ATTESTATION TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Nom Prénom Assuré : ……

Numéro de sécurité sociale : ……

Période temps partiel thérapeutique : Du …… Au…….

Calcul de la part Obligatoire :

Afin de nous permettre d'effectuer le calcul des indemnités journalières, nous vous demandons de bien vouloir compléter et nous communiquer l'élément suivant :

Le **montant de la perte de salaire** pour les arrêts de travail à temps partiel thérapeutique débutant à partir du 01/09/2022 soit la différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (selon son temps de travail habituel) et le salaire brut à temps partiel thérapeutique (sans maintien de salaire)

- 1ere hypothèse : l'assuré n'a aucune absence durant la période de temps partiel thérapeutique, vous devez nous communiquer **la perte de salaire** :

Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

- 2ème hypothèse : l'assuré a une ou plusieurs absences durant la période de temps partiel thérapeutique (congé payé ou arrêt de travail temps complet par exemple), vous devez nous communiquer :

o pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique : **la perte de salaire**

o pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates d'absence

Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

Calcul de la part complémentaire

(à compléter uniquement si votre salarié bénéficie d'un contrat prévoyance IJ géré par la MSA)

Afin de nous permettre d'effectuer le calcul de la part complémentaire des indemnités journalières, nous vous demandons de bien vouloir compléter et nous communiquer l'élément suivant :

- 1ere hypothèse (sans congé payé) : si l'assuré n'a aucune absence, veuillez nous indiquer le **montant du salaire brut réellement perçu** au titre de l'activité en temps partiel (sans maintien de salaire) :

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

- 2ème hypothèse : si l'assuré a eu une période de congés payés pendant son activité à temps partiel thérapeutique, dans ce cas, veuillez nous indiquer les **montants bruts réellement perçus** au titre de l'activité temps partiel en distinguant le montant brut des indemnités de congés payés :

  Activité temps partiel :

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Congés payés :

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

  Du ……../……../…….. au ……../……../…….. : …… euros

Merci d'indiquer si vous pratiquez la subrogation sur la ou les périodes correspondantes : …….

Signature/cachet employeur