



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE/MATERNITE/PATERNITE/AT/MP

CE SUPPORT EST ACTUALISÉ EN DECEMBRE 2025 ET PEUT FAIRE L'OBJET DE MODIFICATIONS EN FONCTION DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE

CONDITIONS D'OUVERTURES DE DROITS

Arrêt de travail inférieur à 6 mois

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDÉMUNITÉS JOURNALIÈRES

N° 11135/04
cerfa
ATTSLALBIS
MALADIE MATERNITE PATERNITE-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION
FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL
Attestation rectificative

(Art L. 325-4, L. 331-3, L. 331-7 et 8, L. 333-1 R. 313-3, R. 313-7, R. 323-6 R. 323-8, R. 323-10 et R. 311-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM ET PRENOM OU DENOMINATION : _____
ADRESSE : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Numéro SIRET : _____ Si il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION : _____
NOM ET PRENOM : _____
Nom de famille (de naissance) aussi du nom d'usage (souhaité et si il y a lieu) _____
ADRESSE : _____
Code Postal : _____ Ville : _____

EMPLOI OU CATÉGORIE PROFESSIONNELLE : _____

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS

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

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (veu attentionnem 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 30 jours consécutifs.
- si ce nombre est inférieur à 150, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils.

► LA LACTANCE PRÉSENTE UN CARACTÈRE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GÉNÉRAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :
- indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par votre salari(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs.
- si ce nombre est inférieur à 660, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils.

PRECISANT LA DATE DU DERNIER JOUR D'ACTIVITÉ MENTIONNÉE : _____
(C140355US)

SALAIRS DE RÉFÉRENCE

PÉRIODES DE RÉFÉRENCE :		L'ASSURÉ(E) A ÉTÉ ABSENT(E) PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ? NE BÉNÉFICIE-T-IL PAS D'EXEMPTION DE SALAIRE ?		TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE	
CAS GÉNÉRAL : 3 mois civils		ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils			
du	au	du	au	Montant du salaire total : _____ Montant de l'allocation : _____ - Réduit de 21 % <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures normalement prévues : _____ Nombre d'heures réellement effectuées : _____ Nombre d'heures partiellement effectuées : _____ Salaire rétabli : _____ Periode de salaire indiquée : _____ Indication : _____
1	2	3	4	5	6

CONDITIONS D'OUVERTURES DE DROITS

Arrêt de travail supérieur à 6 mois

- si votre salarié a été immatriculé à la Sécurité sociale depuis 12 mois au moins avant la date d'interruption de travail
- si votre salarié a travaillé ou cotisé suffisamment : au moins 600 heures de travail au cours des 12 mois ou des 365 jours précédant son arrêt de travail ; ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des 12 mois civils précédant son arrêt de travail

ATTESTATION DE SALAIRE
DÉLIVRÉE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS
D'UNE INTERRUPTION DE TRAVAIL CONTINUE SUPÉRIEURE À 6 MOIS
(Article R. 313-3, 2^e du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR	
NOM et PRENOM ou DENOMINATION	ADRESSE
Code Postal	Commune
Numéro SIRET	N° TELEPHONE adresse électronique (facultatif) <input type="checkbox"/> Si il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case
L'ASSURÉ(E)	
N° D'IMMATRICULATION	MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)
NOM & PRENOM (Nom de famille (ou naissance), suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)	ADRESSE
Code Postal	Commune
EMPLOI ou CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	
LES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS	
Date du dernier jour de travail	
Indiquer :	
soit	le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le(s) salariés(e)s au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail
soit	le nombre d'heures de travail salariés ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail

CALCUL DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

L'indemnité journalière versée pendant un arrêt de travail pour maladie est égale à 50 % du « salaire journalier de base ».

Le salaire journalier de base est calculé à partir de la moyenne des salaires bruts des 3 mois qui précèdent l'arrêt de travail.

Les salaires bruts pris en compte sont limités à 1,4 fois le Smic mensuel.

Le montant maximal de l'indemnité journalière maladie de base est égal à 41,47 € par jour pour les arrêts prescrits à compter du 1er avril 2025 (53,31 € par jour pour les arrêts prescrits jusqu'au 31 mars 2024).

CALCUL DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

Exemple :

arrêt à temps complet du 01/03 au 15/03 :

- *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€** ($65,75\text{€} \times 50\%$)

MODALITES DE VERSEMENT

Les indemnités journalières sont versées à votre salarié tous les 14 jours en moyenne par sa caisse primaire d'assurance maladie.

Elles sont versées après un délai de carence de 3 jours.

En cas de subrogation, les indemnités journalières vous sont directement versées dans les mêmes conditions.

- **Toujours indiquer les dates maximales de subrogation (selon vos conventions collectives ou accord de branches) sans vous limiter à la date de la fin de l'arrêt de travail**

DUREE D'INDEMNISATION

➤ Si l'arrêt maladie **est** en rapport avec une affection de longue durée :

Votre salarié peut bénéficier des prestations en espèces pendant une durée maximale de 3 ans

➤ Si l'arrêt maladie **n'est pas** en rapport avec une affection de longue durée :

Votre salarié ne peut recevoir plus de 360 indemnités journalières au titre d'une ou plusieurs maladies dans une période quelconque mais continue de 3 ans de date à date.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MATERNITE/PATERNITE

CONDITIONS D'OUVERTURES DE DROITS

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES											
N° 11135/04 ATTSAL-BIS	MALADIE <input type="checkbox"/> MATERNITE <input checked="" type="checkbox"/> PATERNITE-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION <input type="checkbox"/> FEMME ENCEINTE DISPENSÉE DE TRAVAIL <input type="checkbox"/>										
(Art. L. 323-4, L. 331-3, L. 331-7 et R. L. 333-1, R. 313-3, R. 313-7, R. 323-4, R. 323-6, R. 323-8, R. 323-10 et R. 331-5 du Code de la sécurité sociale)											
L'EMPLOYEUR											
NOM ET PRENOM OU DENOMINATION ADRESSE:	Code Postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> Numéro SIRET : <input type="text"/> N° Téléphone : <input type="text"/> <small>(Indiquer si l'entreprise est temporaire, cocher cette case)</small>										
L'ASSURÉ(E)											
N° D'IMMATRICULATION NOM ET PRENOM <small>(Nom de famille, nom d'usage, nom d'épouse et s'il y a lieu)</small> ADRESSE:	MATRICULE DANS L'ENTREPRISE <small>(Indiquer)</small>										
EMPLOI EN CATÉGORIE PROFESSIONNELLE											
RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS											
Date du dernier jour de travail	Situation à la date de l'arrêt	Date de reprise anticipée du travail									
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 <small>(Indiquer attentivement la notice au verso)</small>											
<p>► CAS GÉNÉRAL : - si le nombre d'heures de travail effectuées par votre salariée au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs : % si ce nombre est inférieur à 150, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 3 mois civils.</p> <p>► SI L'ACTIVITÉ PRÉSENTE UN CARACTÈRE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GÉNÉRAL NE SONT PAS REMPLIES (<small>Voir notice</small>) - indiquer le nombre d'heures de travail effectuées par votre salariée au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs % si ce nombre est inférieur à 600, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils</p>											
PRÉCEDANT DERNIER JOUR DE TRAVAIL INTÉGRATION CI-DESSUS											
SALAIRS DE RÉFÉRENCE											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PÉRIODE(S) DE RÉFÉRENCE :</th> <th>L'ASSURÉ(E) A ÊTÉ ABSENT(E) PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BÉNÉFICIE PAS D'UN MANTENIR DE SALAIRE</th> <th>TEMPS THÉRAPEUTIQUE</th> </tr> <tr> <th>CAS GÉNÉRAL : 3 mois civils ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils</th> <th>Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire selon : <input type="text"/> - Ind : <input type="checkbox"/> 1er : <input type="checkbox"/> 2nd : <input type="checkbox"/> 3rd : <input type="checkbox"/> 4th : <input type="checkbox"/></th> <th>Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire : <input type="text"/> Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Salaire rétabli : <input type="text"/> Part de la cotisation qui dépend le montant total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>du <input type="text"/> au <input type="text"/> 2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>			PÉRIODE(S) DE RÉFÉRENCE :	L'ASSURÉ(E) A ÊTÉ ABSENT(E) PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BÉNÉFICIE PAS D'UN MANTENIR DE SALAIRE	TEMPS THÉRAPEUTIQUE	CAS GÉNÉRAL : 3 mois civils ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire selon : <input type="text"/> - Ind : <input type="checkbox"/> 1er : <input type="checkbox"/> 2nd : <input type="checkbox"/> 3rd : <input type="checkbox"/> 4th : <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire : <input type="text"/> Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Salaire rétabli : <input type="text"/> Part de la cotisation qui dépend le montant total	du <input type="text"/> au <input type="text"/> 2	3	4
PÉRIODE(S) DE RÉFÉRENCE :	L'ASSURÉ(E) A ÊTÉ ABSENT(E) PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ET NE BÉNÉFICIE PAS D'UN MANTENIR DE SALAIRE	TEMPS THÉRAPEUTIQUE									
CAS GÉNÉRAL : 3 mois civils ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU DISCONTINUE : 12 mois civils	Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire selon : <input type="text"/> - Ind : <input type="checkbox"/> 1er : <input type="checkbox"/> 2nd : <input type="checkbox"/> 3rd : <input type="checkbox"/> 4th : <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Montant du salaire : <input type="text"/> Nombre d'heures travaillées : <input type="text"/> Salaire rétabli : <input type="text"/> Part de la cotisation qui dépend le montant total									
du <input type="text"/> au <input type="text"/> 2	3	4									

- Justifier de 6 mois d'affiliation, en tant qu'assuré social exerçant une activité professionnelle, à la date prévue de l'accouchement.
- avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois ou des 90 jours précédant la date de son arrêt de travail
- ou avoir cotisé sur au moins 1 015 fois le Smic horaire brut au cours des 6 mois précédent son arrêt de travail.

CALCUL DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

L'indemnité journalière est calculée sur les salaires nets des 3 mois qui précèdent le congé maternité/paternité

- Salaires bruts soumis à cotisations – taux forfaitaire 21% = salaires nets à mentionner sur l'attestation de salaire

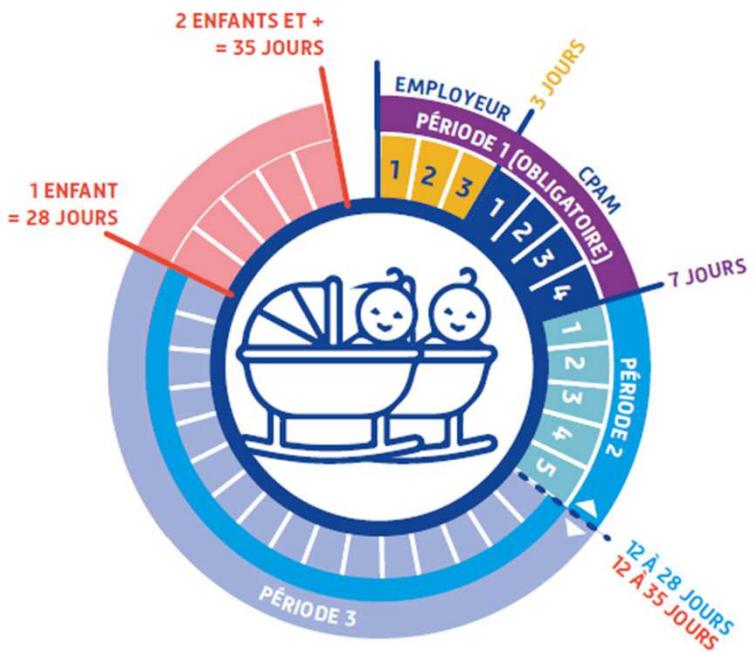
Les salaires sont pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (soit 3 864,00 € au 1er janvier 2024).

Au 1er janvier 2024, le montant maximum de l'indemnité journalière est de 100,36 € par jour après déduction des 21 % de charges (CSG et CRDS).

DUREE DU CONGE MATERNITE

Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez votre premier enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà un enfant à charge	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

DUREE DU CONGE PATERNITE



La durée du congé de paternité est de 25 jours calendaires pour une naissance simple

Et de 32 jours calendaires pour des naissances multiples.

Au total avec le congé de naissance, le salarié s'arrêtera de travailler pendant 28 ou 35 jours.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES AT/MP

CALCUL DE L'INDEMNITE JOURNALIERE

L'indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédent l'avis d'arrêt de travail.

Ce salaire, divisé par 30,42, détermine le **salaire journalier de base**.

Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de votre travail :

L'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base, Montant maximum plafonné à 235,69 € au 1er janvier 2025.

À partir du 29^e jour d'arrêt de travail :

**I'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % du salaire journalier de base
Montant maximum plafonné à 314,25 € au 1er janvier 2025.**