



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Isère

PAS à PAS NET-ENTREPRISES LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

**SERVICE RELATION
ENTREPRISES DE L'ISERE**



Compte entreprise

 > Vos déclarations

Vos déclarations

A terme échu de chaque période,
vous devez adresser une attestation de salaire TPT




Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie



Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie/RH

Compte Entreprise
Vos démarches maladie et risques professionnels



Assurance Maladie et Risques professionnels pour les entreprises

Passez exclusivement par l'onglet "Compte-Entreprise"

Accédez à l'attestation de salaire

Accueil

Vos salariés ^

Déclarer un accident du travail et ajouter des réserves

Saisir une attestation de salaire et accéder aux bordereaux

Suivre les dossiers d'indemnités journalières

Participer à une enquête 👤

Obtenir de l'assistance ?

1. Cliquez "Saisir une attestation de salaire"

2. Cochez la case des conditions générales et cliquez sur "Attestation de salaire"

▶ Attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières

En cochant la case ci-contre, j'affirme avoir pris connaissance et accepte sans réserve [les conditions générales d'utilisation](#) du service "Attestation de salaire pour le versement des IJ"

Vérifiez les informations relatives à votre profil

■ Mode de transmission

Choisissez le mode de transmission à savoir **L'EFI** (saisie de formulaire à l'écran) ou **L'EDI** (dépôt d'un fichier issu de votre logiciel de paie)



■ Cas spécifiques

Pour les **multi-établissements**, les établissements secondaires seront listés dans la sélection de l'établissement concerné.

Vous devrez donc sélectionner l'établissement dans lequel se trouve le salarié.

Si vous êtes **tiers déclarant** ou multi établissements avec plus de 5 établissements secondaires, vous devrez saisir le numéro Siret concerné dans le champ prévu à cette effet.



1

ÉTAPE 1 : MON PROFIL

Personne Autorisée

Nom :
SIRET :
Téléphone :

Prénom :
Mél :

i Ce service ne permet pas la télédéclaration de l'attestation de salaire pour les salariés gérés par les sections locales mutualistes.

i Des infos bulles guident votre saisie sur ce formulaire dès lors que vous utilisez la souris pour opérer vos choix

TRANSMISSION DES ÉCHANGES

1

Saisie des formulaires en ligne (EFI) Dépôt de flux structurés (EDI)

PRÉFÉRENCES

Format des Accusés de Réception Logique et des Comptes-Rendus : PDF XML

Réception des Comptes-Rendus positifs :

i Vos préférences seront enregistrées au passage à l'étape suivante

2

→ Sélection de l'établissement déclaré

3

Siret	Raison Sociale
<input checked="" type="radio"/> 1	



GENERALITES

Choisissez le type d'attestation

NET-ENTREPRISES.FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

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



Rappel choix des arrêts

- 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

Les attestation de salarie pour motif thérapeutique sont à sélectionner uniquement si le(s) période(s) à payer est ou sont échue(s).

Renseignez les informations relatives à l'assuré



ÉTAPE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Employeur

SIRET :

Raison sociale :

→ ARRET INITIAL - Maladie

N° d'immatriculation : *

Nom de famille : *

Nom d'usage :

Prénom : *

Emploi ou catégorie professionnelle : *

Format des dates : jj/mm/aaaa

- Cas standards (salariés mensualisés) *
- Activité discontinuée
- Apprentis
- Artistes / Musiciens / Mannequins
- Artistes auteurs
- Assurés Volontaires
- Clercs de notaire
- Concierges / Assistantes Maternelles
- Gérants sociétés multiples
- Hommes sandwiches / Dockers
- Journalistes
- Négociateurs (CRPCEN)
- Personnes assistées
- Praticiens Auxiliaires médicaux
- Stagiaires F.P.
- Travailleurs intérimaire

AIDE ? (ABANDONNER) ← ÉT

Rappel

- Le numéro d'immatriculation correspond au numéro de sécurité sociale de l'assuré et est composé de 15 chiffres.
- Pour une femme mariée, le nom doit correspondre à son nom « de jeune fille ».
- Le choix de la catégorie socio-professionnelle à respecter impérativement afin de générer la période de référence. (Cas standard 1mois, activités discontinuées 12 mois)

Passez à l'étape suivante après saisie pour l'étude des droits du salarié.

Études de droits salarié

Rappel DJT

- Si vous avez sélectionné **Attestation de salaire pour indemnités des TPT**, vous devez indiquer le même DJT que l'arrêt à temps complet précédent.
- Si vous avez sélectionné **Attestation de salaire pour indemnités des TPT**, sans arrêt initial vous devez indiquer le dernier jour de travail à la veille de cette prescription TPT.

1

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

Attestation rectificative

Date du dernier jour de travail : _____

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : _____

Format des dates : jj/mm/aaaa



Un écran différent selon le motif : **Maladie standard, Accident du travail, Maladie professionnelle**

2

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

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

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

3

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

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

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie professionnelle

Attestation rectificative

Date de la 1ère consultation médicale de la maladie professionnelle : _____

Date du dernier jour de travail : _____

Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

Format des dates : jj/mm/aaaa

**Attestation
rectificative**

Pensez à bien cocher cette case pour toute modification et ou correction d'un signalement d'arrêt de travail en DSN.



**SAISIE D'UNE ATTESTATION
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
POUR MOTIF MALADIE**

Attestation en TPT **Maladie**

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Maladie

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Arrêt initial

Arrêt initial

Arrêt Maladie de plus de 6 mois

Déclaration de reprise anticipée du travail exclusivement

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

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

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

Attestation en TPT **Maladie**

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

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	
Raison sociale :	

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - Maladie

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

Attestation rectificative

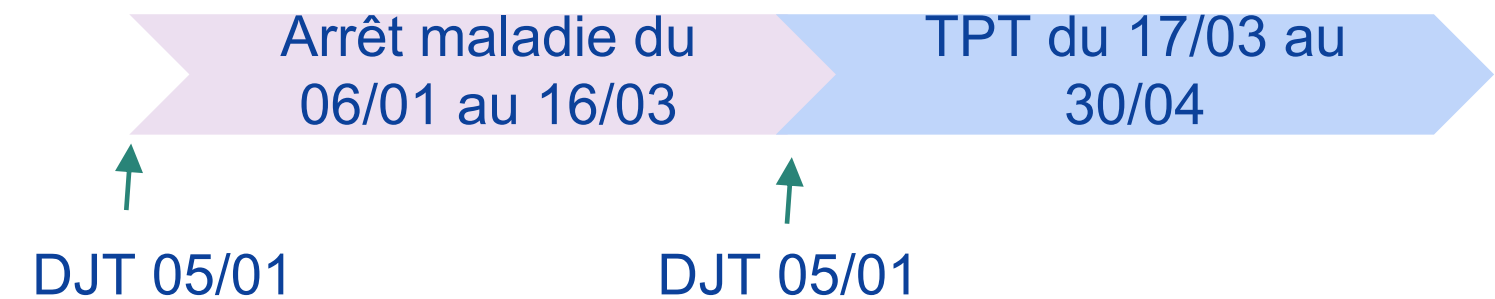
Date du dernier jour de travail : *

Reprise à temps partiel * Motif médical

Situation à la date de l'arrêt : *

Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



Salaire perçu en TPT **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 sur cette période (selon son contrat de travail)
- A Temps Partiel Thérapeutique, il a perçu **600€** (selon la quotité d'activité prévue par le TPT)



Indiquez la période effectuée en TPT et le salaire réellement versé par l'entreprise pour chaque période

Saisissez la période du Temps Partiel Thérapeutique

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
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

Indiquez la perte de salaire et validez

Perte de salaire = Salaire habituel – Salaire travaillé (1200 - 600 = 600 €)

Rétablissement de salaire

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

→ ARRET INITIAL - Accident du travail

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	
Motif	du	au				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NON	Valider

- Absence autorisée
- Allocation maternité/Risques particuliers
- Allocation maternité/Travail de nuit
- Accident du travail
- Chômage total ou partiel
- Congés payés
- Fermeture de l'établissement
- Maladie
- Maternité
- Maladie professionnelle
- Nouvelle embauche
- Paternité
- Journée d'appel à la défense
- Temps partiel thérapeutique

ÉTAPE SUIVANTE ▶

Étape non obligatoire

■ Cette étape vous permet de rétablir les salaires de référence incomplets.



Toute absence entraînant une perte de salaire doit faire l'objet d'un rétablissement sauf, la mise à pied et la journée de solidarité

Subrogation

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000€ 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 >

Je saisis les coordonnées bancaires
1 SIRET = 1 même RIB

J'indique les dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret

Vous pratiquez la subrogation, cochez «oui»

Signature et validation

Une fois la signature effectuée (nom et prénom du déclarant), l'attestation de salaire pourra être générée.

L'accusé de réception en ligne est

- Soit téléchargé automatiquement
- Soit téléchargeable manuellement avant de quitter cette étape

NET-ENTREPRISES-FR

L'ATTESTATION DE SALAIRE



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	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 PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ?

(ABANDONNER)

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE



**SAISIE D'UNE ATTESTATION
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
POUR MOTIF AT OU MP**

Attestation en TPT **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 sans arrêt initial

SÉLECTION DE L'ATTESTATION

Attestation de salaire pour indemnisation du temps partiel pour motif thérapeutique

Maladie

Maladie

Accident du travail, de trajet, rechute

Maladie professionnelle

AIDE ?

ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE

Attestation en TPT **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 4 : RENSEIGNEMENTS POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013	NOM : DESMAUX
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	Prénom : ROBERT

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

Attestation rectificative

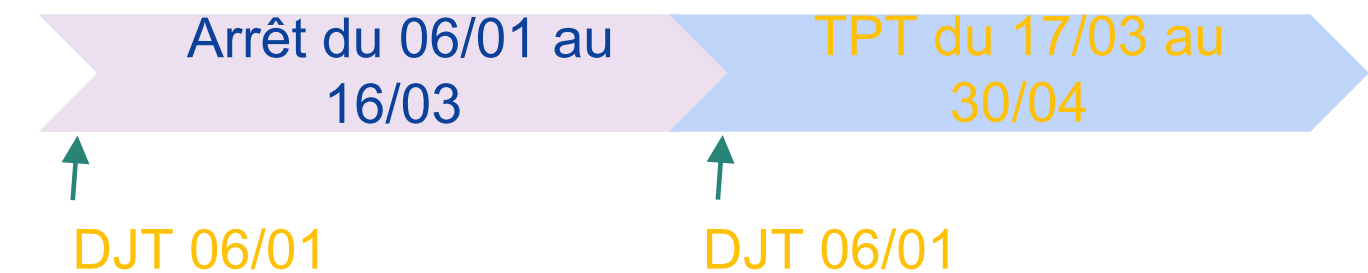
Date de l'accident : 06/01/2025

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


Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique

i Format des dates : jj/mm/aaaa

AIDE ? (ABANDONNER) < ÉTAPE PRÉCÉDENTE ÉTAPE SUIVANTE >



Salaire **perçu** en TPT **AT/MP**

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

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)


Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	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 : 06/01/2025 Date de reprise :

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

 Format des dates : jj/mm/aaaa

21%

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



■ **Indiquez la période effectuée en TPT et le salaire réellement versé par l'entreprise pour chaque période effectuée**

Rappel : La part salariale à déduire du montant brut est égale à **21 %** du salaire brut mentionné.

Salaire **perdu** en TPT **AT/MP**



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
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	Valider
Motif	du	au				
Temps partiel thérapeutique	17/03/2025	31/03/2025	500	105	NON	

Format des dates : jj/mm/aaaa

21%



AIDE ? | (ABANDONNER) | ÉTAPE PRÉCÉDENTE

Indiquez la période effectuée en TPT et la perte de salaire pour la même période

Perte de salaire = Salaire habituel – Salaire travaillé

Rappel : La part salariale à déduire du montant brut est égale à **21 %** du salaire brut mentionné.

Subrogation

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 6 : SUBROGATION

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000€ 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 >

Je saisis les coordonnées bancaires
1 SIRET = 1 même RIB

J'indique les dates de subrogation conformément à ma convention collective ou accord de branche ou décret

Vous pratiquez la subrogation, cochez «oui»

Signature et validation

Une fois la signature effectuée (nom et prénom du déclarant), l'attestation de salaire pourra être générée.

L'accusé de réception en ligne est

- Soit téléchargé automatiquement
- Soit téléchargeable manuellement avant de quitter cette étape

NET-ENTREPRISES-FR

L'ATTESTATION DE SALAIRE



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	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 PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.

VALIDATION ?

AIDE ?

(ABANDONNER)

← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE ▶



**SAISIE D'UNE ATTESTATION
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
AVEC CONGES PAYES
SUR LA PERIODE**

Visualisation de l'attestation TPT Maladie avec CP

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 qdS alh	Perte de salaire (indiquez le montant brut)										
1		2			- brut <input type="checkbox"/>		4	5	6	7	8										
					- réduit de 21 % <input type="checkbox"/>		3														
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

Attestation de salaire avec CP en 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.

→ 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 : j/mm/aaaa



Etape 1

La période en CP et la somme versée par l'entreprise pour cette période doivent être saisies



Attestation de salaire avec CP en AT/MP



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 9990008	NOM : D
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



Etape 2

Les congés payés doivent être neutralisés lors de votre saisie



Visualisation de l'attestation TPT **AT/MP** avec CP

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 <input type="checkbox"/> 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- SOIRES 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	FRAIS PROFES. Soumis à cotisations		Déd. sup. %
	1	2	3	4	5	6	7	8		
	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	10	11	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	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		0.00	0.00					
TPT	24/03/2025	31/03/2025	Intégral <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/>	300.00	63.00					

Signature et validation

Une fois la signature effectuée (nom et prénom du déclarant), l'attestation de salaire pourra être générée.

L'accusé de réception en ligne est

- Soit téléchargé automatiquement
- Soit téléchargeable manuellement avant de quitter cette étape

NET-ENTREPRISES-FR

L'ATTESTATION DE SALAIRE



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 8 : SIGNATURE

Employeur	Assuré(e)
SIRET : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Raison sociale : <input type="text"/>	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 PRÉCÉDENTE pour revenir sur votre saisie.


VALIDATION ?

AIDE ?

(ABANDONNER)

← ÉTAPE PRÉCÉDENTE

ÉTAPE SUIVANTE ▶



SAISIE D'UNE ATTESTATION
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
SANS ARRÊT INITIAL AU PREALABLE

Choix de l'attestation



1

2

ÉTAPE 2 : CHOIX DU TYPE D'ATTESTATION

Employeur

SIRET : 99900080500013
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET
Adresse : 86 RUE DE LA FEDERATION
75015 PARIS

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

Saisie de l'attestation

→ Reprise à temps partiel pour motif thérapeutique sans arrêt initial.

 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 :

Salaires bruts soumis à cotisations €

 Format des dates : j/mm/aaaa

Rappel DJT

vous devez indiquer le dernier jour de travail à la veille de cette prescription TPT.



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

Saisie de la perte de salaire

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 : 9990008	NOM : D
Raison sociale : _____	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

Modifier

La période de référence




ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2/3)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013	NOM : DUPOND
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	Prénom : JACQUES

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

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

SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
du	au		
01/01/2025	31/01/2025	2200.00	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)



**Étape uniquement
pour le risque maladie**

Rétablissement de salaire

NET-ENTREPRISES-FR L'ATTESTATION DE SALAIRE

1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (3/3)

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

→ ARRET INITIAL - Accident du travail

Maintien de Salaire : NON Oui, partiel Oui, intégral

INTERRUPTION DU TRAVAIL			Salaire brut perdu	Part salariale à déduire du salaire brut	Maintien de Salaire	
Motif	du	au				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NON	Valider

- Absence autorisée
- Allocation maternité/Risques particuliers
- Allocation maternité/Travail de nuit
- Accident du travail
- Chômage total ou partiel
- Congés payés
- Fermeture de l'établissement
- Maladie
- Maternité
- Maladie professionnelle
- Nouvelle embauche
- Paternité
- Journée d'appel à la défense
- Temps partiel thérapeutique

ÉTAPE SUIVANTE ▶



■ Cette étape vous permet de rétablir les salaires de référence incomplets.



Toute absence entraînant une perte de salaire doit faire l'objet d'un rétablissement sauf, la mise à pied et la journée de solidarité

Visualisation de l'attestation TPT **Maladie** sans arrêt initial

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 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															456.00		} PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS		
↳ 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 <u>ET</u> SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :																			
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs																			
↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils																			
SALAIRES DE REFERENCE																			
PERIODES DE REFERENCE :								SALAIRES		L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE					
CAS GENERAL : 3 mois civils								Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> 3 - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>		Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	Salaire qd8 ah 7	Perte de salaire (indiquez le montant brut) 8	ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils				
du 1		au 2																	
0	1	0	1	2	0	2	5	3	1	0	1	2	0	2	5				
0	1	0	2	2	0	2	5	2	8	0	2	2	0	2	5				
0	1	0	3	2	0	2	5	3	1	0	3	2	0	2	5				
0	9	0	4	2	0	2	5	3	0	0	4	2	0	2	5	TPT			800.00



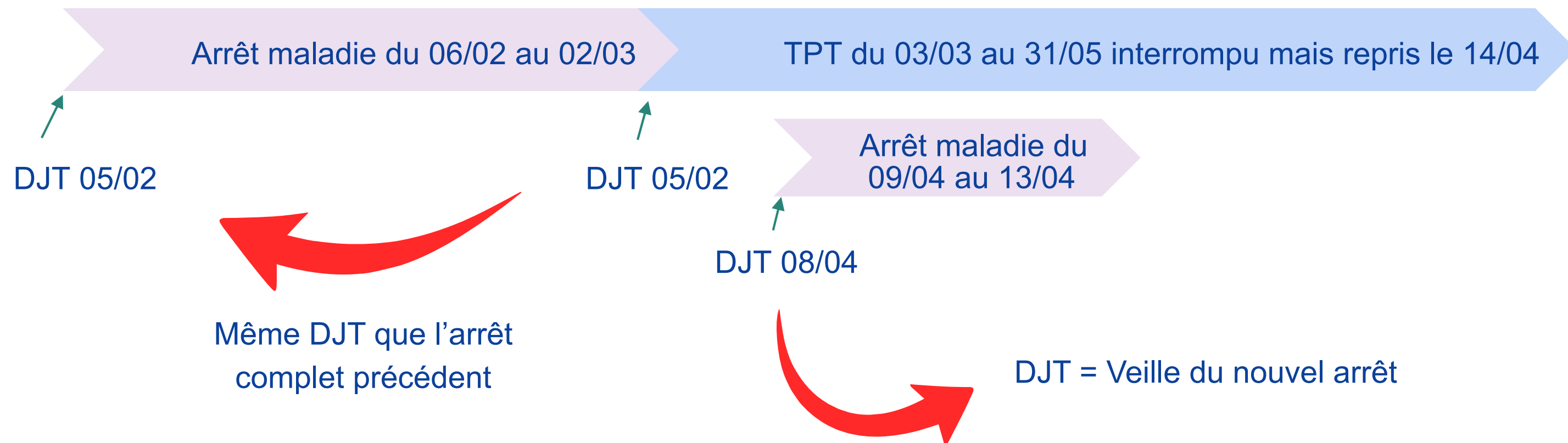
**SAISIE D'UNE ATTESTATION
TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
INTERROMPU PAR UN NOUVEL ARRÊT**

Choix du Dernier Jour Travaillé

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%)



Récapitulatif des saisies

Exemple 1

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 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.

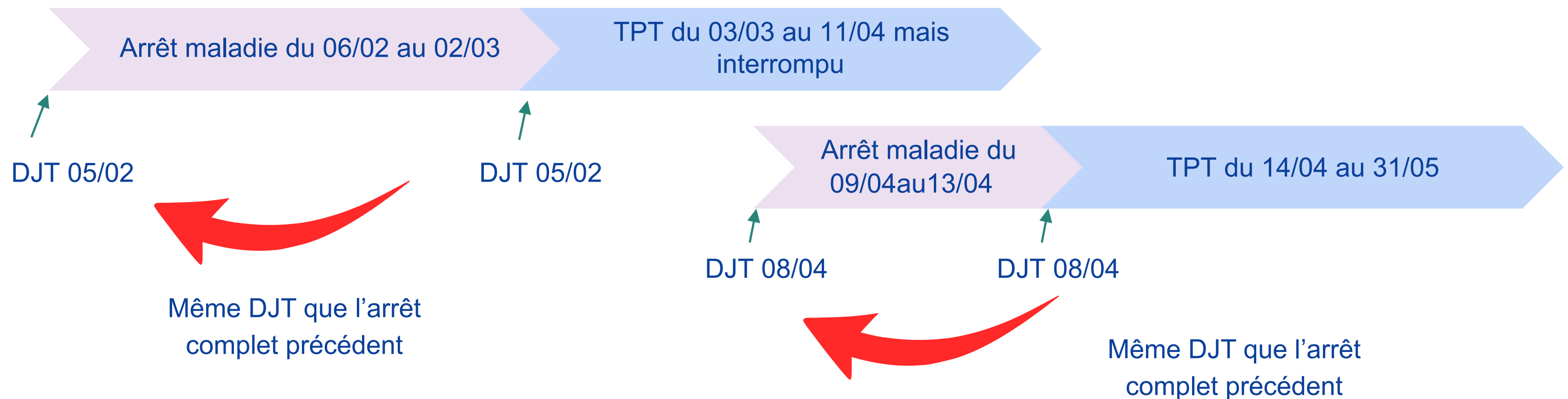
▶ DJT = celui correspondant au dernier arrêt connu soit le **08/04/2026**

Choix du Dernier Jour Travaillé

2ème 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
- Son médecin lui a prescrit un nouvel arrêt Temps Partiel Thérapeutique du 14/04 au 31/05



Récapitulatif des saisies

Exemple 2

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 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 dernier arrêt connu soit le **08/04/2026**

Saisie de l'attestation 1



ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 999000 Raison sociale :	NOM : M/ 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	
01/04/2025	08/04/2025	Temps partiel thérapeutique	350.00	Modifier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Temps partiel thérapeutique ▼	0 <input type="text"/>	Valider

AIDE ? (ABANDONNER) | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE

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.

Saisie de l'attestation 2



Un signalement arrêt de travail en DSN
(ou une attestation de salaire via Net-Entreprises)

Une attestation de salaire 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**.



1 2 3 4 5 6 7 8

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/2)

Employeur	Assuré(e)
SIRET : 99900080500013	NOM : MARTIN
Raison sociale : GIP MDS TEST PROJET	Prénom : DENIS

→ ARRET INITIAL - Maladie

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

SALAIRES DE BASE			
Période de référence		Montant du salaire Brut : <input checked="" type="radio"/> Réduit : <input type="radio"/>	
du	au		
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

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)

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		Moif	H réelles	H complet	saiaire rétabli	
01/01/2025	31/01/2025	2500.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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

Saisie de l'attestation 3

ÉTAPE 5 : SALAIRES DE RÉFÉRENCE (1/1)

Employeur	Assuré(e)
-----------	-----------



Rappel DJT

Toujours mentionner le dernier DJT connu par la CPAM

08/04/2026

→ Reprise temps partiel pour motif thérapeutique - maladie

Rappel du dernier jour de travail : 03/02/2025 Date de reprise :

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

AIDE ? (ABANDONNER) | ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE

Une attestation de salaire pour l'indemnisation du TPT du 14 au 30/04.

► DJT = celui correspondant au dernier arrêt connu soit le 08/04/2026



CALCUL DE L'IJ TPT

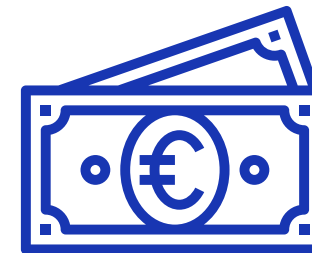
Le TPT & son calcul : Maladie Standard



Deux notions importantes à connaître : La comparaison et la perte de salaire



L'indemnité de la CPAM va venir compenser la perte de salaire



Le montant de l'indemnité en TPT ne peut être supérieur à celui de l'indemnité versée pour un arrêt complet



Le cumul salaire et indemnité journalière ne peut être supérieur au salaire à temps complet

Calcul des Ijs



Exemple sur un risque maladie standard

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 : $6000\text{€} / 91,25 = 65,75\text{€}$

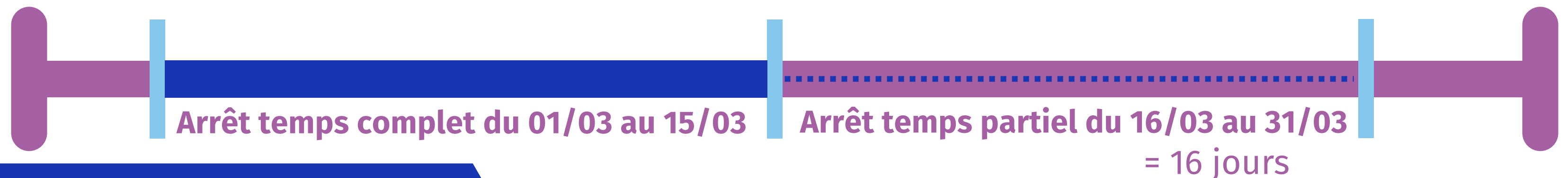
IJ réglée : $32,87\text{€}$ ($65,57\text{€} \times 50\%$)

IJ arrêt à temps partiel :

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

IJ réglée : $31,25\text{€}^$ ($500\text{€} / 16\text{jours}$)*

**dans la limite de l'IJ à temps complet(32.87€)*





A RETENIR

Points de vigilance

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

Vous avez des questions ?

<https://www.net-entreprises.fr>



36 79



ClicRDV



Pastel Employeurs

Vos Chargés de la Relation en Entreprises de la CPAM de l'Isère



contact-employeurs.cpam-isere@assurance-maladie.fr



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun