



**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

cerfa ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

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

ATTAL-BIS (Art. L. 323-4, L. 323-5, L. 323-6, L. 323-7 et 8, L. 323-9, R. 323-1, R. 323-2, R. 323-3, R. 323-4, R. 323-5, R. 323-6, R. 323-7 et 8, R. 323-9 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION
 ADRESSE
 Code Postal
 Commune
 N° téléphone (obligatoire)
 Numéro SIRET
 Si il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION
 MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (obligatoire)
 NOM et PRENOM
 Jours de travail (ou heures) par semaine (obligatoire)
 ADRESSE
 Code Postal
 Commune
 EMPLOI ou CATEGORIE 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 ☐ pour raison personnelle ☐

DUREES DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (Une attestation la notice au verso)

CAS GENERAL:
 - Indiquez le nombre d'heures de travail effectives par votre salarié(s) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs.
 % si ce nombre est inférieur à 100, 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 effectives par votre salarié(s) au cours des 12 mois civils ou des 360 jours consécutifs.
 % si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils.

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE:			SALAIRES		L'ASSURE(E) A TTE ADONNIE PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MANTEN DE SALAIRE		TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE	
ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE - 12 mois civils			Montant du salaire selon le cas		Montant du salaire selon le cas		Point de départ	
du	au		1	2	3	4	5	6
1	2							

- 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 précédant son arrêt de travail.

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

Cerfa
N° 11136*03
DIAD

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° du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION : _____
 ADRESSE : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____ N° TELEPHONE : _____
 adresse électronique (facultatif) : _____
 Numéro SIRET : _____ S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case ☐

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION : _____ MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif) : _____
 NOM et PRENOM (nom de famille (de naissance), suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : _____
 ADRESSE : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 EMPLOI ou CATEGORIE 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) salarié(s) au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail _____ €

soit le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail _____ h

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 1^{er} 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

cerfa ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

N° 11105*04 MALADIE ☐ MATERNITE ☐ PATERNITE-ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION ☐ Attestation rectificative ☐
ATTALBIS FEMME ENGENTE DISPENSEE DE TRAVAIL ☐

(Art. L. 303-4 à L. 303-7, L. 303-11 et L. 303-12 du Code de la Sécurité Sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION _____
ADRESSE _____
N° téléphone (indiquer) _____
Cote Poste _____ Commune _____

Nombre SIRET _____ (S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case)

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION _____ MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (indiquer) _____
NOM et PRENOM _____
ADRESSE _____
Cote Poste _____ Commune _____

EMPLOI ou CATEGORIE 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 ☐ pour raison personnelle ☐

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

► CAS GENERAL :
- Indiquer 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 100, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils.
► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINUE ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :
- Indiquer 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, indiquer le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils.

PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES		L'ASSURE(E) A-T-IL(A) RECU DES INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE RETIENAIT-IL PAS UN MONTANT DE SALAIRE ?		TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE	
ATTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE - 12 mois civils		MONTANT DU SALAIRE BRUT		OUI (cocher) NON (cocher)		Indiquer le montant brut	
du	au	Montant du salaire brut	Montant du salaire brut	Montant du salaire brut	Montant du salaire brut	Montant du salaire brut	Montant du salaire brut
1	2	3	4	5	6	7	8

- 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 précédant 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

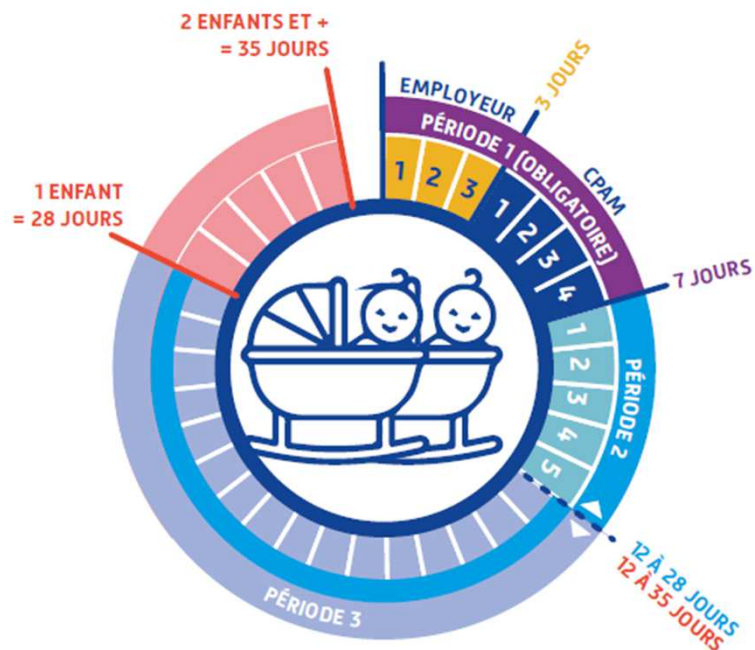
Les salaires sont pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (soit 3 864,00 € au 1er janvier 2024).

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

Attestation de salaire
accident du travail ou maladie professionnelle

N° 11137103
ATTSALATMP-PRE

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom du salarié : _____
Adresse : _____ N° de téléphone : _____
Date prise : _____

L'ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(à compléter si le salarié est attaché à un établissement d'attache permanent)

Adresse : _____ N° de téléphone : _____
Date prise : _____

N° SIRET de l'établissement : _____

Signature du salarié : _____

LA VICTIME

N° d'identification : _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____ Adresse : _____
Date d'embauche : _____ Profession : _____
Qualification professionnelle : _____

Accident ou à la suite d'autres événements ? Oui ☐ Non ☐

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

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

Date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____
Date du dernier jour de travail : _____ Travail non possible à ce jour ☐

Date de reprise du travail : _____

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

Période	SALAIRE DE BASE		SALAIRE JOURNALIER DE BASE		SALAIRE JOURNALIER DE BASE		SALAIRE JOURNALIER DE BASE	
	Montant brut	Montant net	Montant brut	Montant net	Montant brut	Montant net	Montant brut	Montant net
01/01/2024 - 31/12/2024								