

PHARMACIE D'OFFICINE

Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS) Dispositif « Coups Durs - Maladie Grave »

Le dépôt d'un formulaire ne vaut pas acceptation immédiate de la demande d'aide au titre du dispositif.

COMMENT BÉNÉFICIER DE REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DU DISPOSITIF COUPS DURS ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif « Coups Durs – Maladie grave », votre demande doit répondre aux conditions fixées par votre demande doit répondre aux conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche de la Pharmacie d'Officine dont vous reconnaissez avoir pris connaissance¹.

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

ou par mail :

hds@apgis.com

Si votre demande d'aide contient des **données de santé**, vous devez adresser votre demande **sous pli confidentiel** à **Apgis Solidarité** à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Si vous remplissez les critères d'éligibilité, vous recevrez par courrier ou par mail un **numéro de dossier** à conserver pour effectuer votre demande de remboursement.

Le bénéficiaire du dispositif « Coups Durs - Maladie Grave » ou son représentant légal doit transmettre **les justificatifs des dépenses engagées précisant la nature de la dépense, la date et le lieu de la prestation et le montant payé**, en nous indiquant le numéro de dossier communiqué.

Le paiement des prestations engagées sera effectué par **virement** sur le compte bancaire de l'assuré bénéficiaire majeur ou de son représentant légal en cas de minorité.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou mail d'information vous précisant les raisons du rejet.

Pour toute information, vous pouvez nous contacter au **01.49.57.45.30** ou par mail à l'adresse suivante : hds@apgis.com.

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE ET COCHER LES CASES APPROPRIÉES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ.

¹ Les conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche de la Pharmacie d'Officine peuvent être consultées sur le site internet de l'Apgis ou vous être adressées sur demande..

1. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE / A L'ANCIEN SALARIE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (telles que définies par les conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche)

Titre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal :Ville :

Numéro de téléphone :

Email :

Actif Ancien salarié

Raison sociale de la pharmacie d'officine :

Adresse :

Code Postal :Ville :

- 1^{ère} demande de dispositif
- Renouvellement dispositif en cas de poly-pathologie
- Nouveau dispositif pour nouvelle pathologie déclarée en moins de 12 mois

• Merci de joindre le certificat médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'Appgis Solidarité.

2. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

Important : la personne atteinte d'une maladie grave doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens des conditions d'éligibilité au fonds social HDS fixées par les partenaires sociaux de la branche. A compléter uniquement si le bénéficiaire est différent du salarié ou de l'ancien salarié précisé en section 1.

Titre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal :Ville :

Numéro de téléphone :

Email :

Lien de parenté avec le salarié / ancien salarié : Conjoint (marié, pacsé, concubin) Enfant

Nom et Prénom du Représentant légal (si nécessaire) :

- 1^{ère} demande de dispositif
- Renouvellement dispositif en cas de poly-pathologie
- Nouveau dispositif pour nouvelle pathologie déclarée en moins de 12 mois

- **Merci de joindre le certificat médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil service médical d'Appis Solidarité.**

3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON REMBOURSEMENT DES FRAIS PAR AILLEURS

Je soussigné(e) : Mme Mr..... atteste sur l'honneur que les factures de prestations engagées qui sont/seront adressées au Service APGIS Solidarité pour remboursement dans le cadre du dispositif HDS (sous réserve d'acceptation), ne font/feront pas l'objet de remboursement par tout autre organisme par ailleurs.

RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE :

- Le bulletin de paie ou l'attestation employeur ou le certificat d'affiliation au régime de santé précisant le nom de l'employeur.
- Le certificat Médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'Appis solidarité.
- La copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime (si la demande concerne un ayant droit).
- Le justificatif de vie commune aux deux noms et prénoms (quittance au choix : loyer, EDF, Eau) pour le bénéficiaire vivant en concubinage ou copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public si ce dernier est pacsé.
- Le/ les justificatifs des dépenses engagées libellé(s) au nom et prénom du bénéficiaire ou de son représentant légal en cas de minorité.
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- Le présent formulaire rempli dans son intégralité daté, signé et précédé de la mention « lu et approuvé ».

Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies.

4. PROTECTION DES DONNEES

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'étude, l'exécution et la gestion de la demande du Bénéficiaire au titre du dispositif Coups durs-Maladie grave.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du Bénéficiaire présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette demande.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

Destinataires des données à caractère personnel

Les données du Bénéficiaire sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Ces données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

Elles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants.

Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Bénéficiaire sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

Les droits des Bénéficiaires

Le Bénéficiaire dispose d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Il dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la

portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Il peut à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Le Bénéficiaire peut exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

⇒ Par mail : dpo@apgis.com

ou

⇒ Par courrier à :

APGIS – cellule Protection des données personnelles
12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

L'APGIS dispose d'un délai d'un mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux mois.

Il peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Il peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Bénéficiaire est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

J'atteste sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse je serai passible de poursuites.

**Date et Signature du bénéficiaire ou
de son représentant légal –
précédées de la mention « Lu et
Approuvé »**

PHARMACIE D'OFFICINE

Certificat médical HDS – Dispositif Coups durs - Maladie grave à remplir par le médecin

Certificat à adresser sous pli confidentiel à :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

Je soussigné Dr....., docteur en médecine,

● certifie que Madame Monsieur.....

Adresse :

Date de naissance : est atteint(e)

D'une pathologie non stabilisée De plusieurs pathologies non stabilisées
figurant dans la liste ci-dessous ¹

- | | |
|--|---|
| * Hémopathies, | * Accident vasculaire cérébral invalidant, |
| * Insuffisance hépatique sévère, | * Cancer, |
| * Diabète insulino-instable, | * Démence sénile (Alzheimer...), |
| * Myopathie, | * Infarctus ou pathologie cardiaque
invalidante, |
| * Insuffisance respiratoire instable, | * Parkinson non équilibré, |
| * Mucoviscidose, | * Insuffisance rénale dialysée décompensée, |
| * Polyarthrite rhumatoïde évolutive, | * Suite de transplantation d'organe, |
| * Epilepsie, | * Sclérose en plaques, |
| * Paraplégie traumatique et non
traumatique, | * Virus de l'immunodéficience humaine
(VIH), |
| * Tétraplégie traumatique et non
traumatique. | * Maladies orphelines. |
| * Sclérose latérale amyotrophique, | |

Certifie que l'une des pathologies ci-dessus a été diagnostiquée depuis moins de 12 mois

Certificat établi à : le

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour usage conforme à la loi.

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

¹ Cocher au choix, la case correspondante.

I.C - PACK « COUP DUR MALADIE GRAVE »

Objet	Aide financière en cas de maladie grave
Période de validité	A compter du 1 ^{er} janvier 2023
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none">- les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ;- les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes :<ul style="list-style-type: none">* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;- les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none">1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur : date de la demande du « pack Coup dur maladie grave » (cf. définitions des maladies graves).2- l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ;4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack « Coup dur maladie grave » ;5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack « Coup dur maladie grave » pendant la période de validité du pack pour la maladie grave.
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même maladie ne peut ouvrir droit qu'à un seul pack « maladie grave ». Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide après épuisement de son forfait au titre du pack « Coup dur maladie grave », il doit formuler une demande au titre du fonds social.</p> <p>En cas de polypathologie lors de la première demande, le médecin devra attester sur le formulaire prévu à cet effet (certificat médical HDS) que le bénéficiaire souffre</p>

	<p>de plusieurs maladies graves. Le bénéficiaire pourra alors demander un renouvellement du pack maladie grave après épuisement de son forfait si le dispositif « pack Coup dur maladie grave » est toujours en vigueur à la date de la demande de renouvellement (dans la limite d'un renouvellement).</p> <p>En cas de nouvelle maladie grave diagnostiquée postérieurement à la première demande, le médecin devra attester sur le formulaire prévu à cet effet (certificat médical HDS) que le bénéficiaire souffre d'une nouvelle maladie grave diagnostiquée depuis moins de 12 mois.</p> <p>Dans les cas non prévus ci-avant, le bénéficiaire pourra formuler une demande au titre du fonds social.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui précèdent et/ou qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave, sans pouvoir être antérieure à la date de début de la 1^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack « Coup dur maladie grave » (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack « Coup dur maladie grave » et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack « Coups durs maladies graves »

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack « Coup dur maladie grave » (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de la demande d'aide.

Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave sans pouvoir être antérieure à la date de début de la 1 ^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accident vasculaire cérébral invalidant ; - cancer ; - démence sénile (Alzheimer...) ; - infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ; - hémopathies ; - insuffisance hépatique sévère ; - diabète insulino-instable ; - myopathie ; - insuffisance respiratoire instable ; - parkinson non équilibré ; - mucoviscidose ; - insuffisance rénale dialysée décompensée ; - suite de transplantation d'organe ; - paraplégie non traumatique ; - polyarthrite rhumatoïde évolutive ; - sclérose en plaques ; - sclérose latérale amyotrophique ; - virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - épilepsie ; - paraplégie traumatique ; - tétraplégie traumatique et non traumatique. <p>L'existence de la maladie grave doit être établie par un certificat médical rempli par le médecin traitant du demandeur (certificat HDS Maladie grave) et adressé sous pli confidentiel au service médical de l'APGIS à l'attention du médecin conseil.</p> <p>Le certificat médical ne sera pas conservé après traitement de la demande. L'information stockée sera uniquement celle précisant si le bénéficiaire bénéficie ou non d'un Pack « Coup dur maladie grave » pour une ou pour plusieurs maladies graves.</p>

TABLEAU COMMUN AUX PACKS COUPS DURS DECES, HOSPITALISATION ET MALADIE GRAVE

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre des Packs « Coups durs » et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Pack Décès	Pack Hospitalisation	Pack Maladie grave	Plafond
Garde d'enfants	les enfants du bénéficiaire	X	x	x	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		X	x	x	22 € / h
Garde des ascendants	les ascendants du bénéficiaire	X	x	x	22 € / h
Aide ménagère	le bénéficiaire	-	x	x	22 € / h
Garde-malade		-	x	x	22 € / h
Livraison de courses		-	x	x	25 € / livraison
Portage de repas		-	x	x	
Livraison de médicaments		-	x	x	
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aide et accompagnement du bénéficiaire pour favoriser la guérison et prévenir les rechutes.	-	x	x	250 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	X	x	x	Frais réels dans la limite de 25€ par course
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	-	x	x	350 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	-	x	x	50 € / bilan 30 €/consultation de suivi
Bilan social	Bilan permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire afin de le guider dans les mesures pouvant être mise en œuvre pour l'aider.	X	x	x	145 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	X	x	x	300 € / bilan
Suivi psychologique	le bénéficiaire	X	x	x	45 € / consultation

Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact du coup dur sur la vie quotidienne du bénéficiaire et actions à mettre en œuvre pour l'aider à y faire face / points d'échanges réguliers avec le coach/bilan.	X	x	x	200 € / coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	-	x	x	350 € / dossier

Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de formuler une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social)