

PHARMACIE D'OFFICINE

Formulaire d'éligibilité - Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS) Pack Prévention

COMMENT BENEFICIER DE REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS DANS LE CADRE DU PACK PREVENTION ?

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

Appgis 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 **Appgis Solidarité** à l'adresse suivante :

Appgis 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. Le bénéficiaire du Pack Prévention 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 ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs**. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 12 mois après la date de réalisation de la prestation.

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**.

L'attribution d'une aide au titre du fonds HDS devra être examinée et validée par le Service Appgis Solidarité. A ce titre, la demande devra répondre aux conditions d'attribution et de preuve fixées par le Règlement, et approuvées par la Commission Paritaire Nationale de la pharmacie d'officine et dont les conditions sont reproduites ci-dessous.

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 DEGRE DE SOLIDARITE.

1. INFORMATIONS RELATIVES AU 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 : le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens du règlement. A compléter uniquement 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 majeur

Nom et prénom du représentant légal si nécessaire :

- 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.
- Merci de joindre la facture de la prestation ainsi que le décompte de la mutuelle en cas remboursement des frais par le régime santé.

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 et consentir au fait que mes données personnelles soient utilisées pour l'étude et la gestion de ma demande au titre du Pack Prévention mis en place par la branche de la pharmacie d'officine au titre du Haut Degré de Solidarité (HDS).

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.
- La copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime.
- La facture de la prestation ainsi que le décompte de la mutuelle en cas de remboursement des frais par le régime santé.
- Une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs.
- La présente déclaration signée et datée et précédée de la mention « lu et approuvée ».

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

