

## Attestation

à fournir obligatoirement à Mutame pour le règlement des droits de l'agent

À faire établir par l'employeur Collectivité Territoriale

**Collectivité :** .....

Numéro de contrat : ..... Date de signature : ..... / ..... / .....

Option : ..... Taux : .....

Mutuelle : **MUTAME & PLUS**

Le service du personnel ou l'autorité compétente certifie que :

NOM – PRÉNOM de l'assuré : ..... Début d'arrêt de travail : ..... / ..... / .....

Est placé en demi-traitement ou perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale pour la période :

Mois	Salaire net imposable qu'aurait perçu l'agent s'il avait exercé son activité à temps complet	Salaire net imposable (*) versé par la collectivité employeur		Indemnités Journalières versées par la Sécurité Sociale ou autres organismes		Perte réelle de salaire net imposable
		Période	Montant versé	Période	Montant versé	
<b>Total</b>		<b>Total</b>		<b>Total</b>		

(\*) Les rappels et les heures supplémentaires doivent être exclus de ces salaires.

Justificatifs à fournir pour la période :

- Avis d'arrêt de travail et avis de prolongation
- Copie du bulletin de paie du mois à indemniser
- Arrêté de la mairie fixant la durée du congé maladie
- Avis du Comité Médical Départemental
- Copie du bulletin de paie du dernier mois d'activité à plein traitement (pour la 1<sup>ère</sup> indemnisation seulement)

Compléter renseignements au dos :



**MUTAME & PLUS**

**Siège Social**

**Agence Normandie**

**Agence Bourgogne-Franche-Comté**

**Agence Centre-Val de Loire**

**E-mail : contact@mutame-plus.fr**

CS 72208 - 4, rue Emile Enault

19 bis, Place Saint Sauveur

1, rue Strolz

1, rue du Faubourg Bannier

**www.mutame-plus.fr**

50008 SAINT-LÔ Cedex

14000 CAEN

90007 BELFORT Cedex

45057 ORLÉANS

■ 02 33 05 29 20

■ 02 31 86 00 15

■ 03 84 46 64 90

■ 02 38 65 46 80



**Attestation suite**

- L'intéressé(e) est arrêt de travail depuis le : ..... / ..... / .....
- L'intéressé(e) a repris son travail le : ..... / ..... / .....

**Détail de la rémunération servie depuis le 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail**

Libellé	Nombre de jours		
	à plein traitement	à 1/2 traitement	Total
1 <sup>er</sup> arrêt de travail Du Au			
2 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
3 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
4 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
5 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
6 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
7 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
8 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
9 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
10 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
11 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
12 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
13 <sup>ème</sup> arrêt de travail Du Au			
<b>Total</b>			

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

**CACHET DE L'EMPLOYEUR (OBLIGATOIRE)**

**SIGNATURE (OBLIGATOIRE)**

**MUTAME & PLUS**

**Siège Social**  
**Agence Normandie**  
**Agence Bourgogne-Franche-Comté**  
**Agence Centre-Val de Loire**  
**E-mail : contact@mutame-plus.fr**

CS 72208 - 4, rue Emile Enault  
 19 bis, Place Saint Sauveur  
 1, rue Strolz  
 1, rue du Faubourg Bannier  
**www.mutame-plus.fr**

50008 SAINT-LÔ Cedex  
 14000 CAEN  
 90007 BELFORT Cedex  
 45057 ORLÉANS

- 02 33 05 29 20
- 02 31 86 00 15
- 03 84 46 64 90
- 02 38 65 46 80

