



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

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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

SOMMAIRE

01
INFORMATIONS RÈGLEMENTAIRES

02
SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE MALADIE

03
SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE AT-MP

04
CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE

05
TEMPS PARTIEL POUR MOTIF
THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT
INITIAL

06
CAS PARTICULIER
UN ARRÊT TEMPS COMPLET
INTERROMPT LE TPT

07
CALCUL DE L'IJ

08
QUESTIONS / REPONSES

01

INFORMATIONS RÈGLEMENTAIRES

DÉFINITION (1/2)



Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



Prescrit par un professionnel de santé

Doit être 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



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 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 sauf motif mal

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) *

i 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

i 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 : *

i 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 €**

Période du Temps Partiel Thérapeutique

Perte de salaire et validez

1 2 3 4 5 6 7 8

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

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 : [REDACTED] *

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 : [REDACTED] au: [REDACTED]

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

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

Cochez «oui»

VALIDATION DE L'ATTESTATION

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

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	NOM : Prénom :

SIGNATURE

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

Signataire : **TECHNICIEN DSIJ**

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

« Etape suivante »



ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMINTES JOURNALIRES

cerfa
11135*05
ATTSAL-TER

MALADIE MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION CONGE DE DEUIL FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL

(Art. L.323-4, L.331-7, 8 et 2, L.333-1, R.313-3, R.319-7, R.323-4, R.323-5, R.323-8, R.323-10 et R.331-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRÉNOM ou DENOMINATION :
ADRESSE :
Numéro SIRET :
Code Postal : Ville :
N° téléphone :
C'est une entreprise de travail temporaire, cocher cette case :

L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION :
NOM et PRÉNOM :
Nom de naissance :
ADRESSE :
Code Postal : Ville :
MATRICULE DANS L'ENTREPRISE :
Date de reprise :
Date de naissance :
Situé à la :
Date de l'arrêt :
Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

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

CAS GÉNÉRAL :
- Indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs
- si ce nombre est inférieur à 160, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 3 mois civils

SI L'ACTIVITÉ PRÉSENTE UN CARACTÈRE ASAINONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GÉNÉRAL NE SONT PAS PLEINEMENT VÉRIFIÉES (voir notice) :
- Indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 12 mois civils ou des 366 jours consécutifs
- si ce nombre est inférieur à 800, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

SALAIRES DE RÉFÉRENCE

PERIODES DE RÉFÉRENCE : CAS GÉNÉRAL : 3 mois civils ACTIVITÉ ASAINONNIÈRE OU DISCONTINU : 12 mois civils	SALAIRES	L'ASSURÉ(E) A ÉTÉ ASSURÉ(E) PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE	TEMPS PASSE THERAPEUTIQUE
du 1 7 0 3 2 0 2 5 au 3 1 0 3 2 0 2 5	Montant du salaire : - si ce nombre est inférieur à 160, indiquer le montant de 21 % <input type="checkbox"/> Montant de 21 % : 4	Nombre de maternités effectuées : 4 Nombre de naissances effectuées : 6	Salaire : 600.00 Partie de salaire : 600.00

MATERNITE (à signer, au début du repos prénatal, par l'assuré(e))
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

PATERNITE-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION-DEUIL (à signer au début du congé par la personne assurée qui demande le congé)

je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :
du **1 7 0 3 2 0 2 5** au **3 1 0 3 2 0 2 5**

IBAN de l'employeur :
(Banque, avec espaces, non commerciale bancaire)
et domiciliation :
Signature de l'employeur

Fait à :
Nom du signataire :
et qualité :
Signature de la personne assurée qui demande le congé

Conformément au Règlement européen n° 2016/679 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'application de ces droits, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

ATTSAL-TER S3201q

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 PRÉCÉDENTE** pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

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

Saisissez «OUI»
et cliquez sur « Etape suivante »



03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE AT-MP

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

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

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

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – AT / MP

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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.

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 : Raison sociale	NOM : Prénom :

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

Attestation rectificative

Date de l'accident : *

Date du dernier jour de travail : *

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

→ 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

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

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

Date d'échéance de la paie	Période		Montant brut	Part salariale à déduire du montant brut	
	du	au			
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600	126	<input type="button" value="Valider"/>

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? | (ABANDONNER) | ← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

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

**Taux
forfaitaire
21%**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

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

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

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL OU REPRISE MOTIF MEDICAL

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	500	105	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

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 SIRET = 1 même RIB

Dates de subrogation conformément à ma 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](#)

Cochez «oui»

APERÇU DE L'ATTESTATION DE SALAIRE AVANT VALIDATION

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

ÉTAPE 7 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET :	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**
(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 : _____
Code postal : _____
N° de téléphone : _____

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

Adresse : _____
Code postal : _____
N° de téléphone : _____

N° SIRET de l'établissement : 9
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'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 (nom de famille) : _____
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 À L'ARRÊT DE TRAVAIL

Motif de l'arrêt : accident du travail maladie professionnelle
Date de l'accident ou de la 1^{re} intervention : _____
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. Soutiens Déd. sup. %
	Date d'échéance de la paye	du	au	Montant brut	Avantages en nature et indemnités incluses dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications et autres avantages incluses dans le salaire brut de base déclaré	
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00	0	126.00	0	

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

Date de versement	Periode à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 21% ou part salariale déclaré sur l'attestation
9	du 10 au 11	12	13

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

Motif	du		au		Le nombre de jours travaillés d'un mois de référence ?	Taux forfaitaire 21% ou part salariale déclaré sur l'attestation
	14	15	16	17		
TPT	17/03/2025	31/03/2025	18	19	500.00	105.00

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

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Periode pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : 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

« Etape suivante »

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 et déduite sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFES.	Soumis à cotisations	Déd. 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 des cotisations à déduire sur colonne 12	Motif	du	au	Si la victime a bénéficié d'un malaise de salaire ?	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18	
	9 10	11	12	13		14 TPT	15 17/03/2025	16 31/03/2025	17 <input type="checkbox"/>	18 500.00	19 105.00

Vérification de l'attestation au format PDF


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

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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

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

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

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

VALIDATION ?

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

Saisissez
«OUI»
et cliquez sur
«Etape
suivante»

04

CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

CONGES PAYES / TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE

Exemple : Madame X était en arrêt à temps complet **Maladie** depuis le 15/01.

Elle a une prescription de reprise à TPT depuis le 26/02 et jusqu'au 11/04.

En mars, elle est en congés payés du 12 au 23/03.

MARS

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

Les périodes de congés payés doivent être découpées.

SAISIE SUR NET ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT MALADIE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

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

Validez ligne par ligne puis cliquez sur « Etape suivante »

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



VISUEL DE L'ATTESTATION (CONGES PAYES / TPT MALADIE)

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS											
Date du dernier jour de travail		1 4 0 1 2 0 2 5	Situation à la date de l'arrêt		Actif		Date de reprise anticipée du travail				
Activité à temps partiel : pour motif médical <input checked="" type="checkbox"/> pour raison personnelle <input type="checkbox"/>											
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)											
<p>► CAS GENERAL :</p> <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="float: right; margin-right: 20px;"> PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNÉE 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 alt	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du		au			- brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	3	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 – CONGES PAYES / TPT AT-MP

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

Saisie de l'attestation pour le mois de mars

Etape 1

NET-ENTREPRISES.FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur Assuré(e)

SIRET : NOM :
Raison sociale : (...) Prénom

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail
Salaire de base et accessoires du salaire de la période de référence

Rappel du dernier jour de travail : 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
PERCU à
Temps Partiel
Thérapeutique**

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – CONGES PAYES / TPT AT-MP

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

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

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

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

Brut PERDU à Temps Partiel Thérapeutique

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

Etape 2

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"/>	

A
SALAIRE DE BASE ET ACCES-
SOIRES DU SALAIRE DE LA
PERIODE DE REFEREN

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 5, 6 et 7
31/03/2025	01/03/2025	11/03/2025	400.00			84.00
31/03/2025	12/03/2025	23/03/2025	850.00			178.50
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
du	au	12	13
9	10	11	13

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

Interruption du travail				S'il s'agit d'une interruption autorisée	
Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
14	15	16	OUI 17 NON	18	19
TPT	01/03/2025	11/03/2025	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	400.00	84.00
COP	12/03/2025	23/03/2025	<input type="checkbox"/>	0.00	0.00
TPT	24/03/2025	31/03/2025	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.00	63.00
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

VALIDATION ?
VALIDATION

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

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.

AIDE ?
(ABANDONNER)
ÉTAPE PRÉCÉDENTE
ÉTAPE SUIVANTE

VALIDATION ?
VALIDATION

1
2
3
4
5
6
7
8

<div style="display: flex; justify-content: space

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

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



1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET :
Raison sociale :
Adresse : ..

Code APET : 748G
Siège social : oui

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

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

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET : 999000
Raison sociale

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

N° d'immatriculation : 150 72 *

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Empli 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
SIRET : 999000
Raison sociale

Assuré(e)
NOM : TEST
Prénom : TEST

→ 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](#)

 l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

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

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

Dernier Jour de Travail (DJT)

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

↑
DJT 08/04

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

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

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

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

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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

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

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

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

SALAIRS DE BASE		
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
01/02/2025	28/02/2025	2200.00
01/03/2025	31/03/2025	2200.00

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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : Raison sociale :	NOM : 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 étemps partiel thérapeutiqueé est dédiée aux éléments de salaire d' 1 mois échu. Si plusieurs mois sont concernés, il suffit de renseigner de nouvelles lignes. Si plusieurs motifs sur une même période n'en sélectionner qu'un seul : absence autorisée

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

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

SALAIRS DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET				
Période de référence		Montant du salaire Brut	SALAIRS DE RÉFÉRENCE			
du	au		Motif	H réelles	H complet	
01/01/2025	31/01/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Valider"/>
01/02/2025	28/02/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Valider"/>
01/03/2025	31/03/2025	2200.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 <input checked="" type="checkbox"/>		pour raison personnelle <input type="checkbox"/>							
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement)									
<p>► CAS GENERAL :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 456.00</p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils </p> <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs </p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils </p>									
SALAIRES DE REFERENCE									
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils				Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire 456.00	
du 1	au 2	- brut <input checked="" type="checkbox"/>	- réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	Perte de salaire (indiquez le montant brut) 800.00
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							

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 ?

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

06

CAS PARTICULIER

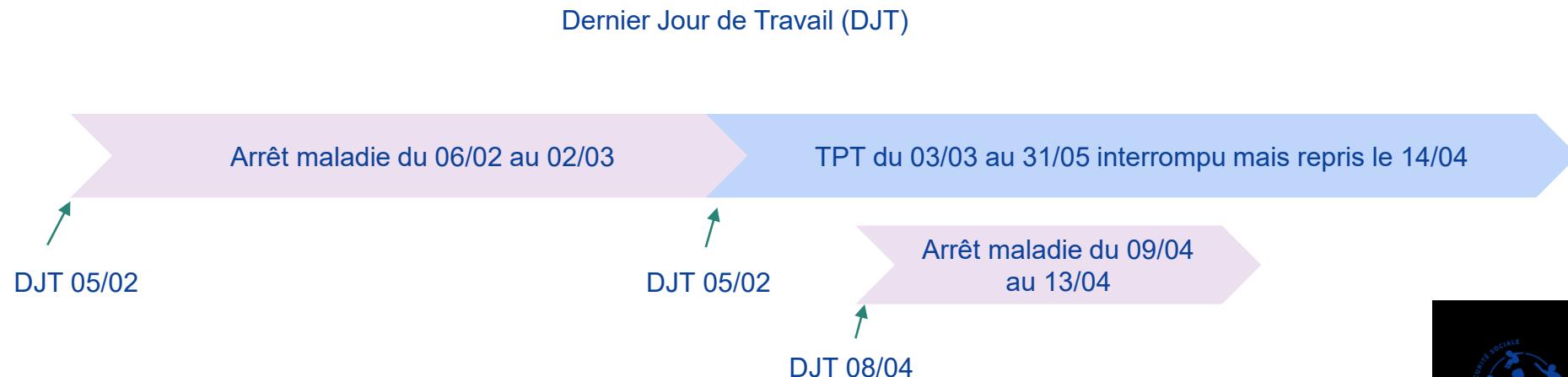
UN ARRET TEMPS COMPLET

INTERROMPT LE TPT

UN ARRET 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 ARRET TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

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

1 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{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**

1ERE ATTESTATION : TPT DU 01 AU 08 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 :

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

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

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

1

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

→ ARRET INITIAL - Maladie

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2

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

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

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



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

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2

A l'étape
suivante

→ ARRET INITIAL - Maladie

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

SALAISONS DE BASE		TRAVAIL A TEMPS NON-COMPLET					SALAISONS DE RÉFÉRENCE	
Période de référence		Montant du salaire Brut	Motif	SALAISONS DE RÉFÉRENCE				
du	au			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	<input type="button" value="Modifier"/>	
01/03/2025	31/03/2025	1170.00	Temps partiel thérapeutique	70.00	150.00	2500.00	<input type="button" value="Modifier"/>	



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 les instructions)									
<p>► CAS GENERAL :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 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 </p> <p>► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :</p> <p>- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs </p> <p>↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils </p>									
SALAIRES DE REFERENCE									
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils				Montant du salaire selon le cas :	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire rétabli	Perte de salaire (indiquez le montant brut)
du 1	au 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	MAL	25.00	150.00	2500.00			
0 1 0 2 2 0 2 5	2 8 0 2 2 0 2 5	450.00	TPT	70.00	150.00	2500.00			
0 1 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	1170.00							

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

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : Raison sociale	NOM Prénom

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

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

Pour continuer, vous devez valider en saisissant explicitement "oui" dans la zone VALIDATION. Dans le cas contraire, cliquez ABANDONNER pour retourner au menu d'accueil ou ÉTAPE PRÉCEDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

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

3EME ATTESTATION : TPT DU 14 AU 30 AVRIL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie
Rappel du dernier jour de travail **05/02/2025** Date de reprise :

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

3

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

UN ARRET MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

2^{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 ARRET MALADIE TEMPS COMPLET INTERROMPT LE TPT

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

1 - Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 1^{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 prescrits

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 €** ($65,75 \text{ €} \times 50\%$)

IJ arrêt à temps partiel :

- *Salaire complet sur le mois* : 2000 €
- *Salaire complet sur la période* : 1000 €
- *Salaire perçu sur la période* : 500 €
- **Perte de salaire sur la période** : 500 €

- *Perte de salaire journalière* : **500 €**
- *IJ réglée* : **31,25 €** ($500 \text{ €} / 16 \text{ jours}$)

CE QU'IL FAUT RETENIR

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



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



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



Déclarer les congés payés si besoin

NUMÉRO UTILE & SITE DE L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

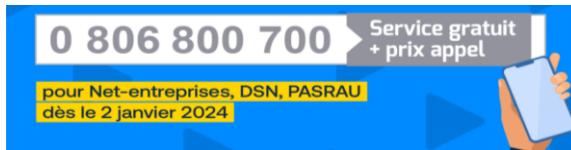
Pour joindre votre CPAM : 3679

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

Adresse mail référente locale :

cis.employeurs.cpam-nievre@assurance-maladie.fr

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



Ameli.fr pour les entreprises

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

Rechercher Net-entreprises

Actualités

Santé au travail

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

Comment faire ?

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