apgis Institution de Prévoyance

12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex

PHARMACIE D'OFFICINE

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

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

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. Le bénéficiaire du Dispositif 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**.

Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif Prévention, votre demande doit répondre aux conditions fixées par le règlement du fonds HDS de l'Industrie Pharmaceutique dont vous reconnaissez avoir pris connaissance1.

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 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

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 Dispositif 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.

apgis

PHARMACIE D'OFFICINE

Règlement HDS - Dispositif Prévention

Objet	Remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies.
Période de validité du Dispositif Prévention	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 : - 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 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 ; - 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 de la demande de remboursement ; 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 adresser ses demandes de remboursement à l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et à 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.
Prestations de prévention	Vaccins non remboursés : 50€ par année civile et par bénéficiaire.
	Tests de dépistage : 150€ par année civile et par bénéficiaire.
	Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a - Dépenses exposées par le Bénéficiaire et non remboursées par ailleurs. b - La prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du Dispositif prévention. c - Le Bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées dans un délai maximum de 1 ans après la date de réalisation de la prestation.
Montant remboursé	Montant de la dépense exposée dans le respect du plafond en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Dispositif « Prévention » et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du Dispositif prévention

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par l'Annexe IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date à laquelle les frais ont été exposés (date d'achat / date du dépistage…).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack « Prévention » (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.