

## Attestation pour le paiement des indemnités journalières temps partiel thérapeutique à compléter par l'employeur

**Je soussigné(e)** .....  
*(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)*

**Certifie que :**

Nom ..... Prénom .....

Numéro de Sécurité Sociale .....

**A travaillé à temps partiel thérapeutique :**

❖ Mois sans absence

Période	Perte de salaire	Montant du salaire à temps partiel thérapeutique
Du ..... au .....		
Du ..... au .....		

❖ Mois avec absence(s)

Période	Motif (Activité à temps partiel thérapeutique, Congés, RTT, Arrêt de travail...)	Perte de salaire	Montant du salaire à temps partiel thérapeutique
Du ..... au .....			
Du ..... au .....			
Du ..... au .....			
Du ..... au .....			
Du ..... au .....			
Du ..... au .....			

*La perte de salaire est la différence entre le salaire théorique brut si l'assuré(e) avait travaillé à temps complet (salaire réel qui serait dû au salarié(e) selon son temps de travail habituel avec primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé au salarié(e) avec primes).*

**Maintien du salaire pendant l'arrêt de travail à temps partiel thérapeutique :**

- Le versement du salaire a été maintenu
- Le versement du salaire n'a pas été maintenu

Date :

Cachet de l'employeur