

DRRH/17-737-97 du 03/04/2017

## NOUVELLES MODALITES D'ACCES AU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Référence : Article 34 bis de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat - Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique - Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique - Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat - Article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale - Article 24 bis du décret n°94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics

Destinataires : Tous destinataires

Dossier suivi par : Mme DANO - carole.dano@ac-aix-marseille.fr

Le temps partiel thérapeutique est une modalité particulière d'exercice des fonctions justifié par l'état de santé du fonctionnaire après un congé de maladie, un congé de longue maladie, un congé de longue durée, un congé pour accident de service ou une maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

Il est prévu à l'article 34 bis de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée.

L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 sus-référencée est venue simplifier et améliorer l'accès au temps partiel thérapeutique.

Elle supprime la condition de 6 mois d'arrêt continu pour une maladie d'origine non professionnelle avant l'ouverture du droit.

En outre l'avis du comité médical ou de la commission de réforme ne sera requis que pour les seuls cas où les avis du médecin traitant et du médecin agréé par l'administration ne sont pas concordants.

Ainsi, dorénavant, la reprise à temps partiel thérapeutique après un congé de maladie ordinaire pourra intervenir, sur demande de l'agent, accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant et après avis favorable concordant d'un médecin agréé.

La présente circulaire a pour objet de vous indiquer, pour les fonctionnaires titulaires et stagiaires et les autres personnels, d'une part les conditions d'octroi et de renouvellement du nouveau temps partiel thérapeutique et, d'autre part, la procédure.

### I. Les dispositions applicables aux fonctionnaires

#### A. Les conditions d'octroi

► Les fonctionnaires titulaires peuvent solliciter l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel thérapeutique.

Les fonctionnaires stagiaires ne pourront pas solliciter un service à temps partiel thérapeutique, leur stage comportant un enseignement professionnel et étant pour partie accompli dans un établissement de formation, sauf pour ceux d'entre eux affectés à temps complet en école et établissement.

► Un temps partiel thérapeutique peut-être octroyé, pour une même affection après :

- un congé de maladie ordinaire,
- un congé de longue maladie,
- un congé de longue durée,
- un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

► La reprise à temps partiel thérapeutique est octroyée pour l'une des raisons suivantes :

- le temps partiel thérapeutique favorise l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé,
- l'agent doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

► La demande d'autorisation ou de renouvellement de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par l'agent accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin traitant.

Elle est accordée après avis favorable concordant du médecin agréé par l'administration.

Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants en ce qui concerne l'octroi, la quotité et la durée du temps partiel thérapeutique, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi.

Il est rappelé que le comité médical doit au préalable se prononcer sur la réintégration de l'agent à l'issue d'un congé de longue maladie, d'un congé de longue durée et à l'issue des 12 mois d'un congé de maladie ordinaire. Il en est de même lorsque la saisine de la commission de réforme est nécessaire préalablement à la réintégration de l'agent.

Par ailleurs, le renouvellement du congé de maladie ordinaire au-delà de six mois consécutifs d'arrêts nécessite toujours un avis du comité médical.

► **Durée du temps partiel thérapeutique**

Après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie et un congé de longue durée, l'autorisation d'exercer à temps partiel thérapeutique est accordée pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.

Après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, l'autorisation d'exercer à temps partiel thérapeutique est accordée pour une période maximale de six mois renouvelable une fois.

## **B. La procédure**

L'agent adresse sous couvert de la voie hiérarchique une demande écrite de temps partiel thérapeutique au moyen du formulaire joint ou sur papier libre.

Doivent être joints à sa demande :

- un certificat de son médecin traitant généraliste précisant la durée du temps partiel et la quotité ; ce certificat ne doit comporter aucune indication de pathologie
- un certificat détaillé de son médecin traitant généraliste et/ou spécialiste qui indique de manière circonstanciée notamment pourquoi la reprise nécessite un temps partiel thérapeutique ; ce certificat doit impérativement être placé sous pli cacheté et porter la mention « confidentiel »

L'agent est ensuite invité à prendre rendez-vous (RDV) avec un médecin agréé généraliste qui ne peut être le médecin traitant. Lors de cette visite, l'agent doit apporter son dossier médical.

Le médecin agréé généraliste est sollicité sur :

- l'octroi du temps partiel thérapeutique
- la durée du temps partiel
- la quotité

A réception de l'avis du médecin agréé et sous réserve d'un avis concordant, l'agent est placé en temps partiel thérapeutique.

L'attention des agents est appelée sur les délais inhérents à la procédure de consultation de médecins agréés. Aussi, afin de pouvoir traiter les demandes dans un temps compatible avec la date souhaitée d'exercice à temps partiel, il convient que les demandes d'autorisation de travail à temps partiel thérapeutique soient adressées au minimum un mois avant la date envisagée et au moins deux mois avant pour les agents en congé pour accident de service ou pour maladie professionnelle.

Dans l'éventualité d'avis non concordants, le comité médical ou la commission de réforme est saisi. Les délais du traitement du dossier en sont d'autant allongés.

A réception de l'avis de l'instance médicale, la décision est prise et est communiquée à l'agent.

**Précisions :** Les médecins peuvent donner un avis sur la reprise à temps partiel thérapeutique pour une période supérieure à la période maximale prévue par la réglementation. Toutefois, l'arrêté d'octroi ou de renouvellement sera pris en tenant compte des périodes réglementaires.

Exemple : la reprise à temps partiel thérapeutique après un congé de maladie ordinaire de 4 mois proposée par le médecin traitant et validée par le médecin agréé porte sur une durée de 6 mois.

Dans cette hypothèse, 2 arrêtés seront pris :

- un arrêté autorisant l'agent à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique pour une durée de 3 mois,
- un arrêté de renouvellement d'exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique pour une durée de 3 mois.

## **II. Les dispositions applicables aux autres personnels**

### **A. Les conditions d'octroi**

L'agent non titulaire peut reprendre le travail après un arrêt maladie dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique. Ce temps partiel thérapeutique est mis en place dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés du secteur privé.

L'agent non titulaire peut reprendre ses fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique :

- soit après un congé de maladie,
- soit après un congé de grave maladie,
- soit lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de continuer à exercer ses fonctions à temps plein en raison d'une affection de longue durée.

### **B. La procédure**

Lorsque le médecin traitant préconise une reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, l'agent adresse à son employeur un exemplaire de la prescription médicale du médecin.

L'agent adresse également un exemplaire de la prescription médicale à sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), dont l'accord est nécessaire pour bénéficier d'une indemnité versée par la sécurité sociale.

L'employeur doit accepter la reprise du travail à temps partiel thérapeutique, sauf s'il justifie d'un motif légitime lié à l'organisation du service.

Il convient, à la reprise de l'agent, d'informer la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend en établissant une attestation de salaire, avec les précisions suivantes :

- dans la zone "Renseignements permettant l'étude des droits" : indiquer la date de reprise du travail et cocher la case "Reprise à temps partiel - motif médical (avec l'accord de la CPAM)".
- dans la zone "Salaires de référence" : indiquer la période de travail à temps partiel (colonnes 1 et 2), le salaire brut réellement perçu par l'agent au cours de cette période (colonne 3), le motif de son absence (colonne 6), et le salaire brut qu'il aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet (colonne 9).

### III. Les services gestionnaires

Il convient de distinguer deux situations :

#### A. La demande d'octroi ou de renouvellement de temps partiel thérapeutique fait suite à un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie ou de longue durée

Catégorie	Statut	Dossier à adresser par la voie hiérarchique à
- Personnel enseignant du 1 <sup>er</sup> degré public, y compris ceux affectés dans un établissement du 2 <sup>d</sup> degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA) - Personnel enseignants du 2 <sup>d</sup> degré public et privé - Personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation - Personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, en DSDEN, en CIO, au CROUS, CRDP, ONISEP ....	Titulaire et stagiaire	DSDEN du département de l'établissement d'affectation Bureau des affaires médicales
- Personnel enseignant du 1 <sup>er</sup> degré privé		DSDEN - 13 Bureau des affaires médicales
- Personnel administratif, technique, social et de santé affecté au rectorat		Rectorat de l'académie d'Aix-Marseille DIEPAT
- Personnel enseignant ou administratif affecté en université, à l'IEP, à l'école centrale de Marseille		Président d'université ou Directeur de l'établissement d'affectation
- Personnel contractuel, AED, apprenti ...	Autre personnel	Caisse primaire d'assurance maladie + Service gestionnaire ou EPLE employeur dont l'agent dépend

#### B. La demande d'octroi ou de renouvellement de temps partiel thérapeutique fait suite à un congé pour accident de service ou à un congé pour maladie professionnelle <sup>1</sup>

Catégorie	Statut	Dossier à adresser par la voie hiérarchique à
- Personnel enseignants du 2 <sup>d</sup> degré public - Personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation - Personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, au CROUS, CRDP, ONISEP ....	Titulaire et stagiaire	Rectorat de l'académie d'Aix-Marseille Division des affaires financières
- Personnel enseignant du 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>d</sup> degrés privés		Rectorat de l'académie d'Aix-Marseille Division des établissements d'enseignement privés
- Personnel enseignant du 1 <sup>er</sup> degré public, y compris ceux affectés dans un établissement du 2 <sup>d</sup> degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA)		DSDEN du département de l'établissement d'affectation Division de personnels
- Personnel enseignant ou administratif affecté en université, à l'IEP, à l'école centrale de Marseille		Président d'université ou Directeur de l'établissement d'affectation
- Personnel contractuel, AED, apprenti ...	Autre personnel	Caisse primaire d'assurance maladie + Service gestionnaire ou EPLE employeur dont l'agent dépend

<sup>1</sup> Il est rappelé que toute demande faisant suite à une rechute d'accident est prise en charge par le service qui a géré l'accident initial.

#### **IV. La prise en charge financière**

Les tarifs d'honoraires des médecins agréés sont fixés par un arrêté du 3 juillet 2007.

A ce jour, aucune disposition ne fixe leurs honoraires pour les visites relatives à l'octroi ou au renouvellement d'un temps partiel thérapeutique.

Il convient donc de se référer à cet arrêté et il y a lieu d'assimiler la consultation pour l'octroi ou le renouvellement d'un temps partiel thérapeutique à celle prévue pour une visite d'embauche.

Ainsi, pour toute consultation donnant lieu à la transmission par le médecin agréé généraliste d'un avis favorable, il est fait application du tarif conventionnel d'honoraires fixé en application du code de la sécurité sociale.

Lorsque la consultation donne lieu à la rédaction d'un rapport détaillé dans les situations où l'avis du médecin agréé généraliste est défavorable ou non concordant avec celui du médecin traitant, le tarif appliqué correspond au tarif conventionnel de la consultation affecté d'un coefficient de 1,5.

Le tarif de la consultation est actuellement de 23 euros et sera porté à 25 euros à compter du 1er mai 2017.

Les honoraires médicaux sont envoyés au service qui a mandaté le RDV auprès du médecin agréé, sauf en ce qui concerne les personnels affectés au rectorat pour lesquels le service santé et social est compétent.

Ces services adressent ensuite le tableau récapitulatif par médecin daté et signé à la Division des budgets académiques (DBA) Chorus pour paiement en y joignant les notes d'honoraires des médecins et le relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP).

Les dispositions de la présente circulaire sont applicables de manière transitoire jusqu'à la rentrée scolaire prochaine.

Sont annexées les pièces suivantes, dont la version modifiable et adaptable à vos services peut vous être communiquée sur simple demande :

- Annexe 1 : formulaire de demande de TPT
- Annexe 2 : lettre à l'agent pour la prise de rendez-vous avec un médecin agréé
- Annexe 3 : lettre de mission au médecin agréé
- Annexe 4 : fiche d'honoraires
- Annexe 5 : cerfa attestation de salaire des agents non titulaires

*Signataire : Pour le Recteur et par délégation, Blandine BRIOUDE, Secrétaire Générale Adjointe de l'Académie d'Aix-Marseille*

## Demande d'octroi ou de renouvellement de temps partiel thérapeutique

### Identification de l'agent

**Nom d'usage :** -----

**Nom de naissance :** -----

**Prénom :** -----

**Date de naissance :** -----

**Adresse personnelle :** -----  
-----

**Coordonnées mail et téléphoniques :** -----

### Situation administrative

**Statut :**  Stagiaire  Titulaire

**Corps :** -----

**Fonctions :** -----

**Affectation (précisez si celle-ci est définitive ou provisoire) :** -----  
-----  
-----

**Actuellement en :**  Congé de maladie ordinaire  Congé de longue maladie  Congé de longue durée  
 Congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions

### Demande

**Demande :**  Initiale  Renouvellement

**Durée souhaitée :** ----- mois

Pour information, après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie et un congé de longue durée, l'autorisation d'exercer à temps partiel thérapeutique est accordée pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.

Après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions, l'autorisation d'exercer à temps partiel thérapeutique est accordée pour une période maximale de six mois renouvelable une fois.

**Quotité de travail :**  50%  60%  70%  80%  90%

**Périodes de temps partiel thérapeutique déjà obtenues :** -----

Je joins à ma demande :

- un certificat médical de mon médecin traitant généraliste précisant la durée du temps partiel et la quotité
- un certificat détaillé de mon médecin traitant généraliste et/ou spécialiste sous pli cacheté et portant la mention « confidentiel » qui indique de manière circonstanciée notamment pourquoi la reprise nécessite un temps partiel thérapeutique

Agent Date : Signature	Visa de l'autorité hiérarchique Date : Signature et tampon
------------------------------	--



Le recteur de la région académique Provence-Alpes-  
Côte d'azur  
Recteur de l'académie d'Aix-Marseille  
Chancelier des universités

à

M. / Mme Y

Rectorat

Division  
des

**OBJET : votre demande de travail à temps partiel thérapeutique.**

Vous avez adressé à mes services une demande de travail à temps partiel thérapeutique.

Dossier suivi par  
Téléphone

L'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est accordée après avis concordant de votre médecin traitant et du médecin agréé et mandaté par l'administration pour une durée de trois mois renouvelables et dans la limite d'un an pour une même affection.

Mél.

Place Lucien Paye  
13621 Aix-en-  
Provence cedex 1

Conformément à la procédure, je vous prie de bien vouloir prendre directement rendez-vous auprès du médecin agréé généraliste de votre choix, figurant sur la liste ci-jointe.

Je vous remercie de bien vouloir vous munir lors de cette consultation :

- du certificat médical et/ou du rapport sous pli cacheté de votre médecin traitant (ci-joints)
- de la lettre de mission au médecin agréé annexée au présent courrier
- de la fiche d'honoraires, ci-jointe
- de tous documents médicaux en votre possession
- de votre fiche de poste.

La prise en charge financière de cette visite sera effectuée par l'administration. Vous n'aurez de ce fait rien à régler et ne devrez pas présenter votre carte vitale.

A l'issue de cette visite et si les avis de votre médecin traitant et du médecin agréé sont concordants, vous recevrez un arrêté vous autorisant à exercer vos fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique.

Pour le recteur et par délégation  
Le chef de la division



RÉGION ACADÉMIQUE  
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

Aix-en-Provence, le

Docteur,

L'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives notamment à la santé et la sécurité au travail permet à l'agent titulaire et stagiaire de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique, pour une même affection, après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie, un congé de longue durée et un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

Rectorat

Nom du service

Dossier suivi par

Prénom Nom

Téléphone

xx xx xx xx xx

Fax

xx xx xx xx xx

Mél.

xx.xxxxxx

@ac-aix-marseille.fr

Place Lucien Paye  
13621 Aix-en-Provence  
cedex 1

La procédure d'octroi de ce temps partiel thérapeutique est désormais simplifiée puisque l'administration doit, pour pouvoir accorder un temps partiel thérapeutique, recueillir un avis conforme d'un médecin agréé sur la base de la demande de l'agent accompagnée du certificat de son médecin traitant.

Je vous précise que la reprise à temps partiel thérapeutique est octroyée pour l'une des raisons suivantes :

- le temps partiel thérapeutique favorise l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé-e
- l'agent doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

C'est la raison pour laquelle je vous remercie de recevoir M./Mme X, fonctionnaire de l'académie d'Aix-Marseille qui a présenté une demande accompagnée d'un avis de son médecin traitant de reprise à temps partiel thérapeutique à ...% pour une durée de ... mois.

Je vous remercie de bien vouloir vous prononcer sur la possibilité de M.Mme X de reprendre ses fonctions à temps partiel thérapeutique, selon quelle quotité et pour quelle durée et de motiver votre avis si celui-ci n'est pas conforme à celui du médecin traitant.

Sont joints, au présent courrier, un état des congés concernant l'agent, la demande de son médecin traitant et sa fiche de poste.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me transmettre votre avis au moyen du formulaire joint, auquel peut, le cas échéant, être annexé un rapport circonstancié sous pli clos, accompagné de la fiche d'honoraires jointe complétée et de votre RIB.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire dont vous pourriez avoir besoin.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.





**Avis du médecin agréé sur une demande d'octroi ou de renouvellement d'exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique**

**2/2** Je soussigné-e, Docteur .....médecin agréé de l'Etat,  
certifie avoir reçu à mon cabinet, le .....,  
M./Mme .....

1) J'émetts l'avis suivant :

<input type="checkbox"/>	<b>Favorable</b> à l'octroi ou au renouvellement d'un temps partiel thérapeutique
<input type="checkbox"/>	<b>Défavorable</b> à l'octroi ou au renouvellement d'un temps partiel thérapeutique.

2) Nature de la reprise :

Temps partiel thérapeutique	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

3) Durée du temps partiel thérapeutique : ..... mois.

*RAPPEL : Après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie et un congé de longue durée, l'autorisation d'exercer à temps partiel thérapeutique est accordée pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.*

4) Dans les hypothèses d'avis défavorable ou d'avis non conforme à celui du médecin traitant, vous devez rédiger un rapport circonstancié et le renvoyer sous pli cacheté. Ce rapport est destiné aux membres du comité médical ou de la commission de réforme.

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin

Merci d'adresser le présent avis accompagné de la fiche d'honoraires et de votre RIB et éventuellement votre rapport à : <i>Adresse du service</i>
--



**CONSULTATION MEDICALE  
OCTROI OU RENOUVELLEMENT D'UN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE  
NOTE D'HONORAIRES DU MEDECIN AGREE GENERALISTE**

Pôle Gestion RH  
Affaires médicales

Référence

Dossier suivi par

Téléphone  
Fax  
Mél.

- NOM du médecin : .....
- Numéro d'identification : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_
- Adresse : .....
- Numéro SIRET (14 chiffres – **obligatoire**) : .....
- Agent examiné : **M**
- Date de l'examen :

**HONORAIRES RECLAMES :**

Consultation avec transmission de l'avis **C(23€) = 23 EUROS**

**OU**

Consultation avec transmission de l'avis **ET** d'un rapport circonstancié suite à un avis défavorable ou non conforme à celui du médecin traitant **C(23€) x 1,5 = 34,50 EUROS**

Compte à créditer : **joindre un RIB ou un RIP**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(signature et **cachet** du médecin)



# ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

N° 11135\*04  
ATTSAL-BIS

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

Attestation  
rectificative

(Art. L. 323-4, L. 331-3, L. 331-7 et 8, 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

Commune

N° téléphone  
*(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 du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

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

## 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
- ↳ 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

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			Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail		Salaire rétabli
du 1	au 2	Montant du salaire selon le cas : - brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3	4	5	6	7	8

**MATERNITE** (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)

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

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.

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 :

IBAN de l'employeur  
*(Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires)*

du au

et domiciliation

Fait à le Signature de l'employeur

Nom du signataire  
et qualité

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).  
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.  
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

ATTSAL-BIS S3201p

N° 50236#04

L'attestation de salaire complétée par l'employeur permet le calcul et le versement des indemnités journalières dues au(à la) salarié(e) au titre d'un arrêt de travail pour maladie, maternité, paternité, accueil d'un enfant ou adoption, ou au titre de la dispense de travail pour une femme enceinte en cas de travail de nuit ou exposée à un risque particulier.

Sous le titre "Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières", merci de cocher la case correspondant au motif de l'arrêt de travail.

Si cette attestation de salaire modifie une précédente attestation, il suffit de cocher la case "attestation rectificative", de compléter les deux premières rubriques "l'employeur" et "l'assuré(e)" puis de remplir uniquement les champs modifiés.

Datez et signez au bas du formulaire dans tous les cas.

### RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

- ▶ **Date du dernier jour de travail :** dans tous les cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif. Toutefois, si votre salarié(e) était en congés payés au moment de l'arrêt ou en absence non autorisée, le dernier jour de travail à considérer est celui précédant la date de la prescription de l'arrêt de travail.
- ▶ **Situation à la date de l'arrêt :** précisez selon le cas : activité, chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, congé de conversion.
- ▶ **Reprise anticipée du travail :** si vous avez déjà rempli une attestation de salaire pour votre salarié(e) et que vous souhaitez simplement indiquer une date de reprise anticipée du travail, indiquez seulement cette date sans remplir le reste de l'attestation, hormis les deux premières rubriques "l'employeur" et "l'assuré(e)". Datez et signez en bas du formulaire.
- ▶ **Activité à temps partiel :** si votre salarié(e) reprend une activité à temps partiel pour motif médical à la suite d'un arrêt de travail à temps complet, vous devez établir une nouvelle attestation de salaire.

### DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES

- ▶ **Cas général :**  
Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail.  
Si votre salarié(e) a effectué moins de 150 h de travail, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale et versés au cours des 6 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail.
- ▶ **Si l'activité présente un caractère saisonnier ou discontinu** (il s'agit, par exemple, des VRP, journalistes à la pige, intérimaires, intermittents du spectacle...)  
**ETSI** votre salarié(e) a effectué moins de 150 h de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail ou que le montant de ses salaires versés au cours des 6 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail est inférieur à 1015 \* fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance (SMIC) en vigueur au premier jour de la période de référence, complétez alors cette rubrique :  
Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail.  
Si votre salarié(e) a effectué moins de 600 h de travail, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale et versés au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail.

\* Pour 2015, ce montant s'élève à 9754,15 euros (= montant du SMIC horaire brut, soit 9,61 euros x 1015). Il est revalorisé chaque année.

### SALAIRES DE REFERENCE

- ▶ **Colonnes 1 et 2 – périodes de référence**  
Précisez, selon la catégorie professionnelle de votre salarié(e), les périodes des salaires à prendre en compte, chaque ligne correspondant à une paie.  
- Dans le cas général : les paies échues au cours des 3 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail.  
- En cas d'activité saisonnière ou discontinu, même si votre salarié(e) satisfait aux conditions de durée de travail du cas général (voir ci-dessus), indiquez systématiquement les paies échues au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.
- ▶ **Colonne 3 – montant du salaire**  
**Pour les motifs maladie ou femme enceinte dispensée de travail :**  
Il s'agit du montant brut sur lequel ont été calculées les cotisations de sécurité sociale dues par le(la) salarié(e) après abattement éventuel pour frais professionnels.  
**Pour les motifs maternité, paternité, accueil de l'enfant ou adoption :**  
Il s'agit de la même base que définie ci-dessus, diminuée d'un taux forfaitaire de 21 %.
- ▶ **Colonne 4 – motif de l'absence**  
Indiquez, selon le cas, maladie (**MAL**), accident du travail (**AT**), maternité (**MAT**), paternité/accueil de l'enfant/adoption (**PAT/AE/ADO**), chômage total ou partiel (**CHOM**), fermeture de l'établissement (**FERM**), congés payés (**COP**), absence autorisée (**ABA**).  
**IMPORTANT : en cas d'absence non autorisée, vous ne devez rien inscrire dans cette colonne, pas plus que dans les colonnes 5, 6 et 7.**
- ▶ **Colonne 6 – nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet**  
Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le(la) salarié(e) s'il(s) elle) avait pu, à ce poste, travailler selon le temps défini dans son contrat de travail.
- ▶ **Colonne 7 – salaire rétabli**  
Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3 et reconstitué sur la base du temps de travail prévu par le contrat de travail du (de la) salarié(e).
- ▶ **Colonne 8 – perte de salaire**  
Précisez le montant brut de la perte de salaire due au titre de l'activité à temps partiel thérapeutique. Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter la colonne 7.

### SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré(e) 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. La subrogation vous permet de percevoir directement, en lieu et place de votre salarié(e), les indemnités qui lui sont dues par sa caisse d'assurance maladie.