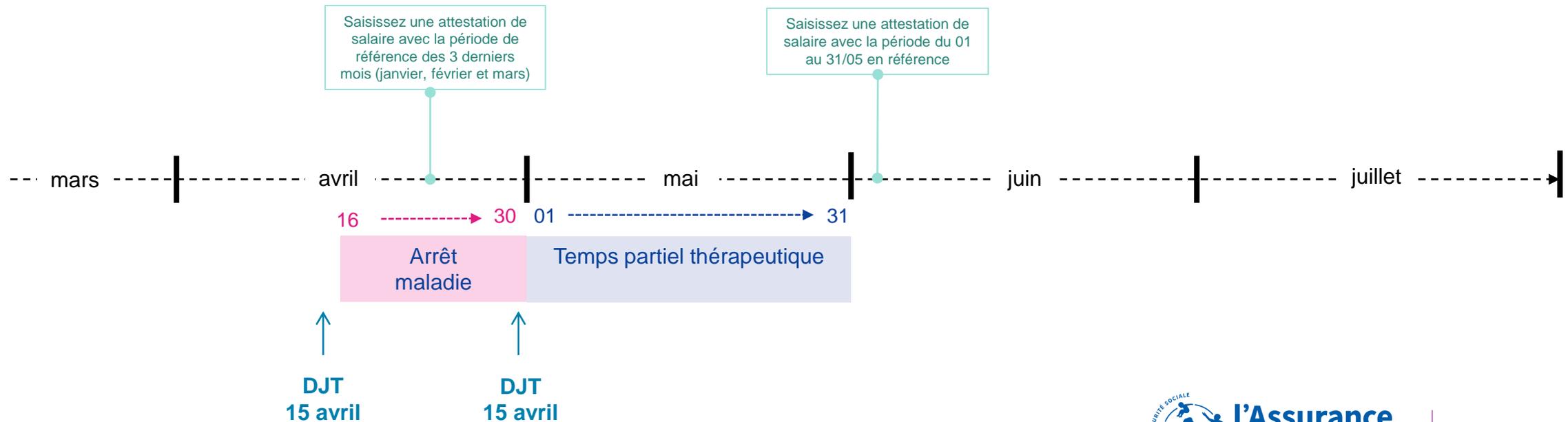
 Format des dates : jj/mm/aaaa

« **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 :

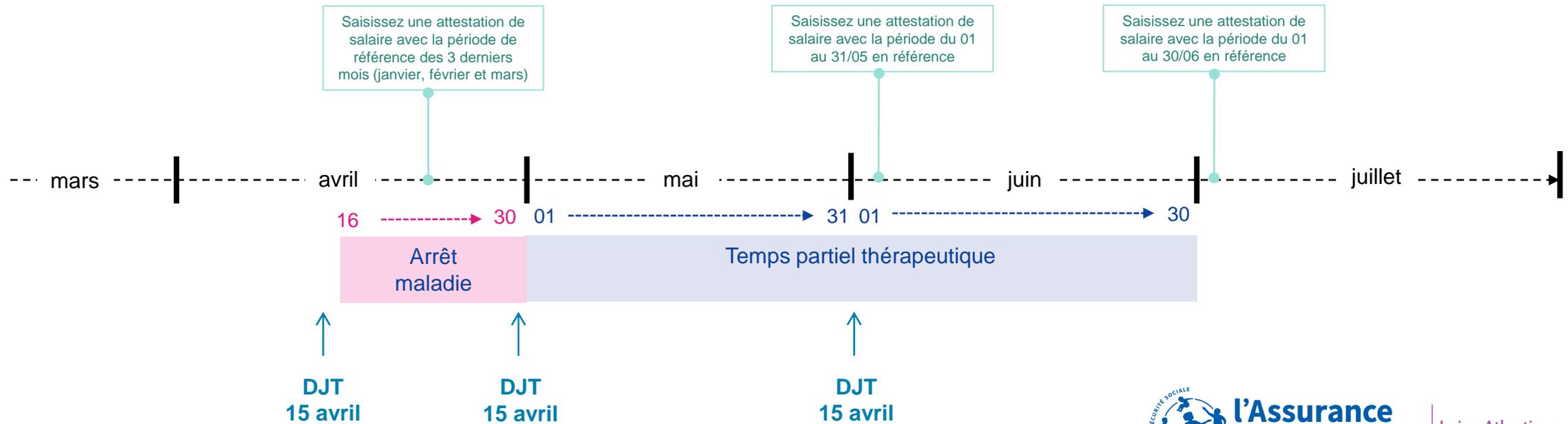
- Arrêt maladie : du 16 au 30/04
- Temps partiel thérapeutique : du 01 au 31/05
- Dernier jour travaillé : 15/04



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	Valider

Exemple 1:

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

J'indique la perte de salaire

AIDE ? | (ABANDONNER) | ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

RECONSTITUTION EXEMPLE 1

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

L'ASSURE(E)							
N° D'IMMATRICULATION				MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)			
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		Situation à la date de l'arrêt		Date de reprise anticipée du travail			
1 5 0 4 2 0 2 3		Actif					
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>							
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)							
CAS GENERAL :							
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs				PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS			
↳ 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 (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 ABSENTE(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	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils		- brut <input type="checkbox"/> 3		4	5	6	8
du 1		- réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3		4	5	6	8
au 2				TPT			1000.00
0 1 0 5 2 0 2 3							
3 1 0 5 2 0 2 3							

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	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique	<input type="text" value="0"/>	Valider

- ✓ 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	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique	<input type="text" value="0"/>	Valider

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

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			Montant du salaire selon le cas : - brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées		Perte de salaire (indiquez le montant brut)
1	2	3				4	
0 1 0 6 2 0 2 3	1 5 0 6 2 0 2 3		TPT			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

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			Montant du salaire selon le cas : - brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées		Perte de salaire (indiquez le montant brut)
1	2	3				4	
2 0 0 6 2 0 2 3	3 0 0 6 2 0 2 3		TPT			366.00	

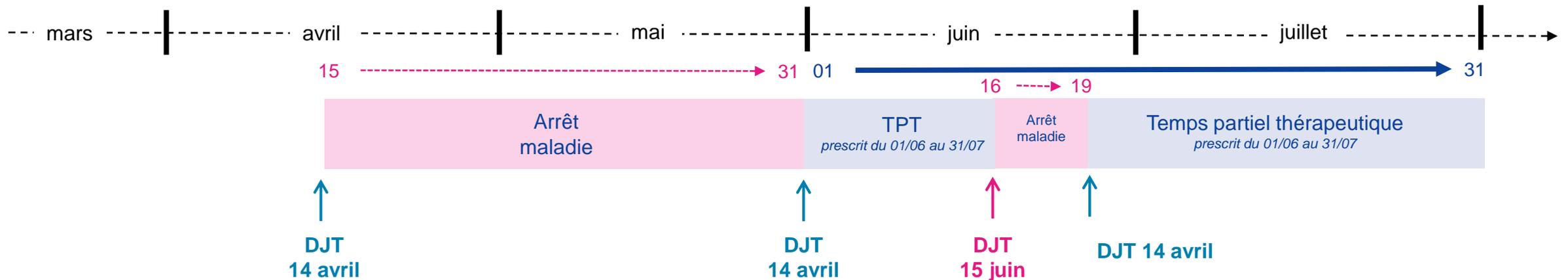
Sur la 2^{ème} attestation de salaire TPT apparaît la perte de salaire sur la période du 20/06 au 30/06 avec un DJT le 15/04

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

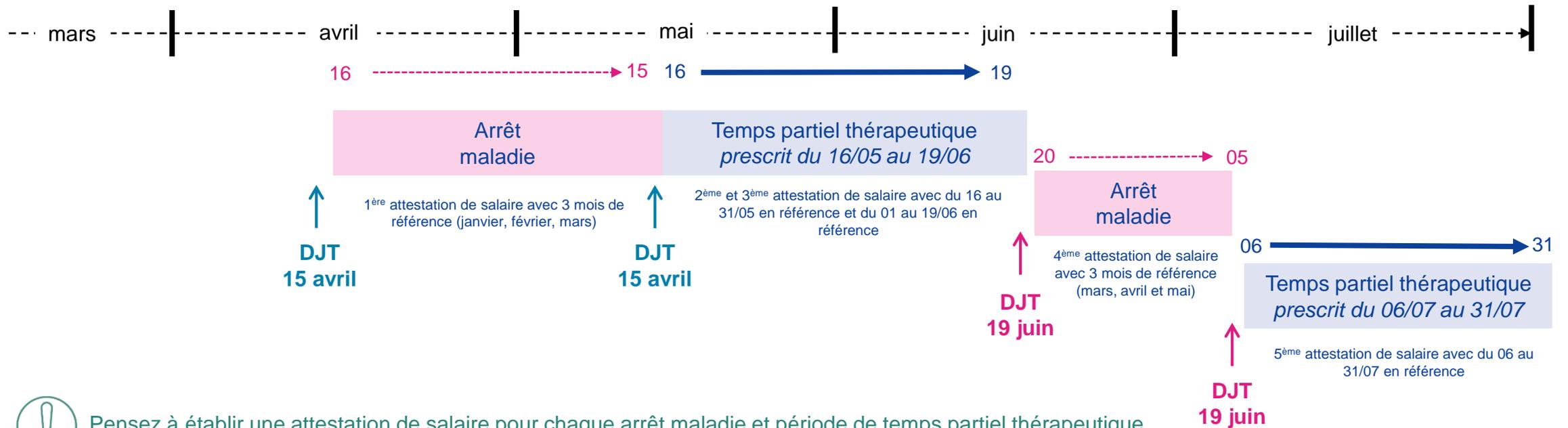


Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque arrêt maladie et période de temps partiel thérapeutique.

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

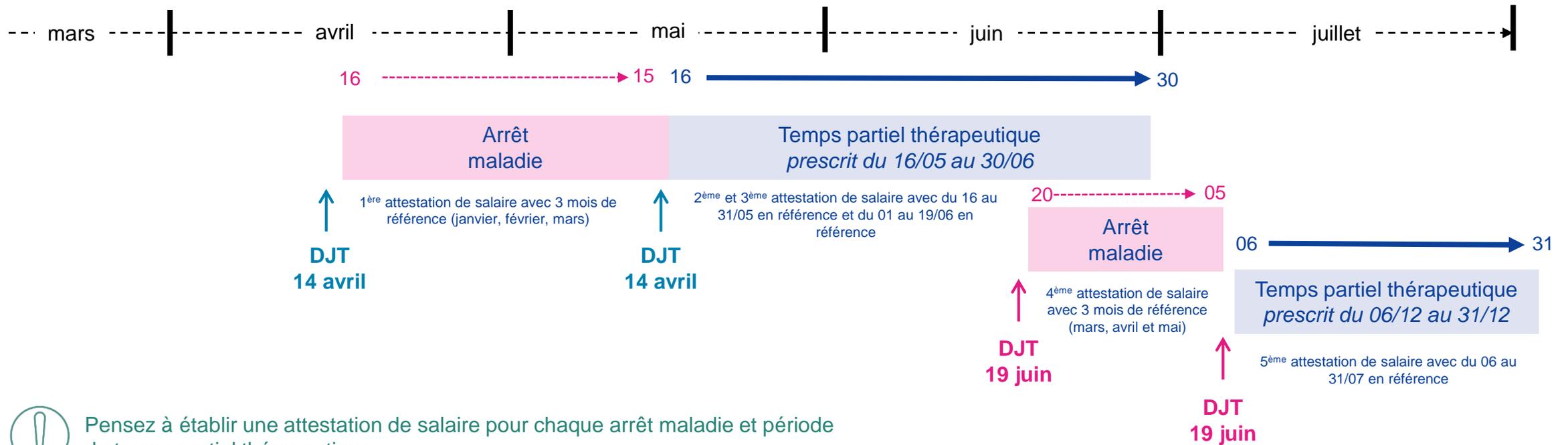


Pensez à établir une attestation de salaire pour chaque arrêt maladie et période de temps partiel thérapeutique.

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 Raison	NOM : Prénom :

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 15/04/2023 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique	<input type="text" value="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 (congés payés)
- J'indique la perte de salaire pour la période : 20 au 30/06

RECONSTITUTION EXEMPLE 3

L'ASSURE(E)							
N° D'IMMATRICULATION				MATRICULE DANS L'ENTREPRISE			
2				(facultatif)			
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				Situation à la date de l'arrêt		Date de reprise anticipée du travail	
1 5 0 4 2 0 2 3				Actif			
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>							
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)							
CAS GENERAL :							
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs							
↳ 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		Montant du salaire selon le cas :		Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils		- brut <input type="checkbox"/>		4	5	6	8
		- réduit de 21 % <input type="checkbox"/>		3			
du	au						
1	2						
0 1 0 6 2 0 2 3	1 5 0 6 2 0 2 3			TPT			500.00
1 6 0 6 2 0 2 3	1 9 0 6 2 0 2 3			COP			0.00
2 0 0 6 2 0 2 3	3 0 0 6 2 0 2 3			TPT			366.00

Exemple 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 : 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 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 : Raison sociale :	NOM : 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 « ÉTAPE 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

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

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 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

03

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

RISQUE MALADIE – SANS ARRÊT INITIAL

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 ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

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 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** »

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**.

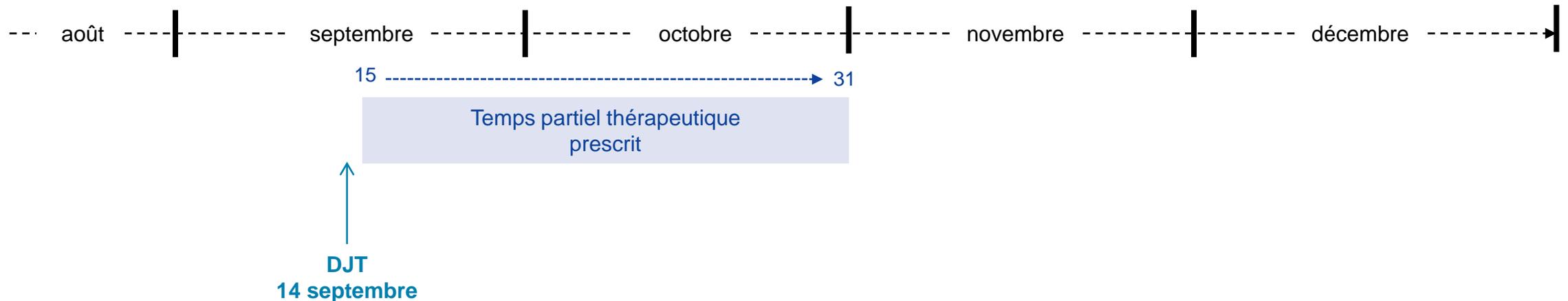
- Mon salarié a effectué **+ 150 heures sur les 3 derniers mois** : j'indique les heures exactes, pour la période indiquée.
- Mon salarié a effectué **- de 150 heures sur les 3 derniers mois** : j'indique le total des salaires bruts soumis à cotisations pour la période indiquée.

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

Exemple:

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

J'indique la perte de salaire

AIDE ?

(ABANDONNER)

← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

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 : Prénoms :

→ 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 : <input checked="" type="radio"/>	Réduit : <input type="radio"/>
01/06/2023	30/06/2023	1700.00	<input type="button" value="Modifier"/>
01/07/2023	31/07/2023	2000.00	<input type="button" value="Modifier"/>
01/08/2023	31/08/2023	2000.00	<input type="button" value="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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valider
01/08/2023	31/08/2023	2000.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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

RECONSTITUTION

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

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

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

► CAS GENERAL :
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs
↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

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 <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21% <input type="checkbox"/> 3	Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	
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



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 ▶

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

ETAPE 7: SIGNATURE



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à 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 ?

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.

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
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 ...	
--------------------------------	--	-------------------------	--

(QUITTER) SAISIE POUR CET EMPLOYEUR

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** »



04

LA SAISIE DE L'ATTESTATION DE SALAIRE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

RISQUE PROFESSIONNEL

ETAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION



ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur	
SIRET : 1	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 ? | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE ▶

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 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

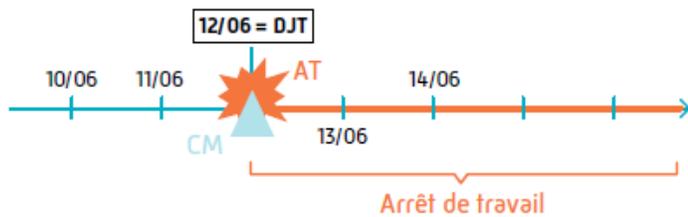
Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

Format des dates : jj/mm/aaaa

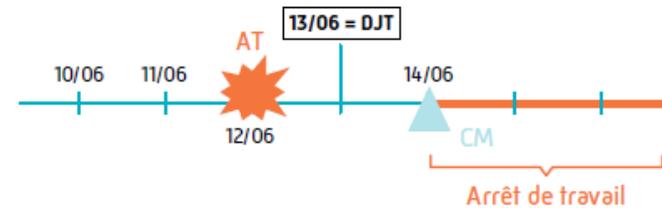
AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

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€



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 : ! Raison sociale	NOM 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 systematique !

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

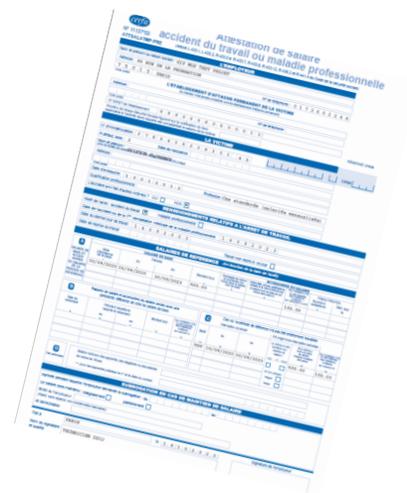
Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM :
Raison sociale :	Prénom :

SIGNATURE

Fait à 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 : <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (traçable et s'il y a lieu))</small>													
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 <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>													
RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL													
Motif de l'arrêt : accident du travail <input checked="" type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/>													
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle 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 <input type="checkbox"/>													
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)													
A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE			FRAIS PROFES.					
	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Soumis à cotisations	Déd. sup. %				
	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				C								
	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		Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée						
		du	au				Interruption du travail		S'il s'agit d'une interruption autorisée				
	9	10	11	12	13		Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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
							TPT	15/09/2023	30/09/2023	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		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€

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 ?

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.

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
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 ...	
--------------------------------	--	-------------------------	--

(QUITTER) SAISIE POUR CET EMPLOYEUR

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** »



RUBRIQUES « AIDE ? »

Exemple : « Étape 4 »

The image shows a screenshot of a web application interface for 'Étape 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS'. At the top, a progress bar indicates steps 1 through 8, with step 4 highlighted. Below the progress bar, there are two columns: 'Employeur' (SIRET, Raison sociale : G) and 'Assuré(e)' (NOM, Prénom). A section titled 'Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie' contains an information box stating that an attestation must be filled out before the end of the leave. Below this, there are input 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, a red circle highlights the 'AIDE ? (ABANDONNER)' button, with a red arrow pointing to it. To the right, a browser window shows the help page for 'NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE', which provides instructions for the 'Date du dernier jour de travail' and 'Situation à la date de l'arrêt' fields.

Cliquez sur « Aide ? »

RUBRIQUES « AIDE ? »

Exemple : « Étape 6 »



ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : !	NOM : !
Raison st	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 ? »

Étape 6 : Subrogation - Mozilla Firefox

https://dsij.net-entreprises.ameli.fr/do/html/aide/Aide_6.html

« Étape 6 : Subrogation »

- **L'employeur demande une subrogation** : 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).
- **IBAN**: Cette information est obligatoire en cas de subrogation et doit être structurée de la façon suivante : 27 caractères pour les comptes tenus en France, commençant par FR suivi de 2 caractères de la clé Iban puis des 23 chiffres (code de l'établissement bancaire, code du guichet, n° de compte et la clé RIB).
- **Du ...au ...**: Si vous avez demandé une subrogation, précisez clairement la période **MAXIMALE** prévue par votre convention collective pour la nature de l'arrêt (maladie, maternité, AT/MP). Ainsi, en cas de prolongation de l'arrêt de travail de votre salarié, la subrogation sera maintenue (dans la limite de la période que vous nous aurez indiqué).

En cas de difficulté de saisie, contactez la hotline employeurs au 0 811 709 811 (choix 1) du lundi au vendredi de 8h à 18h sans interruption.

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



NET-ENTREPRISES-FR

0 806 800 700 Service gratuit + prix appel

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

