



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Exp. Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Tardat 21048 DIJON Cedex
000013

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

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 30/01/2024 au 31/01/2024

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 (ps partiel / calcul part cpl)

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.



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 PARET Ann. Françoise
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

Certifie que :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

A travaillé à temps partiel durant le mois de 30 au 31/01/2024, vous devez nous communiquer :

- pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire

du 30/01/2024 au 31/01/2024 ** 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

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 : 08/03/2024

Cachet de l'employeur



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 au
et le montant du salaire brut réellement perçu :euros

Pas de perte de Salaire

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 (congés, absence...) : euros

Je soussigné..... PARENT Anne Française.....
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)
certifie cette déclaration exacte.

Date : 08/03/2024

Cachet de l'employeur

SAS DOMAINE AF GROS
5 Grande Rue - 21630 Pommard
SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre Interlocuteur : Corinne Barbant
Téléphone : 0385395083
Réf. du destinataire : 3839673460024
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)
BELIN-LEDUC GERALDINE
Objet : Attestation temps partiel

Classe Régionale MSA de Bourgogne Mutualité Travail 21016 DUCN Code
900013

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
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

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 27/02/2024 ** Perte de salaire : 657,63 euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du 01/02/2024 au 27/02/2024 ** Perte de salaire : 1729,76 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 : 08/03/2024

Cache **SAS DOMAINE AF GROS**
5 Grande Rue - 21630 Pommard

SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346 P194

folio 5/9



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 : 657,63 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 (congs, absence...) : euros

Je soussigné PARENT Ama François
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)
certifie cette déclaration exacte.

Date : 08/03/2024

Cachet de l'employeur

SAS DOMAINE AF GROS
5 Grande Rue - 21630 Pommard
SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346

DECLARATION



STATEMENT OF THE
NATIONAL HEALTH SERVICE
FOR THE YEAR 1977-78

STATEMENT OF THE NATIONAL HEALTH SERVICE FOR THE YEAR 1977-78

The National Health Service for the year 1977-78 has been a year of continued progress and achievement. The Service has maintained its commitment to providing a comprehensive health service for all, and has made significant progress in many areas.

The Service has continued to invest in its infrastructure, and has made significant progress in the development of new services and facilities. The Service has also continued to invest in its staff, and has made significant progress in the development of new staff and services.

The Service has continued to invest in its research and development, and has made significant progress in the development of new services and facilities. The Service has also continued to invest in its staff, and has made significant progress in the development of new staff and services.

The Service has continued to invest in its research and development, and has made significant progress in the development of new services and facilities. The Service has also continued to invest in its staff, and has made significant progress in the development of new staff and services.

THE NATIONAL HEALTH SERVICE
FOR THE YEAR 1977-78



Bourgogne

santé
famille
retraite
services



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre Interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 26 280 045 (VA01)

BELIN-LEDUC GERALDINE

Objet : paiement d'indemnités journalières

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

000013

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

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de donner suite à l'arrêt prescrit le 30/01/2024 à temps partiel Thérapeutique concernant votre salarié(e) Mme LEDUC GERALDINE REGINE PAU, veuillez nous adresser :

- Le Dernier jour Travaillé doit être le 29/01/2024

Nous vous demandons de bien vouloir joindre la présente lettre à votre réponse.

Avec nos remerciements,

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

Votre interlocuteur

Corinne Barbant

PJ: PE-Attestation salaire pour IJ



Notice d'information



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 toxoplasmose.

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)
Salaariés payés au mois	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salaariés payés toutes les deux semaines	6 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salaariés 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
Salaariés ayant une autre périodicité de paies	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail

PAO CCMSA - Rev. : 10/02/2010 - Notice_page 1

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
1/02/2024	29/12/2024	1142,12	1799,76

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 : POMMARD

Le : 08/03/2024

Nom du signataire : PARENT Anne Françoise

Signature de l'employeur

Qualité : Présidente

Le présent article de l'annexe et/ou d'organigramme quelconque se rend coupable de fautes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal). La loi 78-17 du 6 janvier 1978 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.

PAO CCMSA - Réf. : 100272016- formulaire_page 2

SAS DOMAINE AF GROS
 5 Grande Rue - 21630 Pommard
 SIRET 383 967 346 00016
 T.V.A. FR 84 383 967 346