



SOMMAIRE

1-Accéder au portail adhérent	p. 3
2-Comment me connecter ?	p.3
3-Accéder aux informations administratives de mon compte adhérent	p. 4
4-Déclarer une modification de l'effectif de mon entreprise	p.7
5-Consulter mes factures	p.9
6-Mes échanges avec mon service de santé au travail	p.10
7-Les rendez-vous que j'ai demandés	p. 11

1 - Accéder au portail adhérent

Accédez à votre Espace adhérent depuis notre site internet www.mist-normandie.fr



2 - Comment me connecter ?

e connecter sur sor	espace adhérent		
N° adhérent :			
Mot de passe	ne connexion en tant qu	e mandataire	
J'ai oub	lié mon mot de passe	Se connecter	

Connectez-vous à l'aide de votre code utilisateur et mot de passe (disponibles sur le courrier qui vous a été envoyé avec ces informations)

NB : A la première connexion

Nom utilisateur Email de récupération Cet email vous sera de	80 Imandé en cas de perte de mot de passe de connexion.
Nouveau mot de passe Confirmation :	niveau de sécurité du mot de passe :
Historique de mes 6 dernie mercredi 24 novembre à 1 mercredi 24 novembre à 1	eres connexions 16:06:45
mercredi 24 novembre à 1 mercredi 24 novembre à 1 mardi 23 novembre à 16:3	4:01 4:01
V	alider Annuler

Tapez **un nouveau mot de passe** (5 caractères minimum) puis le confirmer.

Inscrire une adresse mail en cas de perte de votre mot de passe puis la confirmer.

Validez.

3 - Accéder aux informations administratives de mon compte adhérent : Vos informations

Retrouvez le menu avec les différentes rubriques à gauche de l'écran.



En cliquant sur "**Vos informations**", retrouvez toutes les informations administratives de votre compte adhérent, celles-ci sont modifiables en cliquant sur le crayon.

Modification des données 🖍

Informations administratives	
Modifier les informations	
Adresse principale	The contacter
	📞 Téléphone :
	Fax:
	Dertable :
Données administratives :	@ Email administratif :
Activité :	Code NAF : 49.41B
SIRET :	Transports routiers de fret de proximité
TVA intra. :	Date d'adhésion : 01/08/1980
Je souhaite opter pour le prélévement SEPA	Je souhaite déclarer un changement de situation
Vos contacts et adresses	
Responsable de site	Référent portail
Informations diverses	
Modifier les informations	
CSE : Indéfini	Présence de saisonniers : Indéfini

Forme Juridique	SARI	*	Activité		_
Raison Sociale			SIRET		
1 decess			TVA intra.		
Adresse			Code NAF	49.41B Q *	
				Transports routiers de fret de proximité	
Code Postal	14600		Téléphone	*	
Ville	HONFLEUR		Fax		
Pays			Portable		
					_

En cas de modifications, la fenêtre ci-dessus s'ouvre.

Saisir les champs à modifier puis valider.

Changement de situation de l'entreprise

viodifier les informatio	ns						
sse principale			Me contacter				
			C Télephone : Fx: : □ Portable : (2) Email administratif :				
administratives :							
			Code NAF 49.41B				
			Transports routiers de fret de proximité				
:			Date d'adhésion : 01/08/1980				
Je souhaite op	oter pour le prélèv	vement SEPA	Je souhaite déclarer un changement de situation				
			hΓ				
angemen	t de situa	tion de l'entreprise					
, č							
	Vous sou	uhaitez radier définitiveme	at ou suspendre temporairement votre contrat :				
	1045 500		a ou suspendre temporarement voire contrat :				
	Vous n'emplo	oyez plus de personnel à titre	◯ définitif ◯ temporaire à partir de :				
	Vous avez céo	dé votre entreprise	Date de cession :				
	Vous avez céo Coordonnées	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u>	dé votre entreprise s <u>du successeur :</u>	Date de cession :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom :	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession :				
	Vous avez céc <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse :	dé votre entreprise s <u>du successeur :</u>	Date de cession : Prénom : Téléphone :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom : Adresse :	dé votre entreprise s <u>du successeur :</u>	Date de cession :				
	Vous avez céo <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse :	dé votre entreprise	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom : Adresse :	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession :				
	Vous avez céc <u>Coordonnée</u> : Nom : Adresse :	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession :				
	Vous avez céé <u>Coordonnée</u> : Nom : Adresse : Vous avez ces	dé votre entreprise s <u>du successeur :</u>	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Ville : Date de cessation :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom : Adresse : Vous avez ces	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Ville : Date de cessation :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom : Adresse : Vous avez ces Vous étes en l	dé votre entreprise s du successeur : s du successeur : ssé votre activité lomidation indiciaire	Date de cession :				
	Vous avez céc <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse : Vous avez ces Vous êtes en l	dé votre entreprise s du successeur : asé votre activité liquidation judiciaire	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Code postal : Date de cessation : Date de liquidation :				
	Vous avez céc <u>Coordonnées</u> Nom : Adresse : Vous avez cet Vous êtes en l	dé votre entreprise s <u>du successeur :</u> ssé votre activité liquidation judiciaire	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Quille : Date de cessation : Date de liquidation :				
	Vous avez cét <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse : Vous avez cet Vous êtes en I Vous êtes en n	dé votre entreprise s du successeur :	Date de cession : Prénom : Teléphone : Code postal : Ville : Date de cessation : Date de cessation : Date de liquidation : Date de redressement:				
	Vous avez cét <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse : Vous avez cet Vous êtes en I Vous êtes en sen	dé votre entreprise s du successeur : seé votre activité liquidation judiciaire redressement judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Teléphone : Code postal : Quille : Date de cessation : Date de liquidation : Date de redressement:				
	Vous avez cét <u>Coordonnéer</u> Nom : Adresse : Vous avez cer Vous êtes en 1 Vous êtes en n <u>Coordonnéer</u> Nom :	dé votre entreprise s du successeur : s du successeur : asé votre activité liquidation judiciaire redressement judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Teléphone : Code postal : Code postal : Date de cessation : Date de cessation : Date de liquidation : Date de redressement:				
	Vous avez cei <u>Coordonnéer</u> Nom : Adresse : Vous avez cei Vous êtes en l <u>Vous êtes en s</u> <u>Coordonnéer</u> Nom :	dé votre entreprise s du successeur : s du successeur : ssé votre activité liquidation judiciaire redressement judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Ville : Date de cessation : Date de cessation : Date de redressement: Prénom :				
	Vous avez cét Coordonnée: Nom : Adresse : Vous avez cet Vous êtes en 1 Coordonnée: Nom : Adresse :	dé votre entreprise s du successeur : s du successeur : ssé votre activité liquidation judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Code postal : Ville : Date de cessation : Date de cessation : Date de redressement: Prénom : Téléphone : Téléphone :				
	Vous avez cei <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse : Vous avez cet Vous êtes en I Vous êtes en sen <u>Coordonnée</u> Nom : Adresse :	dé votre entreprise s du successeur : ssé votre activité liquidation judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Teléphone : Code postal : Date de cessation : Date de liquidation : Date de redressement: Prénom : Teléphone : Code postal :				
	Vous avez cei <u>Coordonnée</u> : Nom : Adresse : Vous avez cer Vous êtes en I Vous êtes en se <u>Coordonnée</u> : Nom : Adresse :	dé votre entreprise s du successeur : s du successeur : seé votre activité liquidation judiciaire redressement judiciaire s du représentant créancier :	Date de cession : Prénom : Téléphone : Code postal : Date de cessation : Date de liquidation : Date de redressement: Prénom : Téléphone : Code postal : Date de redressement: Code postal : Date de redressement:				

En cas de fermeture de l'entreprise, cliquez sur "**Je** souhaite déclarer un changement de situation", complétez le formulaire puis validez.

La fenêtre s'ouvre.

Remplir les champs qui vous concernent puis validez.

Mise en place du prélèvement automatique (SEPA)

Informations administratives	
Modifier les informations	
Adresse principale	Me contacter
	📞 Téléphone :
	Fax :
	Dertable :
Données administratives :	(D) Email administratif :
Activité :	Code NAF : 49.41B
SIRET :	Transports routiers de fret de proximité
TVA intra. :	Date d'adhésion : 01/08/1980
Je souhaite opter pour le prélévement SEPA	Je souhaite déclarer un changement de situation

Sur votre fiche « Vos informations », cliquez sur le bouton

	Je souhaite opter pour le prélèvement SEPA
IBAN :	
BIC :	
Email :	

Je souhaite opter pour le prélèvement SEPA

Complétez ensuite vos informations bancaires et cliquez sur valider.



Pour plus d'informations, reportez-vous au Mémo <u>Portail adhérent. Mise en place du</u> <u>prélèvement automatique (SEPA)</u> disponible sur notre site internet <u>www.mistnormandie.fr</u> rubrique Documentation > puis Portail adhérents MIST Normandie.

4 - Déclarer une modification de l'effectif de mon entreprise : Vos salariés



Liste	salariés												
	<u>Ajouter un salarié</u>	Ū	Sortir un salarié	X	Exporter la liste	Ð	Imprimer la liste	0	Contrôl	er la liste			
4		4						5	ans code PO	CS			
3 -								s	sans poste de	e travail			
2 -				- al	Effectifs suivis			s	ans numéro	de sécurité sociale			
1													
•		SIR											
			L	R	т		Tous	Rech	hercher :				Q
Aff	icher le détail des salar	riés											
O ⁷	né((e) le 12/0	7/1985 (SIR)								Ø	•	
Ŷ	e) 1	e 12/04/19	987 (SIR)								ø	•	
O"	né((e) le 01/0	7/1966 (SIR)								ø	•	
O"	le 0	1/01/2000	(SIR)								- II 🖉	•	

Vous pouvez vous référer à la légende de couleurs :

- En orange : les salariés déclarés sans code PCS (PCS ESE : Catégories socioprofessionnelles : information que l'on trouve dans la DADS ou sur le site de l'INSEE <u>www.insee.fr</u>)
- En rose : les salariés déclarés sans poste de travail
- En violet : les salariés déclarés dans numéro de sécurité sociale
- En vert : les salariés arrivés récemment (lorsque vous ajoutez un salarié)
- En rouge : les salariés qui ont quittés l'entreprise (lorsque vous supprimez un salarié)

Pour modifier les informations d'un salarié, cliquez sur son nom.



Toutes modifications, ajouts, suppressions effectués seront visibles sur le portail adhérent le lendemain matin.

Déclarer l'embauche d'un salarié

Cliquez sur « Ajouter un salarié ».

Ajout d'un nouveau salarié			
Situation civile :			La fenetre s'ouvre.
Nom de naissance : * Préson : * N* sécurité sociale :	Nom marital : Date de nainance : *	Sens: @Homme OFomme	Complétez à minima :
Situation dans l'entreprise : Date d'embasche : • Centrat : • • Choisir un contrat Date de fin de période d'estai : Date de fin de contrat : Situarina sur de suppleyeux : Patermina sur des Inderional -	Potto de travall : * Code PCS *	Q	 ✓ Le nom de naissance ✓ Le prénom ✓ La date de naissance
Aucon suri particulter poor ce salarié (AUNT) Moins de 15 aus au affectés à revues réglementés (AUNT) Salarié exposé a l'ansante (CAUN) Salarié exposé a CABR (CAUN) Salarié exposé a CABR (CAUN) Salarié exposé au CABR (CAUN) Salarié exposé au cingue hyperhane (AUNT) Salarié exposé au cingue de chuné de (AUNT) Salarié de chuné de (AUNT) Salari	Teriefs ans travusz. (AE2) Sakaté ezgoé aza agenta biologiques group 2 (C4B) Raynamente insianta satégorie B mohaite de sertion (E1E5) Fabricio debringen Installation (CNV) Tahlaire effuence i ar plomb (NV) Sahaié espoé az plomb (CNV) Cammentaleció) : Commentaleció) :	(AB14) Salaré esposé ans agenti hicólogiques pathogienes groupes 3 et 4 (AB23 et 4). (CEAD) Salaré esposé ans champs électromagnépon ai VLE diques venies (PB2) Feame meniemi, adianate ou venant é sociosalit (AAM3) Salaré esposé a manimetarion mannelle, por de champs = 53 gg (4541.8) (TE) Tavailleur handropé	 ✓ La date d'embauche ✓ Le contrat de travail ✓ Le poste de travail ✓ Le code PCS (PCS - ESE : Catégories socioprofessionnelles : information que l'on trouve dans la DADS ou sur le site de l'INSEE www.insee.fr)
* champs obligatoires	Annuler Whiter	ě	✓ Le suivi de santé

Focus sur les multi-employeurs

Si vous embauchez des salariés en multi-emplois au sein de votre société :

 retrouvez la liste des Codes PCS (PCS - ESE : catégories socioprofessionnelle)sur votre déclaration sociale nominative ou sur le site <u>www.insee.fr</u>, rubrique Nomenclatures.



cochez la case « Salarié multi-employeurs » sur la fiche du/des salarié(s) :

Ajout d'un nouveau s	salarié				
Situation civile :					
Nom de naissance : *		Nom marital :			
Prénom : *		Date de naissance :	*	Sexe: Homme	emme
N° sécurité sociale :					
Situation dans l'entreprise :					
Date d'embauche : *		Poste de travail :	*		
Contrat : *	Choisir un contrat 🗸	Code PCS	*	Q	
Date de fin de période d'essai :	Date de fin de contrat :				1.
Salarié multi-employeurs					

Après validation, le salarié apparaît en vert dans la liste de l'effectif de l'entreprise.



Sortir un salarié de l'effectif

Sortie du salarié : LAURENT						
Date de début de contrat :	27/02/2003					
Date de sortie :	17/10/2023					
Motif :						
Annuler	Valider					

Cliquez sur le bouton « Sortir un salarié » ou l'icône 🕩 en face du salarié.

Une fenêtre s'ouvre.

Sélectionnez le salarié concerné dans la liste déroulante puis inscrire une date de sortie.

Après validation, la date de sortie apparait en rouge pour ce salarié.



Rectifier une erreur

En cas d'erreur, vous pouvez réintégrer un salarié que vous venez de sortir de l'effectif en cliquant sur l'cône

Afficher le détail de	s salariés		
Ŷ) né(e) le 30/03/1993 (SIS)	/	<u> </u>
O ⁷	e) le 12/07/1985 (SIR) Ce salarié ne fait plus partie de votre établissement à compter du : 17/10/2023.	•	
Ŷ	(e) le 12/04/1987 (SIR)	<i>(</i>)	t)
O ⁷	`né(e) le 01/07/1966 (SIR)	A	•
O ⁷	le 01/01/2000 (SIR)	Ø	•

Cette manipulation est possible jusqu'à ce que la secrétaire médicoadministrative traite l'information. Si la modification intervient **après** l'intégration de la modification par la secrétaire médico-administrative, votre rectification ne sera pas prise en compte.

5 - Consulter mes factures : Vos factures

COTISATIONS

COTISATIONS

COTISATIONS

Date d'exigibilité

REGULARISATION

3022705

3000402

C421007

C414813

Mon échéancier

 \mathbf{N}^{o}

03/03/2022

19/04/2021

17/11/2020

13/03/2020

Date d'émission



F

F

F

F

Type de pièce

740.40€

856.80€

28,50€

726,00€

Débit

0,00€

Solde

Année 2022

Année 2021

Octobre 2020

Année 2020

Crédit

0,00€

0,00€

ľ

È

È

Période

b

۲

۲

۲

6 - Mes échanges avec mon service de santé au travail : Vos contacts



Cette partie regroupe les coordonnées de vos interlocuteurs privilégiés :

- → Standard téléphonique
- → Chargée des relations adhérents
- → Service comptabilité
- → Médecin du travail
- → Secrétariat médico-administratif

Centre de visite	Equipe pluridisciplinaire
Adresse : MIST NORMANDIE PONT L'EVEQUE 105_21 RUE LAPLACE PARC D'ACTIVITES LAUNAY 14130 PONT L'EVEQUE	الله Médecin Secrétaire (۲)
Téléphone : 02.31.46.26.60 Fax : 02.31.47.50.23	A IDEST
Equipe Administrative	
<section-header> State Description: Description: Description</section-header>	<complex-block></complex-block>

7 - Les rendez-vous que j'ai demandés : Vos rendez-vous



Vous pouvez consulter la liste des rendez-vous **que vous avez** demandés.

Demander un rendez-vous

Cliquez sur l'icône pour demander **une visite de reprise**.

Vous sounaitez prenare un renaez-vous poi NOM / PRENOM : VI Pour le motif suivant : REPRISE / Pour la fonction suivante : Cl	r : RGINIE APRES MALADIE			~	
Pour le motif suivant : REPRISE / Pour la fonction suivante : CI	APRES MALADIE				
Pour la fonction suivante : Cl				~	Une fenêtre s'ouvre.
Contraintes de convocation (sous réserve de disponibilités du service) Si vous souhaitez recevoir la réponse à votre (Une copie de votre demande de rendez-vous v	HEF DE PROJET INF(lemande sur une adress ous y sera adressée. Vo	DRMATIQUE se mail spécifique, mer sus pouvez spécifier pl	ci de la saisir ci-dessous, usieurs adresses en les sépai	rant par un ;	Remplir les champs demandés puis valider Un e-mail est envoyé à
					votre secrétaire médico-administrative
Date de reprise :		18/10/2023 *			
Date du début de l'arrêt de travail initial :		18/09/2023			

Pour toute question, vous pouvez nous contacter au

02 31 46 26 60