apgis Institution de Prévoyance

12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex

# PHARMACIE D'OFFICINE

## Formulaire d'éligibilité - Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS)
## Dispositif Coups Durs – Hospitalisation

**COMMENT BENEFICIER DE REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS DANS LE CADRE DU DISPOSITIF COUPS DURS ?**

⇨ **Pour le Dispositif Coups Durs, en cas d'hospitalisation, la demande sera à transmettre au plus tard le quinzième jour suivant la date de fin d'hospitalisation.**

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**

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.

Il conviendra de nous transmettre les justificatifs des dépenses engagées en nous indiquant le numéro de dossier communiqué. La personne hospitalisée 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 ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs**.

Le paiement sera effectué par **chèque** auprès de la personne ayant engagé les frais.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou mail d'information vous notifiant de la décision.

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

**Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif Coups Durs – Hospitalisation, votre demande doit répondre aux conditions fixées par le Règlement du fonds HDS de la pharmacie d'officine dont vous reconnaissez avoir pris connaissance[1].**

**MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE ET COCHER LES CASES APPROPRIEES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRE DE SOLIDARITE.**

[1] *Le Règlement du fonds HDS de la pharmacie d'officine peut être consulté sur le site internet de l'Apgis ou vous être adressé sur demande.*

## 1. INFORMATIONS RELATIVES SALARIE / A L'ANCIEN SALARIE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

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 : ……

- **Pour les salariés / anciens salariés non couverts par l'Apgis, merci de joindre le bulletin de paie ou l'attestation employeur ou le certificat d'affiliation au régime de santé précisant le nom de l'employeur.**

## 2. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

*Important : la personne hospitalisée doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens du règlement. A compléter si le bénéficiaire est différent du salarié ou de l'ancien salarié de la pharmacie d'officine 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) : ……

- **Merci de joindre le bulletin d'hospitalisation adressé <u>sous pli confidentiel à l'attention du service médical d'Apgis solidarité.</u>**
- **Pour les salariés / anciens salariés non couverts par l'Apgis, merci de joindre la copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime.**

## 3. PROTECTION DES DONNEES

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.

Je déclare avoir été informé(e) et consentir au fait que mes données personnelles sont utilisées pour l'étude et la gestion de ma demande au titre du Dispositif Coups Durs mis en place dans le cadre du fonds « Haut degré de solidarité » mis en place par la branche de la pharmacie d'officine.

Les données sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Vos 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.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données recueillies seront conservées le temps nécessaire à la gestion et l'analyse de ma demande d'aide et jusqu'à ce que les délais de fourniture des justificatifs soient dépassés.

Je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'effacement, d'opposition de limitation et de portabilité, en m'adressant à :

APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, Vous disposez par ailleurs de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

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

**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 bulletin d'hospitalisation adressé <u>sous pli confidentiel à l'attention du service médical d'Apgis Solidarité.</u>**
- ☐ **La copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime.**
- ☐ **Une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs.**
- ☐ **Le présent formulaire rempli dans son intégralité daté et 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.*

apgis

# PHARMACIE D'OFFICINE

## Règlement HDS - Dispositif Coups Durs

| | |
|---|---|
| Objet | Aide financière en cas de « coups durs » : maladie grave, décès d'un membre de la famille, hospitalisation d'au moins 5 jours continus. |
| Période de validité du Dispositif Coups durs | Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine). |
| Bénéficiaires | Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :<br>- 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 ;<br>- les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine pour bénéficier d'un maintien gratuit ou payant au titre du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ;<br>- 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) | 1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur :<br>- date du décès d'un membre de la famille ;<br>- date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus ;<br>- date de la demande en cas de maladie grave (cf. définitions des maladies graves).<br>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 ;<br>3 - le bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ;<br>4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Dispositif « Coups durs » ;<br>5 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Dispositif « Coups durs » :<br>- dans les 3 mois qui suivent le décès ;<br>- dans les 15 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation ;<br>- pendant la période de validité du Dispositif pour la maladie grave. |
| Montant de l'aide | Montant maximum de l'aide = 750€ versé sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS ; le plafond de 750€ s'applique:<br>- par décès d'un membre de la famille ;<br>- pour une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 5 jours continus sur une période de 12 mois sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1ère hospitalisation ;<br>- pour une ou plusieurs maladies graves. |
| Dépenses remboursables (conditions cumulatives) | a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;<br>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire :<br>- dans les 12 mois qui suivent la date du décès ;<br>- dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ;<br>- 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 au 1er janvier 2018.<br>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Dispositif « Coups durs » (voir liste ci-après) ;<br>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...) ;<br>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. |
| Montant remboursé | Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant total de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Dispositif coups durs et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.<br>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois. |

apgis

# PHARMACIE D'OFFICINE

## Règlement HDS - Dispositif Coups Durs

**Définitions utiles au titre du Dispositif coups durs**

| | |
|---|---|
| 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 Dispositif « Coups durs » (date du courriel ou date du cachet de la poste). |
| Date du fait générateur (date de survenance) | - Date du décès d'un membre de la famille ;<br>- Date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus ;<br>- Date de la demande d'aide en cas de maladie grave. |
| Période éligible au remboursement | En cas de décès: Les 12 mois qui suivent la date du décès.<br>En cas d'hospitalisation : les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation.<br>En cas de maladie grave : les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave sans pouvoir être antérieures au 1er janvier 2018. |
| Organisme compétent pour délivrer la prestation | APGIS. |
| Membres de la famille pour l'aide en cas de décès | - Conjoint du Bénéficiaire, concubin et partenaire de PACS ;<br>- Enfant du Bénéficiaire ou de son conjoint / concubin / partenaire de PACS (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant) ;<br>- Ascendants directs du Bénéficiaire. |
| hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide | Hospitalisation d'au moins 5 jours continus.<br>Toute nouvelle hospitalisation ayant débuté moins de 12 mois après une hospitalisation ayant ouvert droit à l'aide ne donne pas droit à un nouveau Dispositif. |
| Définition des maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide | Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :<br>• accident vasculaire cérébral invalidant ;<br>• cancer ;<br>• démence sénile (Alzheimer…) ;<br>• infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ;<br>• hémopathies ;<br>• insuffisance hépatique sévère ;<br>• diabète insulino-instable ;<br>• myopathie ;<br>• insuffisance respiratoire instable ;<br>• parkinson non équilibré ;<br>• mucoviscidose ;<br>• insuffisance rénale dyalisée décompensée ;<br>• suite de transplantation d'organe ;<br>• paraplégie non traumatique ;<br>• polyarthrite rhumatoïde évolutive ;<br>• sclérose en plaques ;<br>• sclérose latérale amyotrophique ;<br>• virus de l'immunodéficience humaine (VIH).<br>La liste ci-dessus pourra être mise à jour sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.<br>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.<br>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 Dispositif « Coups durs » au titre d'une maladie grave. |

apgis

# PHARMACIE D'OFFICINE

## Règlement HDS - Dispositif Coups Durs

**Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Dispositif coups durs et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)**

| Nature des actions | Précisions sur la / les personnes concernées par l'action | Décès | Hospitalisation | 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, aides et accompagnement du **Bénéficiaire** dans favoriser la guérison et prévenir les rechutes. | | x | x | 250 € |
| Frais de transport | Pour les déplacements du **Bénéficiaire ou d'un membre de la famille** venant aider le 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<br>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 € / h |
| 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 | Pour **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) | | | | | |