

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 RÈGLEMENTAIRES
- 02**
SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE MALADIE
- 03**
SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE AT-MP
- 04**
CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE
- 05**
TEMPS PARTIEL POUR MOTIF
THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT
INITIAL
- 06**
CAS PARTICULIER
UN ARRÊT TEMPS COMPLET
INTERROMPT LE TPT
- 07**
CALCUL DE L'IJ
- 08**
QUESTIONS / REPONSES

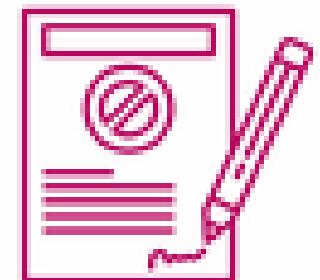
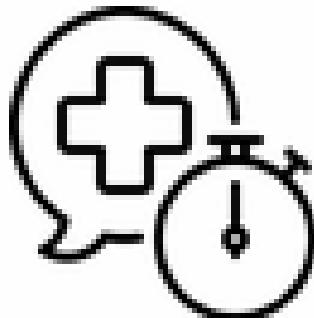
01

INFORMATIONS RÈGLEMENTAIRES

DÉFINITION (1/2)



Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



Prescrit par un professionnel de santé

Doit être 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 RÈGLEMENTAIRES



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

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.

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%**.

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

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :
Raison sociale :

Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

N° d'immatriculation : *

Nom de famille : *

Nom d'usage :

Prénom : *

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

 Format des dates : jj/mm/aaaa

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

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

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	Raison sociale : 

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 :  *

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : *

 Format des dates : jj/mm/aaaa

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

Dernier Jour de Travail (DJT)

Arrêt maladie du
06/01 au 16/03

TPT du 17/03 au
30/04

DJT 05/01

DJT 05/01

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

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

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



Période du Temps Partiel Thérapeutique

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET Raison sociale :	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

Perte de salaire et validez

AIDE ? (ABANDONNER) ▶ ÉTAPE PRÉCÉDENTE

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

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT



1 SIRET = 1 même RIB

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

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

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

L'employeur demande une subrogation : OUI NON

iban : *

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

du : au:

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

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

En cas de subrogation, Cochez «oui»

VALIDATION DE L'ATTESTATION



ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

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

Signataire : **TECHNICIEN DSJ**

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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

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

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

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

VALIDATION

OUI

AIDE ?

(ABANDONNER)

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE AT-MP

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

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

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

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie



AIDE ? | **ÉTAPE PRÉCÉDENTE** | **ÉTAPE SUIVANTE**

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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



SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle



AIDE ? | **ÉTAPE PRÉCÉDENTE** | **ÉTAPE SUIVANTE**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

Exemple : Mr X a été victime d'un accident de travail le **06/01**. Il est en arrêt à temps complet depuis cette date.

Son médecin lui a prescrit une reprise à temps partiel thérapeutique du 17/03 au 30/04. Il reprend avec une activité réduite à 50%.

 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) <input type="checkbox"/>
Date d'embauche :	_____
Autre(s) victime(s) :	<input type="checkbox"/>
<small>Format des dates : jj/mm/aaaa</small>	

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

 ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM : _____
Raison sociale :	Prénom : _____
→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail	
<input type="checkbox"/> Attestation rectificative	
Date de l'accident :	06/01/2025 <input type="button" value="Calendrier"/>
Date du dernier jour de travail :	06/01/2025 <input type="button" value="Calendrier"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique	
<small>Format des dates : jj/mm/aaaa</small>	

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

Dernier Jour de Travail (DJT)

Arrêt du 06/01 au 16/03

TPT du 17/03 au 30/04

DJT 06/01

DJT 06/01

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

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 €**



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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

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

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

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

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

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	
31/03/2025	du	au	600	126	<input type="button" value="Valider"/>

Format des dates : jj/mm/aaaa

21%

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

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

Taux
forfaitaire
21%

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

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)

Arrêt du 06/01 au
16/03

TPT du 17/03 au
30/04

DJT 06/01

DJT 06/01

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

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

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

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRISE MOTIF MEDICAL

Motif	du	au	Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire
Temps partiel thérapeutique	17/03/2025	31/03/2025	600	126	NON

Format des dates : jj/mm/aaaa

21%

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

Taux forfaitaire 21%

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

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

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 SIRET = 1 même RIB

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

 OUI NON'. It also includes fields for 'Iban:' and a date range 'du: [] au: []'. A note at the bottom states: '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) :'. At the bottom of the form are buttons for 'AIDE ? (ABANDONNER)', 'ÉTAPE PRÉCÉDENTE', and 'ÉTAPE SUIVANTE ►'."/>

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

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

L'employeur demande une subrogation : OUI NON

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

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

du : [] au: []

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

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

En cas de subrogation, Cochez «oui»

APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION


1
2
3
4
5
6
7
8

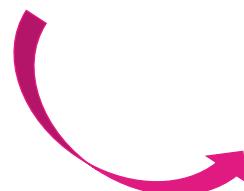
ÉTAPE 7 : SIGNATURE

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

SIGNATURE

Fait à Le : May 6, 2025

Signataire : **TECHNICIEN DSIIJ**



**Attestation de salaire
accident du travail ou maladie professionnelle**

(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'ESTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(le chantier n'est jamais 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 du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime : _____

RÉSERVÉ CPAM

LA VICTIME

N° d'immatriculation : _____

A défaut, sexe : 1 Date de naissance : _____

Nom et prénom : JEAN MARIE, ANDRE HOUDE (nom de famille de naissance)

Adresse : _____

Code postal : _____

Date d'embauche : _____ Profession : Cas standards (salariés mensualisés)

Qualification professionnelle : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail maladie professionnelle

Date de l'accident ou de la 1^{re} maladie professionnelle : _____

Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5 1

Date de reprise du travail : _____ Travail non repris à ce jour

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

A	SALAIRES DE BASE			ACCESOIRES DU SALAIRE			PRÉS PROFES. SOURCES A CONSULTATIONS	DÉD. SUP. %
	Date d'échéance de la paye	Période	du	au	Montant brut	Avantages en nature et précomptes Incluant le taux de la cotisation de base		
SAILO DE BASSE DU ACCES- D'ACCES- DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00	5	126.00	126.00	0

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

B	SALAIRES DE BASE			ACCESOIRES DU SALAIRE			PRÉS PROFES. SOURCES A CONSULTATIONS	DÉD. SUP. %
	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux horifique 21% du part salariée et cotisations sur cotisations	du	au		
Ces particulières	du 10 au 11	12	13	14	15	16	17 - 18	19
				17/03/2025	31/03/2025	25	600	126

Le victime a-t-elle bénéficié d'un complément de rémunération ?

Si la victime a subi une perte de temps de travail, le taux de la cotisation de base

Si ONU présente : Intégral Partiel

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Periode pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du _____ au _____

Le salaire sera maintenu : Intégralement partiellement

IBAN de l'employeur : _____

(Date, sans espace, voir coordonnées bancaires)

et domiciliation : _____

Fait à _____ le _____

Nom du signataire _____
et qualité _____

Signature de l'employeur

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 ^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle : 0 6 0 1 2 0 2 5											
Date du dernier jour de travail : 0 6 0 1 2 0 2 5											
Date de reprise du travail					Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>						
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)											
A SALAIRE DE BASE ET ACCES- SORIES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE			ACCES- SORIES DU SALAIRE							
	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnité, prime et allocations versées à la même période que le salaire brut de base dans le cadre de la maladie professionnelle	Taux forfaitaire 21% ou part salariale déclarée à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFESSIONNELS	Soumis à cotisations	Décl. sup. %	
	1 31/03/2025	2 17/03/2025	3 31/03/2025	4 600,00	5	6	7	8	9	10	
						126,00					
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base	Période à laquelle se rapporte le versement			Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée							
	Date de versement	du	au	Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale déclarée sur colonne 12	Motif	du	au	Si la victime a bénéficié d'un malaise de salaire ?	Taux forfaitaire 21% ou part salariale déclarée sur colonne 13	
	9 9	10 10	11 11	12 12	13 13	14 TPT	15 17/03/2025	16 31/03/2025	17 <input type="checkbox"/>	18 600	19 126

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 ETAPE PRÉCEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ? OUI

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

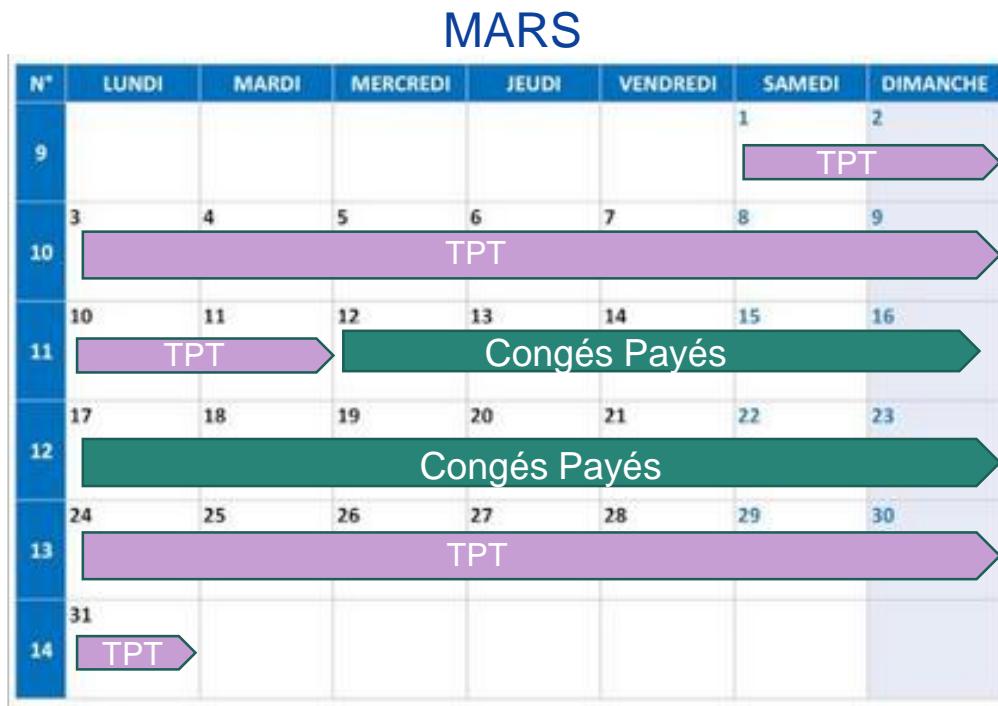
Saisissez
«OUI»
et cliquez sur
«Etape suivante»

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.



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
12/03/2025	23/03/2025	Congés payés	0.00
24/03/2025	31/03/2025	Temps partiel thérapeutique	300.00
<input type="button" value=""/>	<input type="button" value=""/>	<input type="button" value="Temps partiel thérapeutique"/>	<input type="button" value="0"/>

[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)										
<p>► CAS GENERAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 										
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS </div>										
SALAIRES DE REFERENCE										
PERIODES DE REFERENCE :					SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils					Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire qps alh	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du		au			- brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	4	5	6	7	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 Raison sociale :	NOM : Prénom :

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

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

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

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

Format des dates : jj/mm/aaaa

**Salaire brut
PERÇU à
Temps Partiel
Thérapeutique**

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

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

**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 <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 5 0 1 2 0 2 5											
Date du dernier jour de travail 1 5 0 1 2 0 2 5											
Date de reprise du travail					Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>						
SALAIRES DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)											
A SALAIRE DE BASE ET ACCES- SORIES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE				ACCESOIRES DU SALAIRE						
	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	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				
	1 31/03/2025	2 01/02/2025	3 11/02/2025	4 400,00	5	6	7 84,00				
	31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850,00			178,50				
			300,00			63,00					
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base	Période à laquelle se rapporte le versement				Cas où la période de référence n'a pas été entièrement Interruption du travail						
	Date de versement	du	au	Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Motif	du	au	Si la victime a bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
	9	10	11	12	13	14 TPT	15 01/03/2025	16 11/03/2025	17 OUI	18 400,00	19 84,00
C Interruption du travail	Motif				du	au	Si la victime a bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18		
					14 COP	15 12/03/2025	16 23/03/2025	17 NON	18 0,00	19 0,00	
					14 TPT	15 24/03/2025	16 31/03/2025	17 Intégral	18 300,00	19 63,00	
								Partiel			
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 ETAPPE PRECEDENTE pour revenir sur votre saisie.											
<input style="background-color: green; color: white; padding: 5px 10px; border: none; border-radius: 5px; width: 150px; height: 30px; margin-bottom: 10px;" type="button" value="VALIDATION"/> <input style="background-color: white; border: 1px solid red; color: red; padding: 2px 10px; border-radius: 5px; width: 50px; height: 20px;" type="button" value="OUI"/>											
<input style="border: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;" type="button" value="AIDE ?"/> <input style="border: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;" type="button" value="ABANDONNER"/> <input style="border: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;" type="button" value="ETAPPE PRÉCÉDENTE"/> <input style="border: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;" type="button" value="ETAPPE SUIVANTE"/>											

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

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



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

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

A blue hand icon with a pointing finger is positioned to the right of the dropdown menu, pointing to the option 'Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial' which is highlighted with a yellow background.

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

 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](#) ►

Dernier Jour Travail
=
la veille TPT

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

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. Si l'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	
<p>! Vous devez remplir une attestation de reprise anticipée si votre salarié a repris le travail AVANT la fin de son arrêt. S'il reprend son travail après la fin de son arrêt, vous n'avez plus à remplir d'attestation de reprise depuis le 1er juin 2013.</p>	
<input type="checkbox"/> Attestation rectificative	
Date du dernier jour de travail :	<input type="text"/> *
Reprise à temps partiel *	<input checked="" type="radio"/> Motif médical
Situation à la date de l'arrêt :	<input type="text"/> *
JUSTIFICATIF DES DROITS	
Cas Général	Pour la période du : <input type="text"/>
	Nombre d'heures effectuées <input type="text"/>
	Pour la période du : <input type="text"/>
	Salaire brut soumis à cotisations <input type="text"/> €
<small>Format des dates : jj/mm/aaaa</small>	



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.

Dernier Jour de Travail (DJT)

Période travaillée → TPT du 09/04 au 30/04

↑
DJT 08/04

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

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

SALAIRS DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET	
Période de référence		SALAIRS DE RÉFÉRENCE	
du	au	Motif	Perte Salaire
09/04/2025	30/04/2025	Temps partiel thérapeutique	800.00

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

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

Modifiez

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 Brut: <input checked="" type="radio"/> Réduit: <input type="radio"/>
du	au	
01/01/2025	31/01/2025	2200.00
01/02/2025	28/02/2025	2200.00
01/03/2025	31/03/2025	2200.00

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

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

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

SALAIS DE BASE		Montant du salaire Brut	TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET						
Période de référence			Motif	SALAIS DE RÉFÉRENCE					
du	au			H réelles	H complet	salaire rétabli			
01/01/2025	31/01/2025	2200.00					<input type="button" value="Valider"/>		
01/02/2025	28/02/2025	2200.00					<input type="button" value="Valider"/>		
01/03/2025	31/03/2025	2200.00					<input type="button" value="Valider"/>		

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 question)

► CAS GENERAL :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 456.00
- ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

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

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs
- ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils		Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire q ^u alt	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du	au	- brut <input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7	8
0 1 0 1 2 0 2 5	3 1 0 1 2 0 2 5	2200.00					
0 1 0 2 2 0 2 5	2 8 0 2 2 0 2 5	2200.00					
0 1 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	2200.00					
0 9 0 4 2 0 2 5	3 0 0 4 2 0 2 5	TPT				800.00	

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

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](#)

06

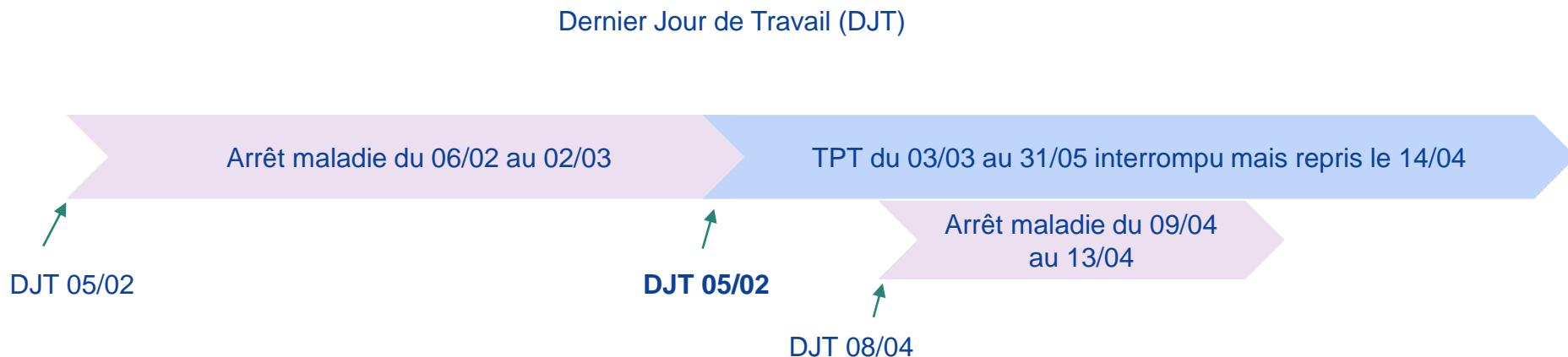
CAS PARTICULIER

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%)



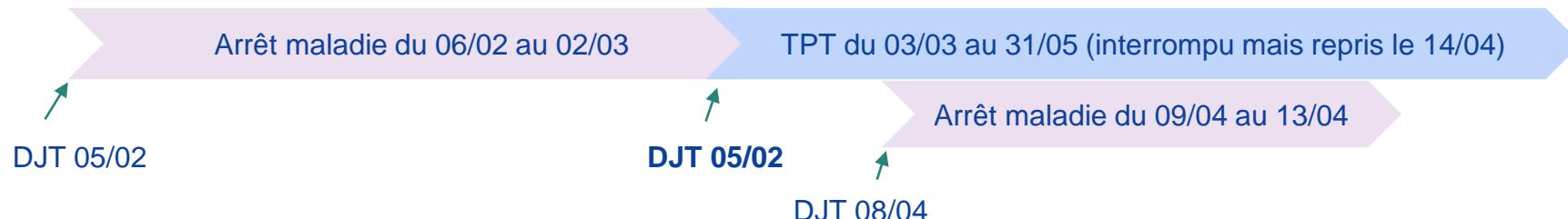
UN ARRÊT TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

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 :

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

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

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

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

AIDE ?

(ABANDONNER)

◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE ▶



VISUEL ATTESTATION (MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS										
Date du dernier jour de travail		0 8 0 4 2 0 2 5		Situation à la date de l'arrêt		Actif		Date de reprise anticipée du travail		
Activité à temps partiel : pour motif médical		<input type="checkbox"/>		pour raison personnelle		<input type="checkbox"/>				
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement)										
<p>► CAS GENERAL :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 245 . 00</p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils <input type="text"/></p> <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs <input type="text"/></p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils <input type="text"/></p>										
SALAIRES DE REFERENCE										
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINU : 12 mois civils				Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire rétabli		
du	au	1	2	- brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
0 1 0 1 2 0 2 5	3 1 0 1 2 0 2 5	2500.00								8
0 1 0 2 2 0 2 5	2 8 0 2 2 0 2 5	450.00	MAL	25.00	150.00	2500.00				
0 1 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	1170.00	TPT	70.00	150.00	2500.00				

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

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 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 PRÉCEDENTE 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 :

→ Repose 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

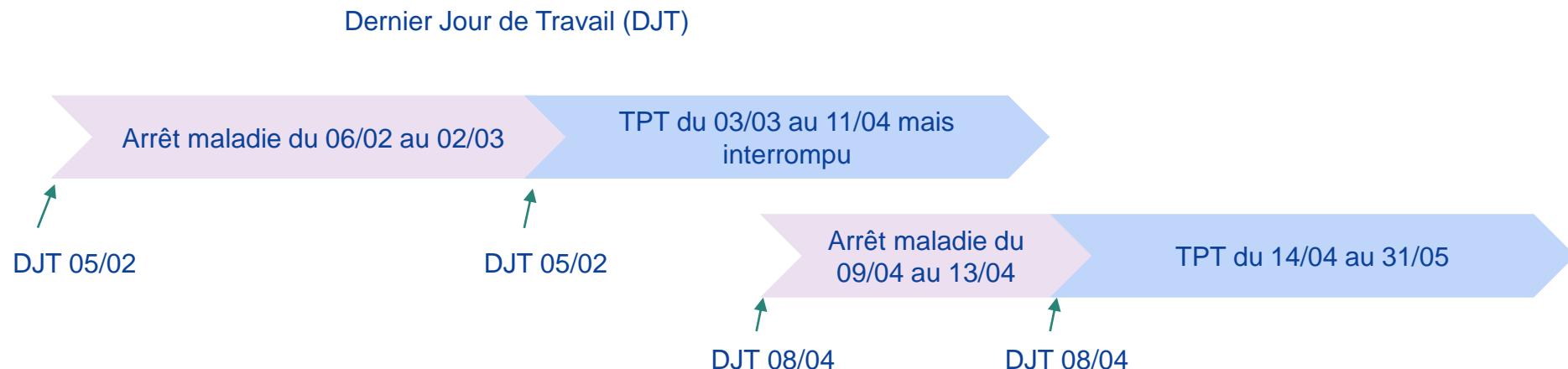
TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

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

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 ?



Arrêt maladie
du 15/12 au 31/12

TPT du 01/01 au 31/01

- 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 ?



Arrêt maladie
du 15/12 au 31/12

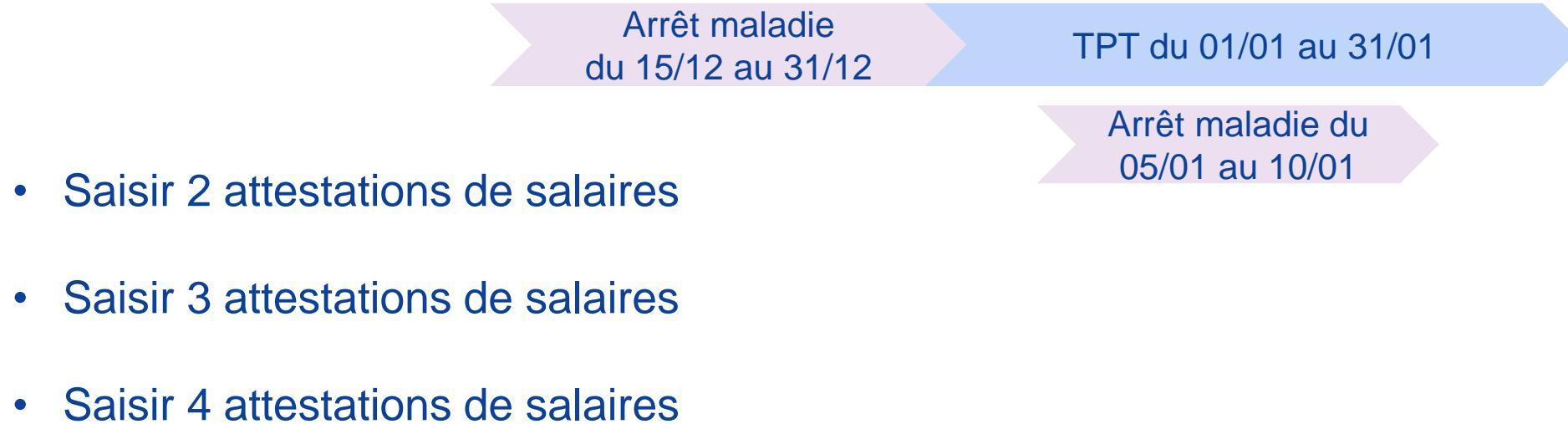
TPT du 01/01 au 31/01

- 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**.

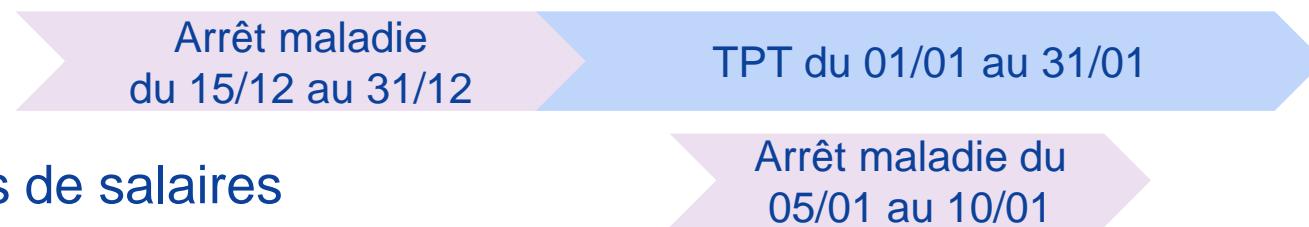
Quelles sont vos démarches en tant qu'employeur ?



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 saisir 2 attestations de salaires
- Je saisir 3 attestations de salaires
- Je saisir 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** ?



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 **11/01 au 31/01/2025** ?



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** ?

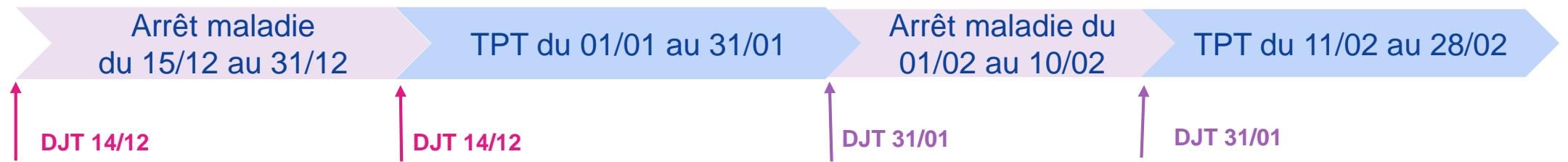


- 14/12/2024
- 31/01/2025

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 :



Ameli.fr pour les entreprises

08

QUESTIONS / RÉPONSES

MERCI POUR VOTRE ATTENTION
VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION