



santé  
famille  
retraite  
services

Bourgogne



RECTIFICATIF  
suite appel de  
la gérante de  
Dorian

Dijon, le 06 mars 2024

**Prestations Espèces Indemnités Journalières**

**Votre interlocuteur :** Corinne Barbant

**Téléphone :** 0385395083

**Réf. du destinataire :** 38396734600024

**Dossier :** 2 68 06 28 280 045 (VA01)

**BELIN-LEDUC GERALDINE**

**Objet :** Attestation temps partiel

Exp. Caisse Régionale MSA de Bourgogne, 14, rue Félix Trutat, 21046 DIJON Cedex

Avec nos excuses

Bonne nuit  
000013  
Bonne nuit

DOMAINE A.F.GROS  
1 PL DE L EUROPE  
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de procéder au règlement des indemnités journalières relatives à un temps partiel thérapeutique / travail léger, les éléments suivants sont nécessaires :

- ♦ la période de travail à temps partiel / travail léger
- ♦ le salaire brut réellement perçu par votre salarié au cours de cette période
- ♦ le motif de son absence
- ♦ le salaire brut perdu par rapport à ce qu'il aurait perçu à temps plein sur cette période (perte de salaire)

Afin de bénéficier du maintien partiel de l'indemnisation maladie pendant la durée de la reprise à temps partiel thérapeutique / temps léger de :

LEDUC GERALDINE REGINE PAU

pour la période du 01/02/2024 au 29/02/2024

nous vous remercions de bien vouloir nous retourner les attestations ci-jointes dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Responsable du Service

Carole Laffond

PJ: Attestation temps partiel  
Attestation tps partiel /calcul part cpl



santé  
famille  
retraite  
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

**Prestations Espèces Indemnités Journalières**

Votre interlocuteur : Corinne Barbant  
Téléphone : 0385395083  
Réf. du destinataire : 38396734600024  
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)  
**BELIN-LEDUC GERALDINE**

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné PARENT Anne Françoise PDG de la SAS  
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur) DOMAINE AF GROS.

Certifie que :  
2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

A travaillé à temps partiel durant le mois de FEVRIER 2024, vous devez nous communiquer :

- pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire du 01/02/2024 au 29/02/2024 \*\* Perte de salaire : 657,64 euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : 1799,76 euros
- du ..... au ..... \*\* Perte de salaire : ..... euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : ..... euros
- du ..... au ..... \*\* Perte de salaire : ..... euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : ..... euros
- du ..... au ..... \*\* Perte de salaire : ..... euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : ..... euros

\*\* Perte de salaire : Différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (salaire tel qu'il serait dû à la victime selon son temps de travail habituel avec les primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé à la victime avec les primes).

- pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates et motifs d'absence :  
du ..... au ..... au motif de : .....
- du ..... au ..... au motif de : .....
- du ..... au ..... au motif de : .....

Pendant l'arrêt de travail à temps partiel, merci de préciser si vous effectuez la subrogation (cocher la case correspondante) :

- le versement de son salaire lui a été maintenu
- le versement de son salaire ne lui a pas été maintenu

Date : 15/03/2024

**SAS DOMAINE AF GROS**  
5 Grande Rue - 21630 Pommard  
SIRET 383 967 346 00016  
Cachet de l'employeur 383 967 345

RECTIFICATIF



santé  
famille  
retraite  
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

**Prestations Espèces Indemnités Journalières**

Votre interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)

**BELIN-LEDUC GERALDINE**

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

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 les éléments suivants concernant :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

1 / Si l'assuré n'a aucune absence : veuillez nous indiquer :

- Période du temps partiel du 01.02.2024 au 29.02.2024  
et le montant du salaire brut réellement perçu : ...1142,12...euros

2 / Si l'assuré a eu une période d'absence : veuillez nous indiquer :

- Période d'absence du ...../...../..... au ...../...../.....  
et le montant du salaire brut réellement perçu en déduisant le montant brut relatif à l'absence (congrés, absence...) : ..... euros

Je soussigné.e Anne Françoise PARENT P.D.B. SAS DOMAINE AF GROS  
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

certifie cette déclaration exacte.

Date : 15.03.2024

Cachet de l'employeur

**SAS DOMAINE AF GROS**  
5 Grande Rue - 21680 Fommard  
SIRET 383 967 346 00016  
T.V.A. FR 84 383 967 346