

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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

SOMMAIRE

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE MALADIE

03

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES
AU RISQUE AT-MP

04

CONGÉS PAYÉS ET TEMPS PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE

05

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF
THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT
INITIAL

06

CAS PARTICULIER
UN ARRÊT TEMPS COMPLET
INTERROMPT LE TPT

07

CALCUL DE L'IJ

08

QUESTIONS / REPONSES

01

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

DÉFINITION (1/2)



Dispositif de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle



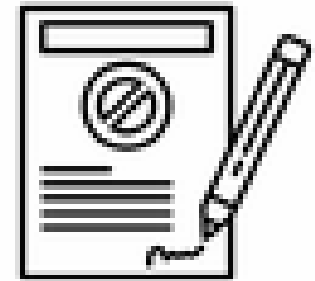
Prescrit par un professionnel
de santé



Doit être **médicalement
justifié**



**Reprise progressive à
temps plein du salarié**



**Désinsertion
professionnelle d'un salarié**

DÉFINITION (2/2)



Accord de
l'employeur



Temps de
travail réduit



Médecin du
travail



MISES À JOUR RÉGLEMENTAIRES



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

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

02

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE MALADIE



CONTEXTE

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

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

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

[illegible]

COMMENT TRANSMETTRE L'ATTESTATION DE SALAIRE ?

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



ATTESTATION DE SALAIRE REPRISE A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE - MALADIE

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

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

SAISIE SUR NET ENTREPRISES - MALADIE

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SAISIE SUR NET-ENTREPRISES - MALADIE

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

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :
Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

N° d'immatriculation :
Nom de famille :
Nom d'usage :
Prénom :
Emploi ou catégorie professionnelle : Cas standards (salariés mensualisés) *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur Assuré(e)

SIRET :
Raison sociale :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

☐ Attestation rectificative

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

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : Actif *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

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	NOM :
Raison sociale :	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

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Perte de
salaire et
validez

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

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

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

L'employeur demande une subrogation : ☒ OUI ☐ NON

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

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

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

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

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

1 SIRET = 1 même RIB

Cochez «oui»

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

VALIDATION DE L'ATTESTATION

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 POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

MALADIE ☒ MATERNITÉ ☐ PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION ☐ Attestation rectificative ☐

(Art. L.323-4, L.323-7, 8 et 9, L.333-1, R.313-3, R.313-7, R.323-4, R.323-8, R.323-10 et R.331-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION :
 Adresse :
 N° téléphone (facultatif) :
 Numéro SIRET :
 (S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case)

L'ASSURÉ(E)

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

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail : 0 5 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 ☒ pour raison personnelle ☐

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

CAS GÉNÉRAL : Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 9 mois civils ou des 90 jours consécutifs :
 % si le nombre est inférieur à 160, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 9 mois civils :
 Si l'ACTIVITÉ PRÉSENTE UN CARACTÈRE SAISONNIER OU DISCONTINU (ET SI LES CONDITIONS DU CAS GÉNÉRAL 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 366 jours consécutifs :
 % si le nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils :

SALAIRES DE RÉFÉRENCE

PERIODES DE RÉFÉRENCE : CAS GÉNÉRAL : 9 mois civils ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	SALAIRES Montant du salaire selon le cas : - brut <input type="checkbox"/> - net <input checked="" type="checkbox"/> (réduit de 21 %)	L'ASSURÉ(E) A-T-IL/ELLE BÉNÉFICIÉ PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BÉNÉFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE ?	TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
du	au	Montant du salaire	Partie de salaire
1 7 0 3 2 0 2 5	3 1 0 3 2 0 2 5	TPT	600,00

MATERNITÉ (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)
 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.

PATERNITÉ-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION-DEUIL (à signer au début du congé par la personne assurée qu'il le demande)
 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.

Signature de la personne assurée qui demande le congé :
SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE
 Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :
 du au
 IBAN de l'employeur (à compléter, sans espace, sans coordonnées bancaires) et domiciliation :
 Fait à le
 Nom du signataire et qualité :
 Signature de l'employeur

Conformément au Règlement européen n° 1074/2013 du 21 octobre 2013 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 après en avoir informé l'assureur malade. En cas de difficulté dans l'application de vos droits, vous pouvez contacter une commission nationale d'information et de médiation (CNI-MI).

ATTSA-TER S3201q

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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

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

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

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

« Etape 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 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 sa

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.

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

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

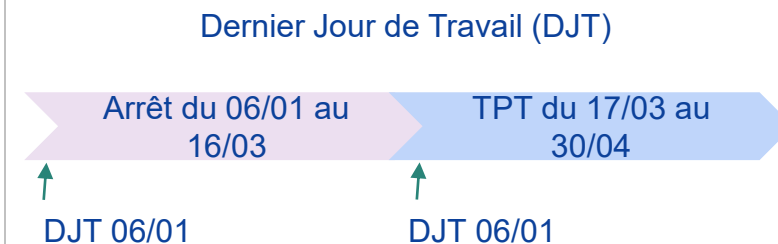
→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Accident du travail

☐ Attestation rectificative

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

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

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



SAISIE SUR NET-ENTREPRISES – AT / MP

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	
	du	au			
31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600	126	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

 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			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	
Motif	du	au				
Temps partiel thérapeutique ▼	17/03/2025	31/03/2025	500	105	NON	Valider

 Format des dates : jj/mm/aaaa

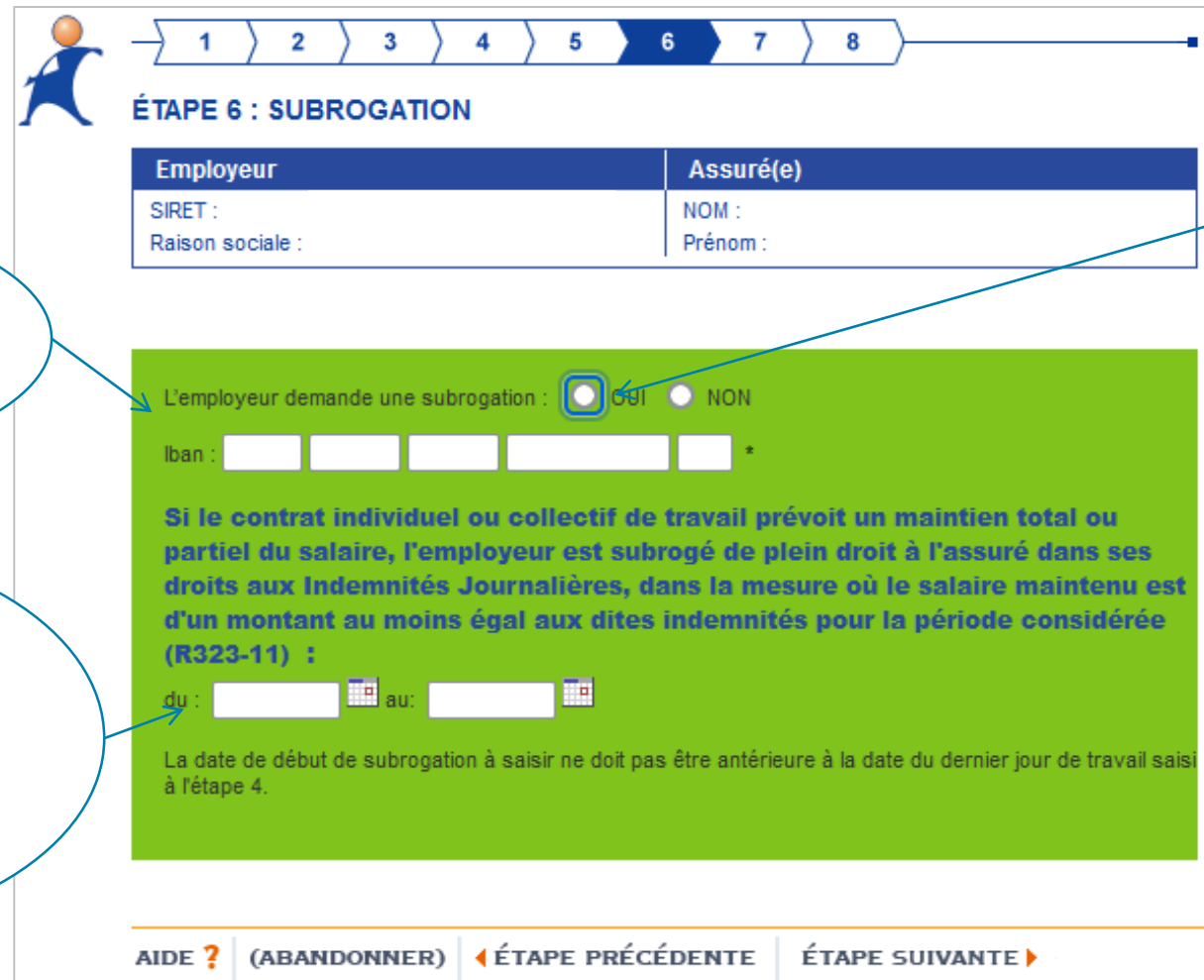
AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE

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

Taux forfaitaire 21%

21%

SAISIE DU DESTINATAIRE DE RÈGLEMENT



The screenshot shows a multi-step process bar at the top with steps 1 through 8. Step 6, 'SUBROGATION', is the active step. Below the bar is a table for 'Employeur' and 'Assuré(e)'. The 'Employeur' section includes fields for 'SIRET' and 'Raison sociale'. The 'Assuré(e)' section includes fields for 'NOM' and 'Prénom'. Below the table is a green box containing the subrogation details. It starts with a question 'L'employeur demande une subrogation :' followed by 'OUI' (selected) and 'NON' radio buttons. Below this is an 'Iban' field. A bold text block explains that if the contract provides for a full or partial wage maintenance, the employer is subrogated in the employee's rights to daily indemnities, provided the maintained wage is at least equal to the indemnities. Below this is a date range field 'du : [calendar icon] au: [calendar icon]'. A note at the bottom of the green box states that the start date of subrogation must not be earlier than the date of the last day of work entered in step 4. At the bottom of the form are navigation buttons: 'AIDE ?' (with a question mark icon), '(ABANDONNER)', 'ÉTAPE PRÉCÉDENTE' (with a left arrow), and 'ÉTAPE SUIVANTE' (with a right arrow).

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

L'employeur demande une subrogation : ☒ OUI ☐ NON

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

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

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

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


AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

1 SIRET = 1 même RIB

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

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 →](#)

« Etape suivante »

cerfa Attestation de salaire
accident du travail ou maladie professionnelle
N° 11137*02
ATTSALATMP-PRE (Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale :
Adresse :
N° de téléphone :
Code postal :
L'ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(le chertier n'est pas considéré comme établissement d'attache permanent)
Adresse :
N° de téléphone :
Code postal :
N° SIRET de l'établissement : 9
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du fait applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime
RÉSERVÉ CPAM
CPAM

LA VICTIME

N° d'immatriculation :
A défaut, sexe : 1 Date de naissance :
Nom et prénom (nom de famille (le n) (prénom (le n) (seul)
Adresse :
Code postal :
Date d'embauche : Profession : Cas standard (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} 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 ☐

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

A	SALAIRE DE BASE			Montant brut	ACCESSOIRES DU SALAIRE		FRAIS PROFES. Soumis à cotisations	Ded. sup. %
	Date d'échéance de la paye	du	au		Accessoires en nature et prestations non inclus dans le salaire brut de base (voir colonne 12)	Accessoires en espèces (indemnités, primes, gratifications versées à la victime pendant que le salaire brut de base (voir colonne 12) est versé)		
	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00		126.00		

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

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut	Taux forfaitaire 21% du part salariale des cotisations à déduire (voir colonne 12)	Mont	du	au	Si la victime a subi une perte de salaire pendant la période ?	Taux forfaitaire 21% du part salariale des cotisations à déduire (voir colonne 12)	
9	10	11	12	13	14	15	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	16	
					TPT 17/03/2025	31/03/2025		500.00	105.00

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

Interruption du travail :
La victime a-t-elle bénéficié d'un traitement médical pendant la période ?
Si OUI, préciser :
Intégrer ☐ Partiel ☐

D Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 16 ans
--- pour les apprentis précisez le n° et la date du contrat

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du : au :
Le salaire sera maintenu : Intégralement ☐ partiellement ☐
IBAN de l'employeur (Saler sans espace, voir coordonnées bancaires) et domiciliation :
Fait à : le :
Nom du signataire et qualité :
Signature de l'employeur

ATTSALATMP-PRE S62021

VALIDATION DE L'ATTESTATION

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL										
Motif de l'arrêt : accident du travail <input checked="" type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/>										
Date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle 0 6 0 1 2 0 2 5										
Date du dernier jour de travail 0 6 0 1 2 0 2 5										
Date de reprise du travail Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>										
SALAIRE DE REFERENCE (en fonction de la date de l'arrêt)										
A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				FRAIS PROFES. Soumis à cotisations 6	Déd. sup. %
	Date d'échéance de la paye 1	du 2	au 3	Montant brut 4	Avantages en nature et pécuniaires non inclus dans le salaire brut de base 5	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base (autres inclus dans celui-ci) 6	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6 7			
	31/03/2025	17/03/2025	31/03/2025	600.00			126.00			
B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base										
Date de versement 9	Période à laquelle se rapporte le versement du 10 au 11		Montant brut 12	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12 13						
C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement travaillée										
Interruption du travail				S'il s'agit d'une interruption autorisée						
Motif 14	du 15	au 16	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ? OUI 17 NON 18		Si le victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu 19		Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonne 19 20			
TPT	17/03/2025	31/03/2025	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		500.00		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 :
Raison sociale :	Prénom

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

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

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

VALIDATION ?

Saisissez
«OUI»
et cliquez sur
« Etape
suivante »

AIDE ?

(ABANDONNER)

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE 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
						TPT	
10	3	4	5	6	7	8	9
	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT
11	10	11	12	13	14	15	16
	TPT		Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés
12	17	18	19	20	21	22	23
	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés	Congés Payés
13	24	25	26	27	28	29	30
	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT	TPT
14	31						
	TPT						

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 :	NOM :
Raison sociale :	Prénom :

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

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

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

Validez ligne
par ligne puis
cliquez sur
« Etape
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)																					
► CAS GENERAL : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils <input type="text"/>																					
► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs <input type="text"/> ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils <input type="text"/>																					
PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS																					
SALAIRES DE REFERENCE																					
PERIODES DE REFERENCE :				SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE			TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE												
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils																					
du		au		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 qsb alh												
1		2		- brut <input type="text"/> - réduit de 21 % <input type="text"/> 3		4	5	6	7												
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

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 : 15/01/2025 Date de reprise :

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


Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Salaire brut PERCU à Temps Partiel Thérapeutique

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

Etape 2

 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			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

Brut PERDU à Temps Partiel Thérapeutique

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 ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées à la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Taux forfaitaire 21% ou part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6		
	1	2	3	4	5	6	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					
9	du 10	au 11	12	13					
C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement interrompue du travail									
Motif	du	au		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 NON 17	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		Si OUI, précisez :	0.00		0.00		
TPT	24/03/2025	31/03/2025		Intégral <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/>	300.00		63.00		



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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

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

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

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE 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.



NET-ENTREPRISES.FR
GIP Modernisation des déclarations sociales



1

2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET :
Raison sociale :
Adresse :

Code APET : 748G
Siège social : oui

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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



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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur
SIRET : 999000
Raison sociale

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

N° d'immatriculation : 1501 72 *

Nom de famille : *

Nom d'usage : *

Prénom : *

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

Date d'embauche : *

Autre(s) victime(s) : ☐

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Dernier Jour Travail = la veille TPT

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000 Raison sociale	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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)

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

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

☐ Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : *

Reprise à temps partiel * ☒ Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : *

JUSTIFICATIF DES DROITS

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

 Format des dates : jj/mm/aaaa



Uniquement pour le risque maladie

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

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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL

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



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/3)

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

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 :

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

Modifier

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 ,

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

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

TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE SANS ARRÊT INITIAL



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

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

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

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

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

CAS GENERAL :

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

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

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

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

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

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE : CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils														SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE	
														Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3		Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire q8 alh	Perte de salaire (indiquez le montant brut)	
du 1							au 2							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



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

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

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

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

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

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



06

CAS PARTICULIER

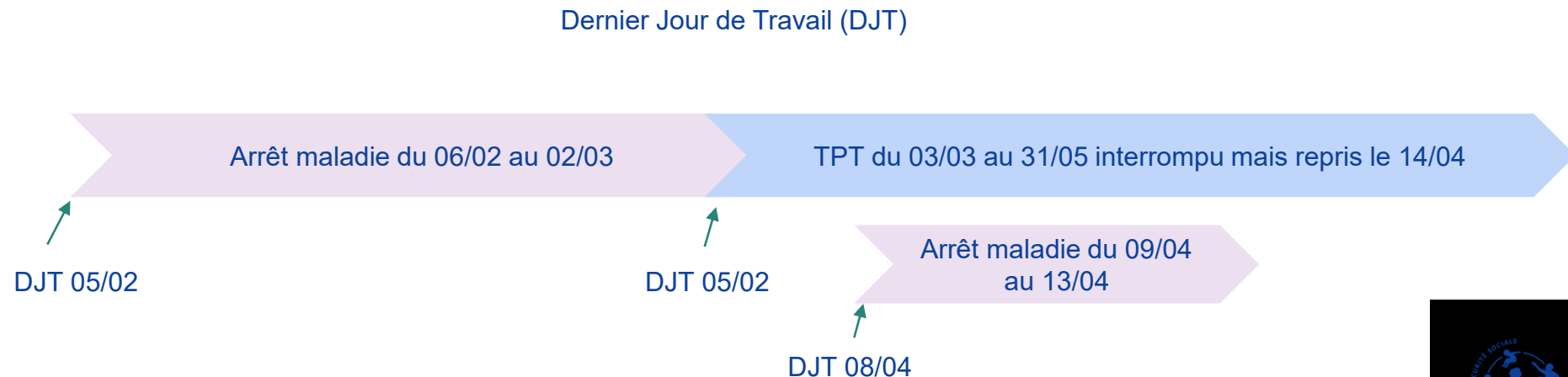
UN ARRET TEMPS COMPLET

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 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 :

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

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

1

TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

Arrêt maladie du 09/04
au 13/04

2^{ÈME} 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

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)



AIDE ? (ABANDONNER) ◀ ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE ▶

2^{ÈME} 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



→ ARRET INITIAL - Maladie

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

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

A l'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 ☐ pour raison personnelle ☐

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

CAS GENERAL :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : 245.00

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

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

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

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

SALAIRES DE REFERENCE

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



ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : Raison sociale	NOM Prénom

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

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

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

VALIDATION ?

AIDE ? (ABANDONNER) ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE



3EME ATTESTATION : TPT DU 14 AU 30 AVRIL



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



→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

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

3

Arrêt maladie du 06/02 au 02/03

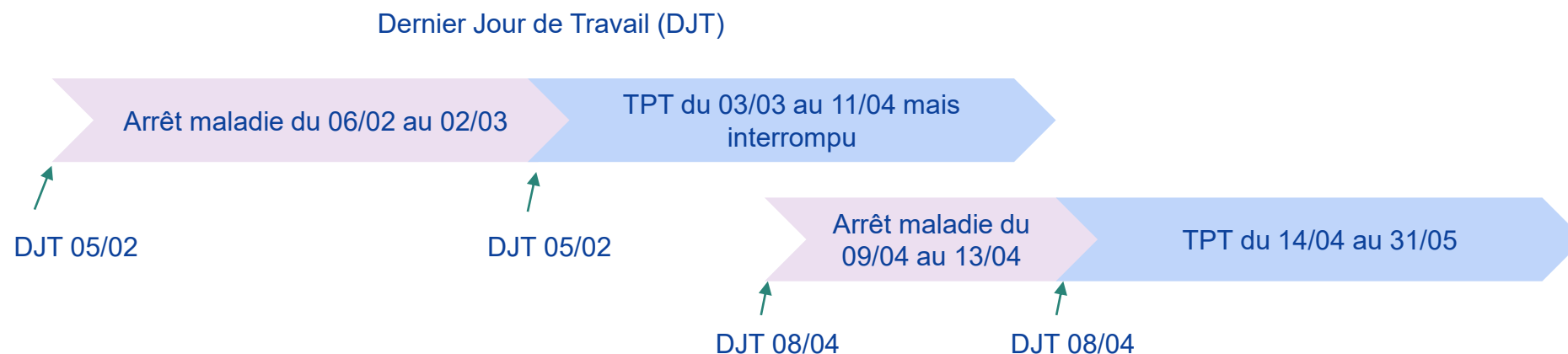
TPT du 03/03 au 31/05 mais interrompu

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

$$\begin{aligned} &\text{IJ temps partiel brut} \\ &= \\ &\text{perte de salaire brut} \div \text{nombre de jours prescrits} \end{aligned}$$

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

Ameli.fr pour les entreprises

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 :**

0 806 800 700

Service gratuit
+ prix appel

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



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