

## POUR EN SAVOIR PLUS RENSEIGNEZ-VOUS

- sur l'Assurance Maladie, Maternité, Invalidité, Décès, AT et MP

à la CPAM de HAGUENAU 0 820 904 151\*  
à la CPAM de SELESTAT Mme BAUMANN 03 88 58 82 41 / 06 15 65 02 98  
[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

\*(0,118 euro/mn à partir d'un poste fixe)

- sur les Cotisations et leur Recouvrement

à l'URSSAF du BAS-RHIN 03 88 18 52 10  
[www.strasbourg.urssaf.fr](http://www.strasbourg.urssaf.fr)

- sur la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS)

à la CRAV d'ALSACE-MOSELLE 03 88 65 20 14  
[www.crav-am.fr](http://www.crav-am.fr)

- sur les Risques Professionnels (fixation du taux de la cotisation AT-MP, prévention des risques professionnels...)

à la CRAM ALSACE-MOSELLE 03 88 14 33 00  
[www.cram-alsace-moselle.fr](http://www.cram-alsace-moselle.fr)

- sur vos Démarches en tant qu'Artisan

à la Chambre des Métiers d'ALSACE  
Section du Bas-Rhin 03 88 19 79 10  
Section de Colmar 03 89 20 84 60  
Section de Mulhouse 03 89 46 89 16

- ou en tant que Commerçant, Industriel, Entreprise de Service

à la Chambre de Commerce et d'Industrie  
de Strasbourg et du BAS-RHIN  
Guichet Initiative Emploi 03 88 75 19 88  
10 place Gutenberg 67081 STRASBOURG CEDEX

*tout ce qu'il faut savoir  
pour faciliter vos  
démarches*

**Vous établissez  
une attestation de salaire**

le Guide Sécurité Sociale de l'Employeur  
en ligne sur [www.ucanss.fr](http://www.ucanss.fr)

Impression CPAM Sélestat - octobre 2004





## MALADIE MATERNITE PATERNITE

Dès le début de l'arrêt de travail, remplissez le formulaire S 3201 :

### ● Nature Risque

cochez la case correspondant à la cause de l'arrêt

Form S 3201 - Attestation de salaire pour le paiement de journaliers. Section Nature Risque. Le formulaire est intitulé "ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DE JOURNALIERS" et "SÉCURITÉ SOCIALE". Il y a trois cases à cocher : MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ. Le logo Ccrfa est visible en haut à gauche.

### ● Identification de l'Employeur

notez les coordonnées de l'entreprise et si elle est intérimaire cochez cette case

Form S 3201 - Identification de l'Employeur. Le formulaire est intitulé "EMPLOYEUR". Il y a des champs pour le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et le numéro SIRET. Il y a aussi une case à cocher "Intérimaire".

notez le n° SIRET de 14 chiffres dont les 9 premiers identifient l'entreprise et les 5 autres distinguent les différents établissements

### ● Identification de l'Assuré

notez le n° de sécurité sociale du salarié (15 chiffres) à défaut de n° définitif, indiquez le n° provisoire et la date de naissance

Form S 3201 - Identification de l'Assuré. Le formulaire est intitulé "ASSURÉ(E)". Il y a des champs pour le numéro de sécurité sociale, le nom, l'adresse et l'activité professionnelle. Il y a aussi une case à cocher "Matriculé dans l'entreprise".

notez les coordonnées de votre salarié et mentionnez son activité professionnelle

## MALADIE MATERNITE PATERNITE

### ● Etude des droits

notez la date du dernier jour de travail effectif même s'il n'a pas été travaillé en totalité et s'il diffère de la date de prescription d'arrêt de travail

notez la date de la reprise du travail

ou cocher la case "non repris à ce jour"

Form S 3201 - Renseignements permettant l'étude des droits. Le formulaire est intitulé "RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS (1)". Il y a des champs pour la date du dernier jour de travail, la date de reprise du travail, le motif de l'arrêt, le montant de la cotisation, etc.

en cas de reprise du travail à temps partiel précisez la date et le motif

précisez la situation de votre salarié à la date de l'arrêt (travail, congés payés, licenciement, démission...)



## MALADIE MATERNITE PATERNITE

L'étude des droits aux indemnités journalières durant les six premiers mois d'arrêt de travail se base sur la situation des salariés :

### ● le cas général

cochez la case «cas général»

notez le montant de la cotisation «assurance maladie, maternité, invalidité, décès» calculée sur la rémunération perçue dans les 6 mois civils avant la date du dernier jour effectif de travail

ou si vous optez pour le nombre d'heures de travail effectuées au cours des 3 mois civils ou des 3 mois de date à date avant l'arrêt effectif de travail, cochez la case «plus de 200 h de travail»

Formulaire de renseignements permettant l'étude des droits (1). Le formulaire est divisé en plusieurs sections. À gauche, il y a des cases à cocher pour 'CAS GENERAL' et 'CAS PARTICULIERS'. Au centre, il y a des champs pour 'MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL' et 'MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL'. À droite, il y a des champs pour 'Pour la période de' et 'au'. Des flèches indiquent que les montants de cotisation sont liés à la période de référence.

notez la période de référence en fonction de la situation :  
6 mois sur une base «cotisations» ou 3 mois sur une base «horaire»

### ● les cas particuliers (travail saisonnier, intérimaire, VRP)

cochez la case «cas particuliers»

notez le montant de la cotisation «assurance maladie, maternité, invalidité, décès» calculée sur la rémunération perçue dans les 12 mois civils avant la date du dernier jour effectif de travail

ou si vous optez pour le nombre d'heures de travail effectuées durant les 12 mois civils ou des 12 mois de date à date avant l'arrêt effectif de travail, cochez la case «plus de 800 h de travail»

Formulaire de renseignements permettant l'étude des droits (1). Le formulaire est divisé en plusieurs sections. À gauche, il y a des cases à cocher pour 'CAS GENERAL' et 'CAS PARTICULIERS'. Au centre, il y a des champs pour 'MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL' et 'MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL'. À droite, il y a des champs pour 'Pour la période de' et 'au'. Des flèches indiquent que les montants de cotisation sont liés à la période de référence.

notez les 12 mois constituant la période de référence

## MALADIE MATERNITE PATERNITE

### ● Salaire de référence

Notez les salaires versés mensuellement au cours des 3 mois ou des 12 mois précédant l'arrêt de travail :

- ◆ en «maladie», il s'agit des salaires bruts soumis à cotisations dans la limite du plafond (après abattement des éventuels frais professionnels),
- ◆ en «maternité ou paternité», il s'agit des salaires soumis à cotisations diminués de la part salariale des cotisations légales et conventionnelles, ainsi que de la contribution sociale généralisée, soit les salaires nets à différencier du salaire net imposable ou du net à payer :
  - les cotisations salariales légales regroupent la cotisation AS (maladie, maternité, invalidité, décès), la cotisation veuvage, la cotisation vieillesse et la cotisation chômage.
  - les cotisations salariales conventionnelles concernent les régimes de retraite complémentaire et les régimes de prévoyance complémentaire.
  - la cotisation sociale généralisée comprend la CSG déductible et la CSG non déductible.

La cotisation relative au remboursement de la dette sociale (CRDS) ne doit pas être déduite du salaire brut.

Certains frais non soumis à cotisations sont exclus tels que :

- les frais de transports,
- les indemnités de repas ou de crèche,
- les cotisations des mutuelles d'entreprise ou extérieures.

## MALADIE MATERNITE PATERNITE

### ● Colonne 3

en cas de maladie notez le salaire brut (maladie) soumis à cotisations après abattement des frais professionnels en cas de maternité ou paternité, notez le salaire net tel que déterminé en page ci-contre

### ● Colonnes 4-5

notez le montant ayant donné lieu à une régularisation annuelle de cotisations au titre de l'année civile précédant la période de référence figurant en colonnes 1 et 2

### ● Colonne 6

notez le motif en cas d'absence durant la période de référence : maladie (MAL), maternité (MAT), paternité (PAT), accident du travail (AT), congés payés (COP), absence autorisée (ABA), chômage total ou partiel (CHOM)...

The form is titled 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. It contains several sections: 'SALAIRE DE...', 'SALAIRE NET...', 'SALAIRE BRUT...', 'MOTIF DE L'ABSENCE...', 'DATE DE DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SUBROGATION...', and 'DATE DE FIN DE LA PÉRIODE DE SUBROGATION...'. Arrows from the text blocks point to these specific fields.

### ● Col. 1-2

notez la période de rémunération

### ● Colonne 7

notez le nombre d'heures réellement effectuées durant la période de référence

### ● Colonne 8

notez le nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

### ● Colonne 9

notez selon le risque, le salaire brut ou net du salarié comme s'il avait travaillé à temps complet en période de référence

### ● Emargement de l'Assuré

En maternité 8 semaines d'arrêt au minimum sont à respecter.

La signature de l'assuré obligatoire vaut engagement de sa part à cesser toute activité

The form is titled 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. It contains several sections: 'MATERNITE (à compléter par l'assuré ou son représentant légal)', 'PATERNITE (à compléter par le père du bébé ou son représentant légal)', and 'SIGNATURE DE L'ASSURÉ'. Arrows from the text blocks point to these signature fields.

## MALADIE MATERNITE PATERNITE

### ● Subrogation

Si une convention ou un accord de branche prévoit le maintien du salaire de votre employé sous déduction des indemnités journalières, vous pouvez percevoir directement les indemnités journalières.

Le droit local «Alsacien-Mosellan» prévoit le maintien intégral du salaire des personnels de vente ou personnels administratifs pendant une durée de six semaines, sans délai de carence et sans condition d'ancienneté, pour cause de maladie. Pour les autres salariés, le salaire doit être maintenu pendant une durée «relativement sans importance» c'est-à-dire en fonction de l'ancienneté de ces derniers.

notez la date de début de la période de subrogation

notez la date de fin de la période de subrogation en fonction de votre convention et non de la durée de l'arrêt de travail si vous ne connaissez pas la date exacte, notez «jusqu'à nouvel avis» ou «jusqu'à la reprise du travail»

The form is titled 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. It contains several sections: 'PERSONNELS DE VENTE ET PERSONNELS ADMINISTRATIFS', 'PERSONNELS DE VENTE ET PERSONNELS ADMINISTRATIFS', and 'SIGNATURE DE L'ASSURÉ'. Arrows from the text blocks point to these signature fields.

en plus des données du RIB notez le n° SIRET de l'établissement destinataire des indemnités journalières (celui qui généralement gère les salaires)

cette signature vous autorisant à percevoir les indemnités journalières est facultative

### ● Authentification

notez le lieu et la date d'établissement de l'attestation de salaire et précisez le nom et la qualité du signataire

signez

The form is titled 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. It contains several sections: 'Lieu et date d'établissement de l'attestation de salaire', 'Nom et qualité du signataire', and 'Signature de l'employeur'. Arrows from the text blocks point to these signature fields.

## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

Attestation de salaire établie dans le cadre d'un arrêt pour :

- Accident du Travail / Trajet
- Maladie Professionnelle

The image shows the full form S 6202, titled 'ATTESTATION DE SALAIRE ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE'. It is divided into several sections: 'EMPLOYEUR', 'ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME', 'VICTIME', 'RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MOUVEMENT DU TRAVAIL', 'RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL', 'SALAIRES DE RÉFÉRENCE', 'DÉTAILS DES SALAIRES', and 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. Each section contains various fields for names, addresses, phone numbers, dates, and specific details related to the accident or illness.

## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

Dès le début de l'arrêt de travail, remplissez le formulaire S 6202 :

### ● Identification de l'Employeur

notez les coordonnées de votre entreprise

et pour les succursales... notez les coordonnées de l'établissement d'attache

This close-up shows the 'EMPLOYEUR' section with fields for 'Nom, Prénoms du salarié', 'Adresse', and 'N° de Téléphone'. Below it is the 'ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME' section with fields for 'Adresse' and 'N° SIRET de l'établissement'. Arrows point from the explanatory text to these specific fields.

comme en cas de subrogation notez le n° SIRET de 14 chiffres dont les 9 premiers identifient l'entreprise et les 5 autres distinguent les différents établissements

### ● Identification de l'Assuré

notez le n° de sécurité sociale du salarié (15 chiffres)  
à défaut de n° définitif, indiquez le n° provisoire et la date de naissance

This close-up shows the 'VICTIME' section. It includes fields for 'N° d'immatriculation', 'A. Affilié', 'Date de naissance', 'NOM, Prénoms', 'ADRESSE', 'Date d'embauche', 'Profession', 'Qualification professionnelle', and 'Assuré(e) dans le poste'. There are also checkboxes for 'Nationalité' (Français, C.E.E., Autre) and 'L'accident a-t-il fait d'autres victimes?' (OUI, NON). Arrows point from the explanatory text to the 'Date de naissance', 'Profession', and 'Nationalité' fields.

précisez si l'accident a fait une ou plusieurs victimes

notez les coordonnées de votre salarié et les données relative à son activité professionnelle (date d'embauche, profession...)

indiquez la nationalité du salarié

## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

### ● Identification du Médecin du Travail

notez les coordonnées du médecin du travail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse

### ● Arrêt de travail

notez la date de l'accident ou celle où la maladie a été médicalement constatée pour la première fois

cochez la case correspondant à la cause de l'arrêt

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la première constatation médicale

Date du dernier jour de travail

Date de reprise du travail

Motif de l'arrêt

Accident de travail

Maladie professionnelle

Travail non repris à ce jour

notez la date du dernier jour de travail effectif même s'il n'a pas été travaillé en totalité et s'il diffère de la date de prescription d'arrêt de travail

notez la date de la reprise du travail

ou cocher la case "travail non repris à ce jour"

Aucune condition d'ouverture de droits n'est requise. Il suffit d'aller au travail ou d'occuper son poste pour que l'arrêt de travail soit indemnisé à raison de 60 % du salaire brut durant les 28 premiers jours d'arrêt de travail et de 80 % du salaire brut dans la limite du salaire net à compter du 29<sup>ème</sup> jour :

- ◆ dès le lendemain de l'accident du travail ou du trajet, le premier jour restant à votre charge,
- ◆ à la date d'effet de la reconnaissance de la maladie professionnelle.

Par contre, afin de bénéficier des indemnités journalières au titre du mi-temps thérapeutique, un arrêt à temps complet d'au moins un jour est requis.

## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

### ● Salaire de référence

Sauf cas particuliers (travail saisonnier, intérimaire, VRP...) où des salaires trimestriels ou annuels peuvent être pris en compte, il convient de noter le salaire versé durant le mois précédant la date d'arrêt de travail qui figure sur l'attestation.

Il s'agit du salaire brut soumis aux cotisations, sauf celle visant à rembourser la dette sociale (CRDS), avec l'intégration des primes ou gratifications.

S'agissant des ouvriers du bâtiment et des VRP, 10 % et 30 % d'abattement pour frais professionnels sont respectivement pris en compte.

Si l'assuré a commencé au cours d'un mois, le salaire d'embauche ou le salaire rétabli sont retenus. Il en va de même en cas d'interruption pour maladie, congés payés, absences autorisées...



## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

### ● Colonnes 1-4

notez le salaire brut du mois échu (réel ou rétabli) avant l'arrêt de travail, sauf cas de travail saisonnier, intérimaire, VRP... où le trimestre, l'année échus sont retenus selon que le salaire est versé trimestriellement ou de manière discontinue

### ● Col. 5-6

notez les avantages (pour-boire...) soumis aux cotisations non compris dans le salaire mais versés selon la même périodicité

### ● Col. 7

notez le total de la part salariale des cotisations correspondant aux montants des colonnes 4 à 6

### ● Col. 8

notez les frais professionnels soumis à cotisation ainsi que le taux d'abattement pour frais professionnels

Form titled 'SALAIRE DE REFERENCE' with four columns. Arrows point from the text above to the corresponding columns: column 1-4, columns 5-6, column 7, and column 8.

### ● Colonnes 9-13

notez la période où des avantages sont versés selon une autre périodicité que le salaire (gratif. annuelle...) pour les proratiser et les intégrer au salaire de référence, hors cotisations patronales

### ● Colonnes 14-19

notez le motif en cas d'absence durant la période de référence (maladie : MAL, congés payés : COP...), ainsi que le salaire brut perdu en indiquant la part salariale des cotisations et de la CSG correspondant à la période d'arrêt

Form titled 'MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL' with two main sections. Arrows point from the text above to the corresponding sections: columns 9-13 and columns 14-19.

### ● Rubrique D

notez pour les moins de 18 ans le salaire minimum d'un salarié adulte de même catégorie ou d'un apprenti ou d'un stagiaire classé en fin d'étude ou de stage

## ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

### ● Subrogation

Si une convention ou un accord de branche prévoit le maintien du salaire de votre employé, n'attendez pas de percevoir les indemnités journalières pour lui verser sa rémunération.

notez la date de début de la période de subrogation

notez la date de fin de la période de subrogation en fonction de votre convention et non de la durée de l'arrêt de travail si vous ne connaissez pas la date exacte, notez «jusqu'à nouvel avis» ou «jusqu'à la reprise du travail»

Form titled 'DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE'. Arrows point to the 'Date de début de la période de subrogation' and 'Date de fin de la période de subrogation' fields.

en plus des données du RIB notez le n° SIRET de l'établissement destinataire des indemnités journalières (celui qui généralement gère les salaires)

cette signature vous autorisant à percevoir les indemnités journalières est facultative

### ● Authentification

notez le lieu et la date d'établissement de l'attestation de salaire et précisez le nom et la qualité du signataire

signez

Form titled 'LIEU ET DATE D'ÉTABLISSEMENT DE L'ATTESTATION DE SALAIRE'. Arrows point to the 'Lieu et date d'établissement' and 'Signature' fields.