

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT, ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

- Dès la fin de la période d'arrêt de travail mentionnée sur l'avis d'arrêt de travail établi par le médecin, l'employeur doit cocher le risque et compléter les cadres 1-2-3-4-5-9 et 10 éventuellement. Cette attestation doit être adressée à la Mutualité Sociale Agricole.
- S'il y a prolongation de l'arrêt de travail, l'employeur doit délivrer une 2^e attestation à la reprise effective d'activité.
- Si l'assuré(e) travaille pour plusieurs employeurs, chacun d'eux doit remplir une attestation.

CADRE 3 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT

Situation à la date d'arrêt : précisez – chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, congé de conversion en indiquant la date du dernier jour de travail effectif précédent le congé. Si votre salarié(e) était en congés payés au moment de l'arrêt de travail, le dernier jour de travail à considérer est celui précédant la prescription de l'arrêt de travail.

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

Vous devez indiquer le motif et la date de suspension du contrat de travail faisant suite à l'impossibilité de reclassement de l'assurée sur un poste de travail de jour ou sur un poste moins exposé :

- femme enceinte exposée à un agent toxique pour la reproduction, au benzène, à un produit anti-parasitaire à usage agricole, au plomb métallique et à ses composés,
- femme enceinte intervenant en milieu hyperbare,
- femme enceinte exposée à un risque de rubéole ou de toxoplasme.

CADRE 4 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

CAS GÉNÉRAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case «plus de 150 h». Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Activité saisonnière ou discontinue

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case «plus de 600 h». Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CADRE 5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

CATÉGORIES	PAIES A PRÉCISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salariés payés toutes les deux semaines	6 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Travailleurs saisonniers ou salariés occupant une activité discontinue	Les paies des 12 mois civils précédant l'interruption de travail
Salariés ayant une autre périodicité de paies	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail

COLONNE 3 Montant du salaire à retenir en cas de maladie ou en présence d'une allocation journalière maternité versée aux femmes exposées à certains risques ou d'un congé maternité, paternité/accueil de l'enfant.

Maladie - Allocation journalière de maternité

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

NB - Le salaire brut à retenir pour le calcul des indemnités journalières maladie est plafonné à 1,8 Smic en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail.

Maternité - Paternité / accueil de l'enfant

Il s'agit de la même base que définie ci-dessus.

NB - Le salaire brut à retenir pour le calcul des indemnités journalières maternité est limité au plafond de la sécurité sociale en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail.

COLONNE 4 Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT) chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), absence autorisée (ABA) ; autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

COLONNE 5 Nombre d'heures réellement effectuées

Il s'agit du nombre d'heures effectuées par l'assuré(e) avant d'être en arrêt de travail.

COLONNE 6 Nombre d'heures correspondant au contrat de travail

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 7 Salaire reconstitué brut

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

CADRE 6 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES IJ MALADIE DANS LE CADRE DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Activité à temps partiel

Indiquez le salaire réel brut déterminé au titre de l'activité salariée partielle par mois civils. Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès (après abattement éventuel pour frais professionnels).

Activité à temps plein

Indiquez le salaire réel brut correspondant à l'activité exercée à temps plein sur lequel auraient été calculées les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès (après abattement éventuel pour frais professionnels).

CADRE 8 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT

La date de début de congé légal ne tient pas compte des jours prévus dans le code du Travail.

CADRE 9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Doivent figurer dans ce cadre les primes, rappels et gratifications versés au cours des 12 mois civils qui précèdent l'arrêt de travail.

CADRE 10 DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

Lorsque le salaire est maintenu en totalité par l'employeur sans la déduction des indemnités journalières, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré(e) dans ses droits aux indemnités journalières.

En cas de maintien total ou partiel du salaire sous déduction des indemnités journalières en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, 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.

En cas de subrogation de l'employeur, si le montant des indemnités journalières est plus élevé que la rémunération versée, l'employeur doit impérativement restituer au salarié la part des indemnités journalières excédant la rémunération maintenue.

En cas de changement de coordonnées bancaires, joindre un RIB.

Cachet de la caisse

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

- JOURNALIÈRES MALADIE
 MATERNITÉ
 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT
 ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

Cette attestation n'est pas à délivrer en cas d'accident du travail.

(Art. L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du code de la Sécurité Sociale)

ATTESTATION RECTIFICATIVE

Pour compléter cette attestation reportez-vous à la notice correspondante.

1 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM - PRÉNOM
OU DÉNOMINATION SOCIALE

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE (facultatif)
 CODE POSTAL
 COMMUNE

Numéro employeur ou Numéro SIRET

2 IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° D'IMMATRICULATION

CATÉGORIE OU EMPLOI OCCUPÉ

NOM DE FAMILLE
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

PRÉNOM (S)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL
 COMMUNE

3 ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

Date du dernier jour de travail :
 Date de début du congé paternité / accueil de l'enfant :

Date de reprise anticipée du travail :
 Situation à la date de l'arrêt :
 Nombre d'enfants à charge :

Reprise à temps partiel (accord de la MSA)
 Motif de la suspension du contrat de travail travail de nuit
 exposition à un risque
 ou Raison personnelle

À compter du :
 Date de suspension du contrat de travail

Non repris ce jour :

4 ÉTUDE DES DROITS

Montant des cotisations sur salaire Plus de 150 h de travail <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	}	Pour la période du :
Montant des cotisations sur salaire Plus de 600 h de travail <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	}	<input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>

5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

SALAIRES DE RÉFÉRENCE en €

SALAIRE DE BASE		L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILLÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE				
Période de référence		Montant du salaire	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant au contrat de travail	Salaire reconstitué brut
Du	Au					
1	2	3	4	5	6	7

6 TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE		SALAIRE DE BASE en €	
Du	Au	Salaire réel brut perçu au titre de l'activité partielle	Salaire réel brut correspondant à l'activité exercée en application du contrat de travail

7 MATERNITÉ (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉE AU DÉBUT DU REPOS PRÉNATAL)

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.

Signature de l'assurée

8 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ AU DÉBUT DU CONGÉ)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant la durée de mon congé de paternité, je ne pourrai pas prétendre au versement d'indemnités journalières de paternité.

Signature de la personne assurée

9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Détail des primes soumises à cotisation (y compris celles incluses dans le salaire figurant au cadre 5)

12 mois civils	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut en €
----------------	-------------------	---	-------------------

Date du dernier jour de mensualisation :

10 DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au

Fait à :

Le :

Signature de l'employeur

Nom du signataire :

Qualité :