

Bienvenue à ce Webinaire



Vos micros et caméras sont coupés



Merci d'adresser vos questions via la rubrique Questions/Réponses (Q/R) : Un temps de réponse est prévu



Le support ainsi que le replay vous seront envoyés d'ici quelques jours

DÉBUT DU WEBINAIRE : 10h

DURÉE DU WEBINAIRE : 1h30



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Ce support est actualisé en octobre 2025 et peut faire l'objet de modifications en fonction des évolutions réglementaires.

SOMMAIRE

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE MALADIE

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE AT-MP

04

CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF
THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT
INITIAL

06

CAS PARTICULIER
UN ARRÊT TEMPS COMPLET
INTERROMPT LE TPT

07

CALCUL DE L'IJ

08

QUESTIONS / REPONSES

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

DÉFINITION (1/2)



Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



Prescrit par un professionnel
de santé



Doit être **médicalement
justifié**



**Reprise progressive à
temps plein du salarié**



**Désinsertion
professionnelle d'un salarié**

DÉFINITION (2/2)



Accord de
l'employeur



Temps de
travail réduit



Médecin du
travail



MISES À JOUR RÉGLEMENTAIRES



cerfa
n° 10170*07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail ☐ initial ☐ de prolongation (*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'alliance)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) : _____

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est obligatoire si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) MSA/AGESSA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité : _____ précisez votre situation (voir notes)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice) : oui ☐ non ☐ date : _____

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ téléphone : _____

adresse : _____ e-mail : _____

les renseignements à fournir (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : _____ inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice) (1)

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☐ à partir du : _____ non ☐ (voir notice) (2)

sorties sans restriction : oui ☐ à partir du : _____ (voir notice) (2)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du : _____ non ☐ (voir notice) (2)

• et prescrit un travail aménagé pour raison médicale du : _____ au : _____

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien (nom et prénom)

identifiant : _____

date : _____ signature du praticien : _____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

La loi rend possible de publier des données et des renseignements personnels et rend possible de fournir ou de fournir des déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages sociaux (article 115-1, 115-2, 423-10, 447-1 et autres du Code pénal, article 1, 14-15) du Code de la sécurité sociale.

PRN-BIS 3 31161

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du _____ au _____

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

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

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE

CONTEXTE

Vous êtes en charge des formalités administratives en rapport avec l'Assurance Maladie, et notamment de la gestion des arrêts de travail.

Un salarié de l'entreprise, vous remet le « volet 3 employeur » d'un arrêt de travail mentionnant un temps partiel pour raison médicale.

Vous devez transmettre une attestation de salaire à l'Assurance Maladie à terme échu de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.

[illegible]

COMMENT TRANSMETTRE L'ATTESTATION DE SALAIRE ?

Chaque mois, à terme échu (au début du mois suivant),
vous devez adresser une attestation de salaire **via le site NET-ENTREPRISES**.



ATTESTATION DE SALAIRE REPRISE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE - MALADIE

Quels éléments devez-vous indiquer sur l'attestation de salaire ?

- Le choix de l'attestation
- Le Dernier Jour de Travail (DJT)
- La période de travail à temps partiel (dans le périmètre du mois civil)
- La perte de salaire pour la période considérée
- Le destinataire du règlement (subrogation ou non)

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

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

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :

Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

N° d'immatriculation : *

Nom de famille : *

Nom d'usage : *

Prénom : *

Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur | Assuré(e)

SIRET :

Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

☐ Attestation rectificative

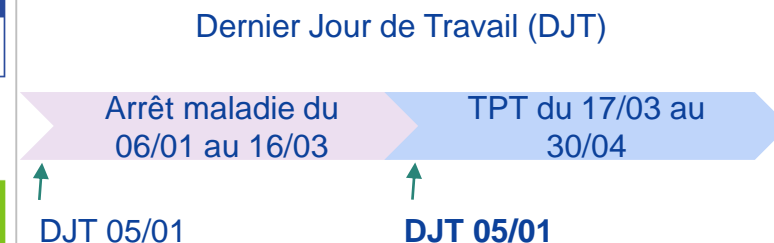
Date du dernier jour de travail : 05/01/2025 *

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

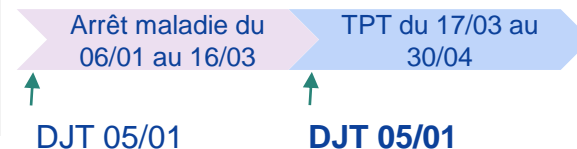


SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

Pour la période du 17 au 31/03 (à déclarer à compter du 1^{er} avril) :

- Monsieur X aurait dû percevoir un salaire de **1200 €** s'il avait travaillé à **temps complet**
- A Temps Partiel Thérapeutique, il a perçu **600 €**

Dernier Jour de Travail (DJT)



Période du
Temps Partiel
Thérapeutique

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur: SIRET, Raison sociale: []

Assuré(e): NOM: [], Prénom: []

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 05/01/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
17/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	600

Valider

Perte de
salaire et
validez

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



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

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

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

L'employeur demande une subrogation : ☒ OUI ☐ NON

Iban : | | | | | *

Si le contrat individuel ou collectif de travail prévoit un maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux Indemnités Journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée (R323-11) :

du : | | au : | |

La date de début de subrogation à saisir ne doit pas être antérieure à la date du dernier jour de travail saisi à l'étape 4.


AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

En cas de
subrogation,
Cochez «oui»

1 SIRET = 1 même RIB

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

VALIDATION DE L'ATTESTATION

[illegible]

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE AT-MP

ATTESTATION DE SALAIRE REPRISE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE - AT / MP

Quels éléments devez-vous indiquer sur l'attestation de salaire ?

- Le choix de l'attestation
- Le Dernier Jour de Travail (DJT)
- La période de travail à temps partiel
(dans le périmètre du mois civil)
- Le **salaire brut perçu** sur la période de temps partiel ET le **salaire brut perdu** correspondant à cette période
- Le destinataire du règlement (subrogation ou non)

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

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

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET :
Raison sociale :

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

N° d'immatriculation :
Nom de famille :
Nom d'usage :
Prénom :
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés)
Date d'embauche :
Autre(s) victime(s) :
Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

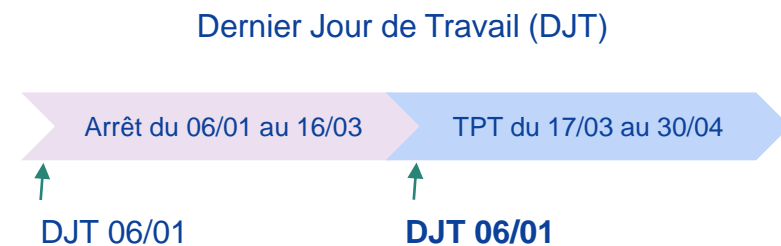
→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

☐ Attestation rectificative

Date de l'accident : 06/01/2025
Date du dernier jour de travail : 06/01/2025

☒ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique
Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

Pour la période du 17/03 au 31/03 (à déclarer à compter du 1^{er} avril) :

- Monsieur X, qui est en Temps Partiel Thérapeutique, a perçu **600 €**

Dernier Jour de Travail (DJT)



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur
SIRET :
Raison sociale :

Assuré(e)
NOM :
Prénom :

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

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

Rappel du dernier jour de travail : 06/01/2025 Date de reprise :

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut
	du	au		
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600	126

Format des dates : jj/mm/aaaa

21%

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Salaire brut perçu
soumis à cotisations
AT/MP pour la
période travaillée soit
du 17 au 31/03/2025

**Taux
forfaitaire
21%**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

Pour la période du 17 au 31/03 (à déclarer à compter du 1^{er} avril) :

- Monsieur X a perdu 600 € brut

Dernier Jour de Travail (DJT)



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur : SIRET : Raison sociale : Assuré(e) : 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	17/03/2025	31/03/2025	600	126	NON

Format des dates : jj/mm/aaaa

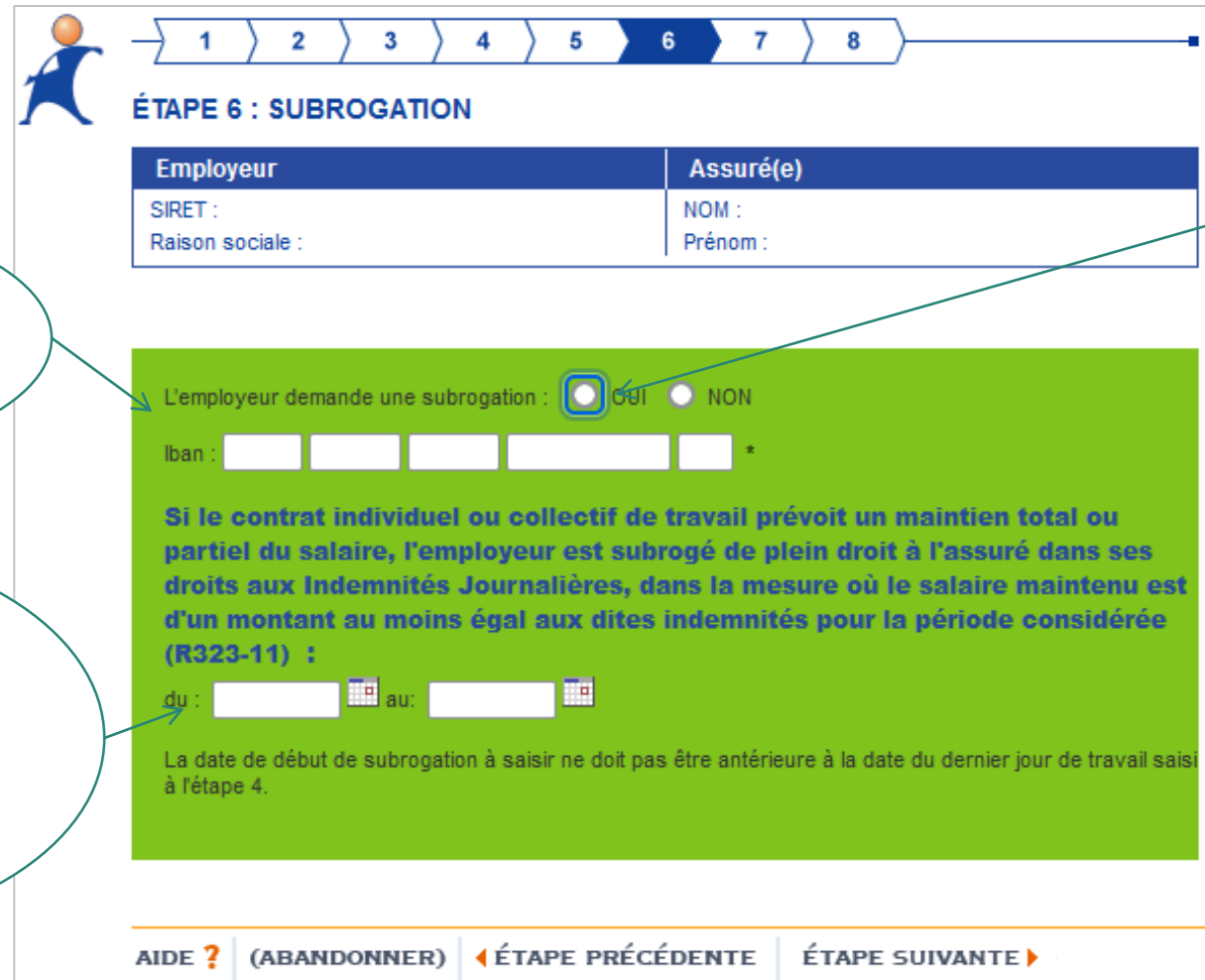
21%

Valider

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

Taux
forfaitaire
21%

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT



The screenshot shows a multi-step process with 8 steps, where step 6 is highlighted. The form is titled 'ÉTAPE 6 : SUBROGATION'. It contains two columns for 'Employeur' and 'Assuré(e)'. The 'Employeur' column has fields for 'SIRET :' and 'Raison sociale :'. The 'Assuré(e)' column has fields for 'NOM :' and 'Prénom :'. Below these is a green box with the question 'L'employeur demande une subrogation :' followed by 'OUI' (selected) and 'NON' radio buttons. An annotation points to the 'OUI' button stating '1 SIRET = 1 même RIB'. Below the radio buttons is an 'Iban :' field. Another annotation points to the 'OUI' button stating 'En cas de subrogation, Cochez «oui»'. Below the Iban field is a paragraph of text: '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) :'. This is followed by 'du : [calendar icon] au: [calendar icon]'. An annotation points to these date fields stating 'Dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret'. Below the date fields is a note: '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.' At the bottom are links: 'AIDE ? (ABANDONNER)', 'ÉTAPE PRÉCÉDENTE', and 'ÉTAPE SUIVANTE'.

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

L'employeur demande une subrogation : ☒ OUI ☐ NON

Iban : [] [] [] [] [] *

Si le contrat individuel ou collectif de travail prévoit un maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux Indemnités Journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée (R323-11) :

du : [] [] au: [] []

La date de début de subrogation à saisir ne doit pas être antérieure à la date du dernier jour de travail saisi à l'étape 4.

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

1 SIRET = 1 même RIB

En cas de subrogation, Cochez «oui»

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

APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à : Le : May 6, 2025

Signataire : **TECHNICIEN DSIJ**

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

Attestation de salaire
accident du travail ou maladie professionnelle

N° 11137*02
ATTSALATMP-PRE (Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale :
Adresse :
N° de téléphone : 0 1 7 2 6 0 2 2 4 8
Code postal :

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

Adresse :
N° de téléphone :
Code postal :
N° SIRET de l'établissement : 5
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification de l'autorité compétente :
N° d'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime :

LA VICTIME

N° d'immatriculation :
A défaut, sexe : 1
Date de naissance :
Nom et prénom :
Adresse :
Code postal :
Date d'embauche :
Profession : Cas standards (salariés manuels)

Qualification professionnelle :
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI ☐ NON ☒

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail ☒ maladie professionnelle ☐
Date de l'accident ou de la reconnaissance de la maladie professionnelle : 0 6 0 1 2 0 2 5
Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5
Date de reprise du travail :
Travail non repris à ce jour ☐

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

A	SALAIRE DE BASE			ACCESSOIRES DU SALAIRE		FRAIS PROFES.	
	Date d'échance de la paye	du	au	Montant brut	Avantages en nature et prestations sociales inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (selon le cas échéant)	Frais professionnels soumis à cotisations
	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00			126.00

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

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 20% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 13
9	10	11	12

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

Interruption du travail	Si il s'agit d'une interruption autorisée	Si le salarié a subi une perte de salaire	Taux forfaitaire 20% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 13
TPT 17/03/2025 31/03/2025	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	600
			126

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

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du au
Le salaire sera maintenu : Intégralement ☐ partiellement ☐
IBAN de l'employeur :
(Séparé sans espace, voir coordonnées bancaires)
et domiciliation :

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

ATTSALATMP-PRE S6202

VALIDATION DE L'ATTESTATION

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL									
Motif de l'arrêt : accident du travail <input checked="" type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/>									
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : 0 6 0 1 2 0 2 5									
Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5									
Date de reprise du travail : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>									
SALAIRE 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 prestations non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (dont inclus dans celui-ci)	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Frais Profes. Soumis à cotisations	Déd. sup. %
	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00			126.00		
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base									
	Date de versement	du	au	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 ?	OUI	NON	Si le victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 10	
	TPT	17/03/2025	31/03/2025	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		600	126	

Vérification de l'attestation au format PDF

1
2
3
4
5
6
7
8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

Le document au format PDF présenté dans une autre fenêtre de votre navigateur a été généré à partir des informations fournies.

Il est la copie conforme de ce qui sera transmis à votre caisse. Vous pouvez l'imprimer et/ou l'enregistrer sur votre ordinateur.

Pour continuer, vous devez valider en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION.

Dans le cas contraire, cliquez ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou ÉTAPE PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

OUI

Saisissez «OUI» et cliquez sur « Etape suivante »

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

04

CONGÉS PAYÉS

ET TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

CONGÉS PAYÉS / TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE


Exemple : Madame X était en arrêt à temps complet **Maladie** depuis le 15/01.
Elle a une prescription de reprise à TPT depuis le 26/02 et jusqu'au 11/04.
En mars, elle est en congés payés du 12 au 23/03.

MARS

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

Les périodes de congés payés doivent être découpées.

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGÉS PAYÉS / TPT MALADIE



1

2

3

4

5

6

7

8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

Rappel du dernier jour de travail : 14/01/2025 Date de reprise :

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
01/03/2025	11/03/2025	Temps partiel thérapeutique	400.00	Modifier
12/03/2025	23/03/2025	Congés payés	0.00	Modifier
24/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	300.00	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	<input type="text" value="0"/>	Valider

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

Validez ligne par
ligne puis cliquez
sur
« Etape suivante »

VISUEL DE L'ATTESTATION (CONGÉS PAYÉS / TPT MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS									
Date du dernier jour de travail			1 4 0 1 2 0 2 5			Situation à la date de l'arrêt		Actif	
						Date de reprise anticipée du travail			
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>									
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)									
► CAS GENERAL : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils <input type="text"/>									
► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils <input type="text"/>									
PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS									
SALAIRES DE REFERENCE									
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils									
du				au		Motif de l'absence		Perte de salaire	
1				2		4		8	
0 1 0 3 2 0 2 5				1 1 0 3 2 0 2 5		TPT		400.00	
1 2 0 3 2 0 2 5				2 3 0 3 2 0 2 5		COP		0.00	
2 4 0 3 2 0 2 5				3 1 0 3 2 0 2 5		TPT		300.00	

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGÉS PAYÉS / TPT AT-MP

Exemple : Madame X était en arrêt à temps complet **Accident du Travail** depuis le 15/01.
Elle a une prescription de reprise à TPT depuis le 26/02 et jusqu'au 11/04.
En mars, elle est en congés payés du 12 au 23/03.

Saisie de l'attestation
pour le mois de mars

Etape 1

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

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

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

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

Rappel du dernier jour de travail : 15/01/2025 Date de reprise :

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	
	du	au			
31/03/2025	01/03/2025	11/03/2025	400.00	84.00	Modifier
31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850.00	178.50	Modifier
31/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	300.00	63.00	Valider

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Salaire brut
PERÇU à
Temps Partiel
Thérapeutique

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGÉS PAYÉS / TPT AT-MP



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

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

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

Maintien de Salaire : ☒ NON ☐ Oui, partiel ☐ Oui, intégral

Brut PERDU à
Temps Partiel
Thérapeutique

Etape 2

INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRISE MOTIF MEDICAL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	
Motif	du	au				
Temps partiel thérapeutique	01/03/2025	11/03/2025	400.00	84.00		Modifier
Congés payés	12/03/2025	23/03/2025	0.00	0.00		Modifier
Temps partiel thérapeutique	24/03/2025	31/03/2025	300.00	63.00		Modifier

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail ☒ maladie professionnelle ☐

Date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle 1 5 0 1 2 0 2 5

Date du dernier jour de travail 1 5 0 1 2 0 2 5

Date de reprise du travail Travail non repris à ce jour ☐

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013	NOM : DESMAUX
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	Prénom : ROBERT

Le document au format PDF présenté dans une autre fenêtre de votre navigateur a été généré à partir des informations fournies.

Il est la copie conforme de ce qui sera transmis à votre caisse. Vous pouvez l'imprimer et/ou l'enregistrer sur votre ordinateur.

Pour continuer, vous devez valider en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION.

Dans le cas contraire, cliquez ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou ÉTAPE PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION **OUI**

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

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

A	SALAIRE DE BASE			ACCESSOIRES DU SALAIRE			
	Date d'échéance de la paye	Période du	au	Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6
SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PÉRIODE DE REFERENCE	1 31/03/2025	2 01/03/2025	3 11/03/2025	4 400.00	5	6	7 84.00
	31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850.00			178.50
	31/03/2025	24/03/2025	31/03/2025	300.00			63.00

B

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

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12
9	du 10 au 11	12	13

C

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

Motif	du	au	S'il s'agit d'une interruption autorisée		Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
			La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	
14 TPT	15 01/03/2025	16 11/03/2025	OUI NON	18 400.00	19 84.00
COP	12/03/2025	23/03/2025	Si OUI, précisez :	0.00	0.00
TPT	24/03/2025	31/03/2025	Intégral Partiel	300.00	63.00

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

L'attestation de salaire pour l'indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique **SANS arrêt initial**.



NET-ENTREPRISES.FR
GIP Modernisation des déclarations sociales



1

2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET

Raison sociale :

Adresse :

Code APET : 748G

Siège social : oui

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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



TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :
Raison sociale :

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

N° d'immatriculation : *
Nom de famille : *
Nom d'usage : *
Prénom : *
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) v *
Date d'embauche : *
Autre(s) victime(s) : ☐
Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

Dernier Jour Travail
=
la veille TPT

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

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

Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

☐ Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : *
Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical
Situation à la date de l'arrêt : *

JUSTIFICATIF DES DROITS

Cas Général	Pour la période du :
Nombre d'heures effectuées	
Pour la période du :	
Salaire brut soumis à cotisations	€

Format des dates : jj/mm/aaaa


AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)

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

 Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.

☐ Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : *

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : *

JUSTIFICATIF DES DROITS

Cas Général	Pour la période du :	
	Nombre d'heures effectuées	<input type="text"/>
	Pour la période du :	
	Salaire brut soumis à cotisations	<input type="text"/> €

 Format des dates : jj/mm/aaaa



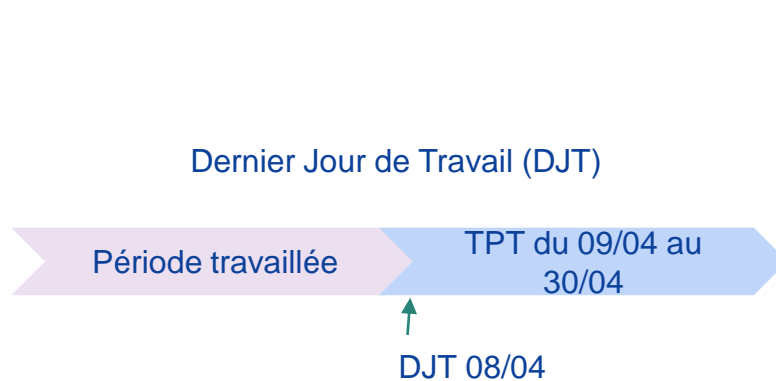
Uniquement pour le risque maladie

Plus de 150 heures travaillées sur les 3 derniers mois
Renseignez seulement le nombre d'heures

Moins de 150 heures travaillées :
Renseignez le nombre d'heures ET indiquez le total des salaires bruts soumis à cotisations sur 6 mois

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

Exemple : Mr X est à Temps Partiel Thérapeutique du 09/04 au 30/04 ; il travaillait à temps complet auparavant.



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

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

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

Rappel du dernier jour de travail : 08/04/2025		Date de reprise :	
SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
09/04/2025	30/04/2025	Temps partiel thérapeutique	800.00

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL




ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

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

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

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/10/2024 au 31/03/2025 , dernier jour de travail : 08/04/2025 ,

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

 Ces périodes ont été générées à partir de la période de justificatif des droits. Vous ne pouvez modifier la périodicité des salaires que si vous modifiez la périodicité des droits (Etape Précédente)

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

i La première partie du tableau n'est à compléter **qu'en cas d'absence AUTORISÉE** de votre salarié(e) durant la période de référence. En cas d'absence non autorisée, passez à l'étape suivante.
La dernière ligne du tableau est à renseigner pour la période couverte par le temps partiel thérapeutique. Chaque ligne au motif éetemps partiel thérapeutique est dédiée aux éléments de salaire d' **1 mois échu**. Si **plusieurs mois sont concernés, il suffit de renseigner de nouvelles lignes**. Si plusieurs motifs sur une même période n'en sélectionner qu'un seul : absence autorisée

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

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

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

VISUEL ATTESTATION (MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail 0 8 0 4 2 0 2 5

Situation à la date de l'arrêt

Actif

Date de reprise anticipée du travail

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

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

CAS GENERAL :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 456.00

↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs

↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE : 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	
														Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - net <input type="checkbox"/>		Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	Salaire net 7	Perte de salaire (indiquez le montant brut) 8	
du							au														
0	1	0	1	2	0	2	5	3	1	0	1	2	0	2	5	2200.00					
0	1	0	2	2	0	2	5	2	8	0	2	2	0	2	5	2200.00					
0	1	0	3	2	0	2	5	3	1	0	3	2	0	2	5	2200.00					
0	9	0	4	2	0	2	5	3	0	0	4	2	0	2	5		TPT				800.00



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013 Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	NOM : DESMAUX Prénom : ROBERT

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 ? OUI

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

06

CAS PARTICULIER

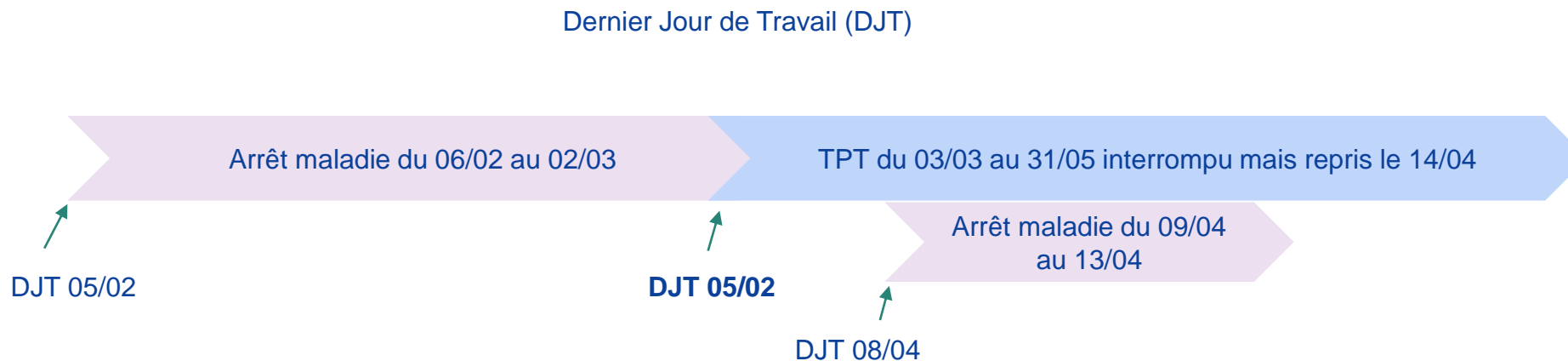
UN ARRÊT À TEMPS COMPLET

INTERROMPT LE TPT

UN ARRÊT TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

1^{er} exemple : Mr X a eu un arrêt maladie temps complet du **06/02** au **02/03** (DJT = **05/02**)

- Son médecin lui a prescrit un TPT du 03/03 au 31/05 (à 50%)
- Il a un nouvel arrêt temps complet (maladie) du 09/04 au 13/04
- Il reprend à Temps Partiel Thérapeutique à compter du **14/04** (à 50%)



UN ARRÊT TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

Il conviendra ici d'établir 3 attestations de salaire pour le mois d'avril :

1 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{er} au 08/04.

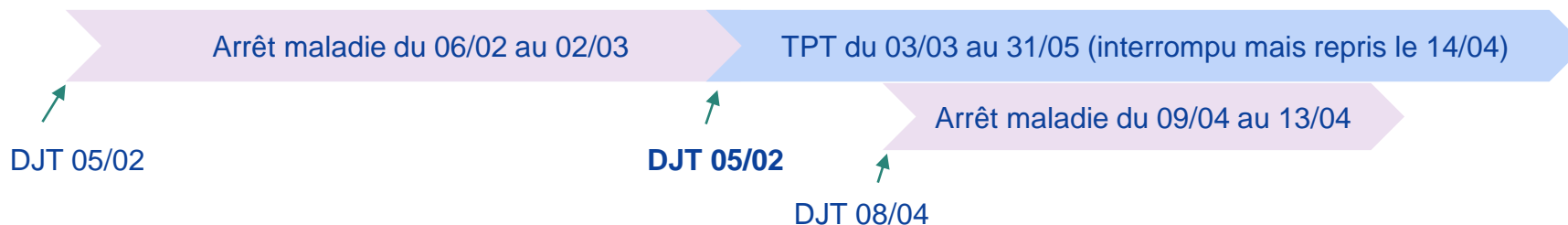
► DJT = celui de l'arrêt temps complet initial soit le **05/02**.

2 - Un signalement arrêt de travail en DSN (ou une attestation de salaire via Net-Entreprises) pour l'indemnisation de l'arrêt à temps complet du 09 au 13/04.


► DJT = la veille du nouvel arrêt temps complet, soit ici le **08/04**.

3 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 14 au 30/04.

► DJT = celui correspondant au temps partiel thérapeutique en cours soit le **05/02**



1ÈRE ATTESTATION : TPT DU 01 AU 08 AVRIL



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
01/04/2025	08/04/2025	Temps partiel thérapeutique	350.00
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	0

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

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

1

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2ÈME ATTESTATION : ARRÊT TEMPS COMPLET DU 09 AU 13 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET	NOM :
Raison sociale	Prénom

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04 au 13/04

2

→ ARRET INITIAL - Maladie

Rappels : période de justificatif des droits : du 01/01/2025 au 31/03/2025 dernier jour de travail : 08/04/2025


SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire	
du	au	Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
01/01/2025	31/01/2025	2500.00	Modifier
01/02/2025	28/02/2025	450.00	Modifier
01/03/2025	31/03/2025	1170.00	Modifier

Ces périodes ont été générées à partir de la période de justificatif des droits. Vous ne pouvez modifier la périodicité des salaires que si vous modifiez la périodicité des droits (Etape Précédente)



2ÈME ATTESTATION : ARRÊT TEMPS COMPLET DU 09 AU 13 AVRIL

A l'étape suivante



1

2

3

4

5

6

7

8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur

SIRET :

Raison sociale :

Assuré(e)

NOM :

Prénom :

→ ARRET INITIAL - Maladie

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

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

AIDE ?

(ABANDONNER)

← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE →

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04 au 13/04

2

En DSN tout est automatique

VISUEL ATTESTATION (MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail : 0 8 0 4 2 0 2 5
Situation à la date de l'arrêt : Actif
Date de reprise anticipée du travail :

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

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

CAS GENERAL :
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : 245.00
↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils :

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

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils			Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire rétabli	
du	au	Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6	7	8
0 1 0 1 2 0 2 5	3 1 0 1 2 0 2 5	2500.00					
0 1 0 2 2 0 2 5	2 8 0 2 2 0 2 5	450.00	MAL	25.00	150.00	2500.00	
0 1 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	1170.00	TPT	70.00	150.00	2500.00	

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013	NOM : DESMAUX
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	Prénom : ROBERT

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

OUI

AIDE ? (ABANDONNER)

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

3ÈME ATTESTATION : TPT DU 14 AU 30 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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



→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

SALAIRES DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET		
Période de référence		SALAIRES DE RÉFÉRENCE		
du	au	Motif	Perte Salaire	
14/04/2025	30/04/2025	Temps partiel thérapeutique	710.00	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	0	Valider

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

3

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

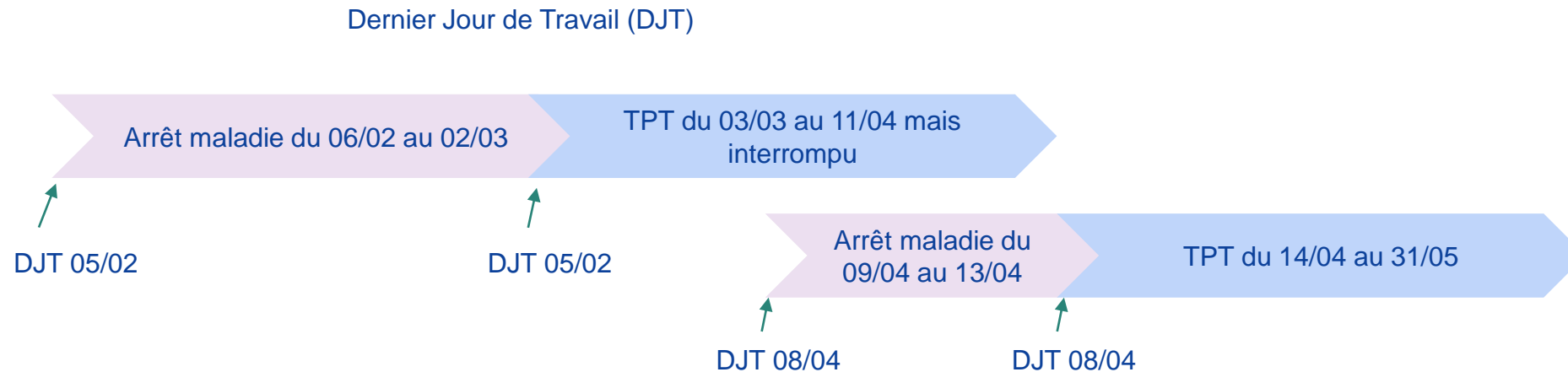
TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

UN ARRÊT MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

2^{ème} exemple : Mr X a eu un arrêt maladie temps complet du 06/02 au 02/03 (DJT = **05/02**)

- Son médecin lui a prescrit une reprise à TPT du 03/03 au 11/04 (à 50%)
- Il a un nouvel arrêt temps complet (maladie) du 09/04 au 13/04
- Son médecin lui a prescrit un nouveau Temps Partiel Thérapeutique du 14/04 au 31/05 (à 50%)



UN ARRÊT MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

Concernant le mois d'avril, il conviendra ici d'établir 3 attestations de salaire :

1 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{er} au 08/04.

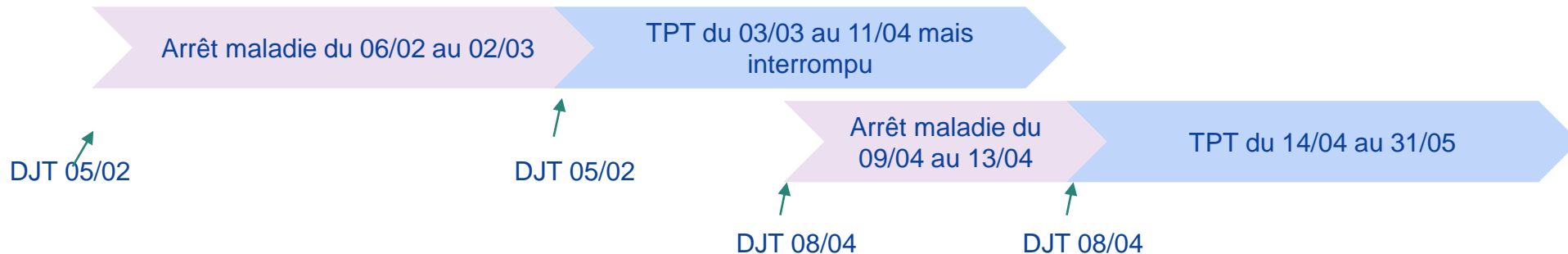
► DJT = celui de l'arrêt temps complet initial soit le 05/02.

2 - Un signalement arrêt de travail en DSN (ou une attestation de salaire via Net-Entreprises) pour l'indemnisation de l'arrêt à temps complet du 09 au 13/04.

► DJT = la veille du nouvel arrêt temps complet, soit ici le 08/04.

3 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 14 au 30/04.

► DJT = le même que celui du dernier arrêt temps complet soit le 08/04
car il y a ici une **rupture dans les prescriptions à temps partiel thérapeutique**



07

CALCUL DE L'IJ

CALCUL DE L'IJ

IJ temps partiel brut

=

perte de salaire brut \div nombre de jours réellement pris en TPT

L'indemnité journalière de temps partiel brut est soumise à 6,2 % de CSG et 0,5% de CRDS.

Ce montant **est limité** à la valeur de **l'indemnité journalière** versée **pour un arrêt à temps complet**.

Montants maximum disponibles sur : [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

CALCUL DE L'IJ



Arrêt Temps Complet
du 01/03 au 15/03

Temps Partiel Thérapeutique
du 16/03 au 31/03

IJ arrêt à temps complet :

- *Décembre: 2000 €*
 - *Janvier : 2000 €*
 - *Février : 2000 €*
- *Salaire brut des 3 derniers mois : $3 \times 2000\text{€} = 6000\text{€}$*
- *Salaire de base journalier : $6000\text{€} / 91,25 = 65,75\text{€}$*
- *IJ réglée : **32,87€** ($65,57\text{€} \times 50\%$)*

IJ arrêt à temps partiel :

- *Salaire complet sur le mois : 2000 €*
 - *Salaire complet sur la période : 1000 €*
 - *Salaire perçu sur la période : 500 €*
 - **Perte de salaire sur la période : 500 €**
- *Nombre de jours sur la période : 16*
- *Perte de salaire journalière : $500\text{€} / 16\text{jours} = 31,25\text{€}$*
- *IJ réglée : **31,25 €***

CE QU'IL FAUT RETENIR

Sélectionner le bon type d'attestation de temps partiel thérapeutique (avec ou sans temps complet antérieur) et le bon motif (maladie ou AT/MP)



S'interroger sur le dernier jour de travail en fonction du cas



Vérifier les DATES du temps partiel thérapeutique
(attention aux successions ou aux interruptions par des arrêts à temps complet)



Déclarer les congés payés si besoin

SONDAGE

QUESTION 1

1. Comment saisir une attestation de salaire en temps partiel thérapeutique ?

- En signalement DSN
- Sur Net Entreprises uniquement
- Les deux

RÉPONSE 1

1. Comment saisir une attestation de salaire en temps partiel thérapeutique ?

- En signalement DSN
- Sur Net Entreprises uniquement
- Les deux

QUESTION 2

2. Pour un temps partiel thérapeutique du 01/01 au 31/01/2025, à partir de quand pouvez-vous saisir votre attestation de salaire en TPT ?

- Le 30/01/2025
- Le 31/01/2025
- À partir du 01/02/2025

RÉPONSE 2

2. Pour un temps partiel thérapeutique du 01/01 au 31/01/2025, à partir de quand pouvez-vous saisir votre attestation de salaire en TPT ?

- Le 30/01/2025
- Le 31/01/2025
- À partir du 01/02/2025

QUESTION 3

3. Votre salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis en TPT du 01/01 au 31/01/2025.

Quelle date de DJT à indiquer pour l'attestation en TPT ?



- Le 14/12/2024
- Le 31/12/2024

RÉPONSE 3

3. Votre salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis en TPT du 01/01 au 31/01/2025.

Quelle date de DJT à indiquer pour l'attestation en TPT ?



- Le 14/12/2024 (**veille** de l'arrêt maladie)
- Le 31/12/2024

QUESTION 4

4. Votre salarié est en arrêt maladie du **15/12 au 31/12/2024**, puis en TPT du **01/01 au 31/01/2025**, avec un arrêt maladie **05/01 au 10/01/2025**.

Quelles sont vos démarches en tant qu'employeur ?



- Saisir 2 attestations de salaires
- Saisir 3 attestations de salaires
- Saisir 4 attestations de salaires

RÉPONSE 4

4. Votre salarié est en arrêt maladie du **15/12 au 31/12/2024**, puis en TPT du **01/01 au 31/01/2025**, avec un arrêt maladie **05/01 au 10/01/2025**.

Quelles sont vos démarches en tant qu'employeur ?



- Je saisis 2 attestations de salaires
- Je saisis 3 attestations de salaires
- Je saisis 4 attestations de salaires
 - ✓ 1 en maladie du 15/12 au 31/12/2024
 - ✓ 1 en TPT pour la période du 01/01 au 04/01/2025
 - ✓ 1 en maladie du 05/01 au 10/01/2025
 - ✓ 1 en TPT pour la période du 11/01 au 31/01/25

QUESTION 5

5. Votre salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis en TPT du 01/01 au 31/01/2025, avec un arrêt maladie 05/01 au 10/01/2025.

Quel est **le DJT** à indiquer pour l'attestation du TPT du **11/01 au 31/01/2025** ?



- 14/12/2024
- 04/01/2025

QUESTION 5

5. Mon salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis en TPT du 01/01 au 31/01/2025, avec 1 arrêt maladie 05/01 au 10/01/2025.

Quel est **le dernier jour travaillé** à indiquer pour l'attestation du TPT du **11/01 au 31/01/2025** ?

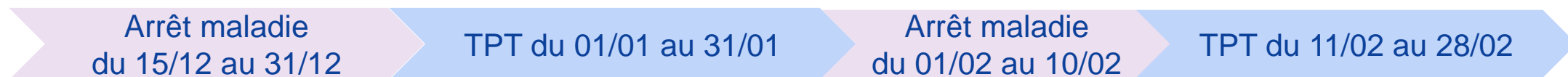


- 14/12/2024
- 04/01/2025

QUESTION 6

6. Votre salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis un TPT prescrit du 01/01 au 31/01/2025, avec un arrêt maladie 01/02/2025 au 10/02/2025, puis nouveau TPT prescrit du 11/02 au 28/02/2025.

Quel est le **DJT** à indiquer pour l'attestation du TPT du **11/02 au 28/02** ?

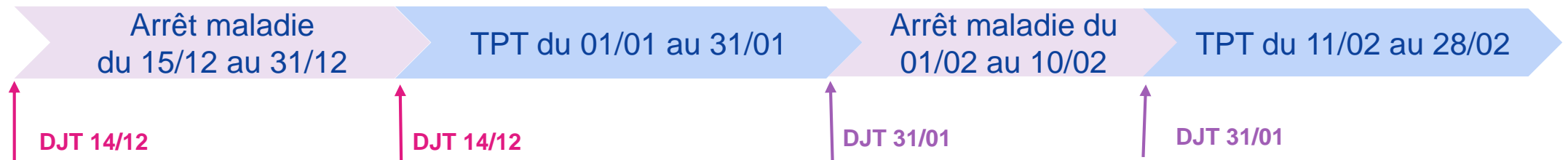


- 14/12/2024
- 31/01/2025

RÉPONSE 6

6. Votre salarié est en arrêt maladie du 15/12 au 31/12/2024, puis un TPT prescrit du 01/01 au 31/01/2025, avec 1 arrêt maladie 01/02/2025 au 10/02/2025, puis nouveau TPT prescrit du 11/02 au 28/02/2025.

Quel est le **DJT** à indiquer pour l'attestation du TPT du **11/02 au 28/02** ?



- 14/12/2024
- 31/01/2025

BOÎTE À OUTILS

NUMÉROS UTILES & SITE DE L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

Pour joindre la caisse d'Assurance Maladie :

3679

(service gratuit + prix de l'appel) du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Un seul numéro pour joindre
la hotline NET-ENTREPRISES et DSN :

0 806 800 700

Service gratuit
+ prix appel

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

[Ameli.fr](https://ameli.fr) pour les entreprises

The screenshot shows the Ameli.fr website interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Assuré', 'Professionnel de santé', and 'Entreprise' (highlighted with a pink circle). To the left of the 'Entreprise' tab is a 'Menu' button (also highlighted with a pink circle). The main header includes the 'l'Assurance Maladie' logo and the 'ameli.fr' URL. On the right side of the header, there are links for 'Qui sommes-nous ?', 'Carrières', 'Études et données', and 'Presse', along with a search bar labeled 'Rechercher' and a 'Net-entreprises' button. The main content area is titled 'Actualités' and features a video thumbnail of a person working at a computer. Below the video, the text reads: 'Santé au travail' and 'Subvention : l'entreprise Le Télégramme aménage un poste pour prévenir les TMS'. On the right side of the page, there is a section titled 'Comment faire ?' with a list of links: '→ Accident du travail / trajet', '→ Congé maternité / paternité', '→ Subrogation de salaire', '→ TMS : financer ses équipements', and '→ Prévenir les risques professionnels'. At the bottom of this list is a button labeled '→ Autres demandes'.

08

QUESTIONS / RÉPONSES

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION