CONDITIONS D'ELIGIBILITE
AU FONDS SOCIAL HDS
FIXEES PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX
DE LA BRANCHE AU 1er JANVIER 2026

JANVIER 2026

Annexe à l'avenant du 13 octobre 2025 à l'acc l'accord du 16 janvier 2023 relatif aux garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Fonds haut degré de solidarité de la pharmacie d'officine

Règlement au 1er janvier 2026

L'accord collectif national du 16 janvier 2023 prévoit la définition de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

À cet effet, l'article 1er « Degré élevé de solidarité de la pharmacie d'officine » de cet accord organise un fonds mutualisé, appelé fonds HDS de la pharmacie d'officine, relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale. La gestion de ce fonds est confiée exclusivement à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes obligatoires de prévoyance et aux régimes obligatoires frais de soins de santé visés à l'annexe IV de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

Les garanties du fonds HDS de la pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la pharmacie d'officine. Elles comprennent, à compter du 1er janvier 2026, les actions suivantes :

I. Packs « Coups durs » : accompagnement à la suite d'un décès (pack « Coup dur décès »), d'une hospitalisation d'au moins 4 jours continus (pack « Coup dur hospitalisation ») ou d'une maladie grave (pack « Coup dur maladie grave ») ;

II. Pack « Aidant » : aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance ;

III. Pack « Prévention » : remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale mais non remboursées par la sécurité sociale et des tests de dépistage non remboursés par la sécurité sociale pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régimes conventionnels visés à l'annexe IV précitée ;

IV. Fonds social de la pharmacie d'officine :

IV.A. Fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la CPPNI de la pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la sous-commission « Prévoyance » ;

IV.B. Prise en charge d'une partie des cotisations « Frais de soins de santé » des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation ;

IV.C. Prise en charge, sous conditions de ressources, d'une partie des cotisations « Frais de soins de santé » des anciens salariés retraités et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, qui adhèrent au régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ;

IV.D. Prise en charge d'une partie des cotisations « Frais de soins de santé » des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation ;

V. Actions de prévention : une ligne d'accompagnement psychologique – Empreinte Humaine (à compter du 1er octobre 2026) ainsi que la prévention des TMS – NEO FORMA (à compter du 1er octobre 2026).

Le présent document précise les actions (I à IV) mises en œuvre, leur date d'effet et les conditions pour en bénéficier.

En complément des actions individuelles détaillées ci-après, le fonds HDS de la pharmacie d'officine finance également une action de prévention collective pour favoriser la vaccination antigrippale. Le montant forfaitaire versé par salarié vacciné par l'officine est précisé chaque année par la CPPNI de la pharmacie d'officine.

I. Packs « Coups durs »

I.A. Pack « Coup dur décès »

Objet	Aide financière en cas de décès d'un membre de la famille.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.
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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 au régime de frais de soins de santé ; • les anciens salariés concernés sont ceux : o dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; o dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; o et qui remplissent l'une des conditions suivantes : ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 de frais de soins 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 de frais de soins 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 définie ci-après : date du décès d'un membre de la famille ; 2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend 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 décès » ; 5. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du pack « Coup dur décès » dans les 6 mois qui suivent le décès.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Le plafond de 750 € s'applique par décès d'un membre de la famille ou en cas de décès du salarié.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ; b) La prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date du décès ; c)La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du pack « Coup dur décès » (voir liste ci-après) ; 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...) Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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 frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine.
Montant remboursé	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 décès » 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 pack « Coup dur décès »

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins 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 décès » (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.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date du décès.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Membres de la famille dont le décès ouvre droit à l'aide en cas de décès	Conjoint du bénéficiaire, concubin et partenaire de Pacs. Enfants du bénéficiaire ou de son conjoint/concubin/partenaire de Pacs (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant). Ascendants directs du bénéficiaire.

I.B. Pack « Coup dur hospitalisation »

Objet	Aide financière en cas d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026

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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 au régime de frais de soins de santé ;
	• les anciens salariés concernés sont ceux :
	  ○ dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ;
	  ○ dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et 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 :
	  ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 soins 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 soins 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 définie ci-après : date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus ;

	2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend 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 hospitalisation » ; 5. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du pack « Coup dur hospitalisation » dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Le plafond de 750 € s'applique pour une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 4 jours continus chacune, sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1re hospitalisation.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ; b) La prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ; c) La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du pack « Coup dur hospitalisation » (voir liste ci-après) ; 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...) Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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 frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine.
Montant remboursé	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 hospitalisation » 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 pack « Coup dur hospitalisation »

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins 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 hospitalisation » (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	Hospitalisation d'au moins 4 jours continus ; 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 pack.

I.C. Pack « Coup dur maladie grave »

Objet	Aide financière en cas de maladie grave.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.
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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 au régime frais de soins de santé ; • les anciens salariés concernés sont ceux : o dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; o dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; o et qui remplissent l'une des conditions suivantes : ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 soins 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 soins 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 : date de la demande du pack « Coup dur maladie grave » (cf. définitions des maladies graves) ; 2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend 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 (cf. définitions des maladies graves) ; 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	Montant de l'aide = forfait de 750 €, versé en une fois, dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Une même maladie ne peut ouvrir droit qu'à un seul pack « Maladie grave ». Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide au titre du pack « Coup dur maladie grave », il doit formuler une demande au titre du fonds social. 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 de plusieurs maladies graves. Le bénéficiaire pourra alors demander un renouvellement du pack maladie grave au plus tôt un an après l'obtention du premier forfait. En cas de nouvelle maladie grave diagnostiquée postérieurement à la première demande, le bénéficiaire pourra solliciter l'attribution d'un nouveau pack maladie grave au plus tôt un an après la première demande. Dans les cas non prévus ci-avant, le bénéficiaire pourra formuler une demande au titre du fonds social.

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.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.
Maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide	Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous : • accident vasculaire cérébral invalidant ;

	• cancer ; • affection post-Covid-19 (« Covid long ») ; • 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 dyalisée 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 ; • amputation d'un ou de plusieurs membres supérieurs ou inférieurs. 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. 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.

Tableau commun aux packs coups durs décès et hospitalisation

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**	**Plafond**
Garde d'enfants	Les enfants du bénéficiaire	x	x	23 €/h
Accompagnement à l'école/activités extra-scolaires		x	x	23 €/h
Garde des ascendants	Les ascendants du bénéficiaire	x	x	23 €/h

Aide-ménagère	Le bénéficiaire	–	x	23 €/h
Garde-malade		–	x	23 €/h
Livraison de courses		–	x	26 €/livraison
Portage de repas		–	x	
Livraison de médicaments		–	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	265 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	x	x	Frais réels dans la limite du plafond du pack correspondant
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	–	x	370 €/bilan
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	–	x	53 €/bilan 32 €/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	153 €/bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	x	x	317 €/bilan
Suivi psychologique	Le bénéficiaire	x	x	48 €/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	211 €/coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	–	x	370 €/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).				

II. Pack « Aidant »

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.

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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 au régime frais de soins de santé ;
	• les anciens salariés concernés sont ceux :
	  ○ dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ;
	  ○ dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et 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 :
	  ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 soins 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 soins 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, qu'il soit mineur ou majeur, doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ; 2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est aidant d'un enfant handicapé ou d'un proche en situation de perte d'autonomie (l'aidé) pour lequel aucune demande de pack aidant n'a été acceptée antérieurement (voir définition de l'aidant et de l'aidé). Si le salarié ou l'ancien salarié et l'un de ses ayants droit aident la même personne, le pack « Aidant » ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée. À épuisement de l'enveloppe attribuée au titre d'un premier pack, le pack « Aidant » peut être renouvelé une fois pour la même personne aidée à compter de l'année civile suivante, sous réserve que les conditions pour en bénéficier soient toujours remplies. Le pack « Aidant » ne peut pas être renouvelé plus d'une fois pour une même personne aidée. Au-delà d'un renouvellement, le demandeur peut faire une demande d'aide au titre du fonds social.

	4. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du pack « Aidant » en remplissant le formulaire prévu à cet effet, disponible sur le site Internet de l'APGIS, et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée. Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS : • soit sur justificatifs des dépenses engagées ; • soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 21 euros versée, sur présentation des justificatifs, en complément de l'indemnisation servie par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) lorsque le bénéficiaire est titulaire d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale. Les deux modalités de versement de l'aide peuvent, le cas échéant, être combinées au titre d'une même personne aidée. Dans une telle hypothèse, le montant total de l'aide versée au bénéficiaire reste plafonné à 750 euros par personne aidée. Le plafond de de l'aide s'applique par binôme « aidant/aidé ».
Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire, par son (sa) conjoint(e), concubin(e) ou personne liée à lui par un Pacs, au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'aidant, et non remboursées par ailleurs, ou indemnité complémentaire au montant versé par la CAF ou la CPAM au titre d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale ; b) La prestation ou le congé doit avoir été réalisé ou pris dans la période éligible au remboursement (dans les 12 mois qui précèdent ou qui suivent la date de la demande d'aide sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine ; c) La prestation à rembourser ou le congé à indemniser doit figurer dans la liste des actions pouvant donner lieu à une aide au titre du pack « Aidant » (cf. liste des prestations remboursables ci-après) ; 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...) Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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 frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine.
Montant versé	Indemnité forfaitaire journalière pour le congé de proche aidant, le congé de solidarité familiale ou le congé de présence parentale et/ou 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 « Aidant » 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 pack « Aidant »

Aidant	Personne, mineure ou majeure, qui apporte seule, ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou d'un enfant handicapé, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits : • à l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ; • ou à la prestation de compensation du handicap (PCH) ; • ou à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.
Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins 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 « Aidant » (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande d'aide, sans pouvoir être antérieurs à la date de début de la 1re période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des actions pouvant donner lieu à intervention et budget unitaire maximum de prise en charge au titre du pack « Aidant » (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la/les personnes concernées	Plafond
Garde d'enfants	Concerne les enfants de l'aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'aidé.	23 €/h
Accompagnement à l'école/activités extra-scolaires		23 €/h
Aide-ménagère		23 €/h

Garde des ascendants	Concerne l'aidé afin d'alléger la charge de travail de l'aidant.	23 €/h
Garde-malade		23 €/h
Livraison de courses		26 €/livraison
Portage de repas		
Livraison de médicaments		
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement dispensés à l'aidé dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.	265 €
Frais de transport	Pour les déplacements de l'aidé pour raison médicale.	Frais réels dans la limite du plafond du pack
	Pour les déplacements de l'aidant pour se rendre auprès de l'aidé.	Frais réels, dans la limite du plafond du pack
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'aidé.	370 €/bilan
Bilan nutritionnel	Bilan au bénéfice de l'aidé pour permettre à l'aidant de connaître les adaptations éventuelles à apporter aux habitudes alimentaires de l'aidé + suivi éventuel.	53 €/bilan 32 €/consultation de suivi
Bilan social	Bilan au bénéfice de l'aidé permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement en prenant en compte les problématiques de la personne concernée afin de guider l'aidant dans les mesures à mettre en œuvre au bénéfice de l'aidé.	153 €/bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins de l'aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	317 €/bilan
Suivi psychologique	Suivi au bénéfice de l'aidant.	48 €/h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de la situation d'aidant sur sa vie quotidienne et actions à mettre en œuvre pour faire face au rôle d'aidant/points d'échanges réguliers avec le coach/bilan.	211 €/coaching
Téléassistance	Prise en charge des frais de téléassistance pour l'aidé.	26 €/mois
Congé de solidarité familiale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CPAM pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé

Congé de proche aidant	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé
Congé de présence parentale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'aidant pour soutenir l'aidé.	21 € par jour de congé
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social).		

III. Pack « Prévention »

Objet	Remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale et non remboursées par la sécurité sociale, des tests de dépistage (y compris autotests) non remboursés par la sécurité sociale, pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régimes conventionnels visés à l'annexe IV de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine.
Période de validité du pack « Prévention »	À compter du 1er janvier 2026.
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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 au régime frais de soins de santé ; • les anciens salariés concernés sont ceux : o dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; o dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; o et qui remplissent l'une des conditions suivantes : ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 soins 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 soins 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. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend 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 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.
Prestations de prévention	Prévention des maladies : remboursement des vaccins non remboursés dans la limite de 100 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Autotest covid : remboursement des autotests covid agréés par les autorités sanitaires dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Dépistage et analyses non remboursées : remboursement i) des tests de dépistages non remboursés par la sécurité sociale (y compris autotests autres que les autotest covid) et/ou ii) des analyses médicales non remboursées par la sécurité sociale sur prescription médicale, dans la limite de 200 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse dans la limite de 150 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Troubles de l'orientation : forfait de 500 euros par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge d'un bilan et de séances chez un psychomotricien pour les enfants couverts par le régime frais de soins de santé défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine, sur prescription médicale, dans la limite de 90 euros pour le bilan et 40 euros par séance.
	Ergothérapie : forfait de 500 euros par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge d'un bilan et de séances d'ergothérapie, sur prescription médicale, dans la limite de 90 euros pour le bilan et de 40 euros par séance.
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 pack « Prévention » ; c) Pour les troubles de l'orientation, les dépenses doivent avoir été engagées au profit d'un enfant ayant la qualité d'ayant droit du bénéficiaire ; d) Le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation, sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'annexe V.1 ou l'annexe IV.2 de la pharmacie d'officine.
Montant remboursé	Montant de la dépense exposée dans le respect des plafonds précités 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 pack « Prévention »

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins 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 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.

IV. Fonds social de la pharmacie d'officine

IV.A. Fonds de solidarité

Objet	Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la sous-commission « Prévoyance ». L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire. Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.
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 les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis 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 : o dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; o dont le contrat de travail a été rompus depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; o et qui remplissent l'une des conditions suivantes : ▪ anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de soins 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 soins 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 soins 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 d'aide ; 2. Lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site Internet de l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la CPPNI de la pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.
Montant de l'aide	Montant décidé par la CPPNI de la pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ; b) Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la CPPNI de la pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes : • dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'assurance maladie, du régime complémentaire frais de soins de santé et du régime supplémentaire éventuel ; • dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; • dépenses remboursables au titre du pack « Aidant », « Coups durs » ou « Prévention » lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; c) Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la CPPNI de la pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.
Montant remboursé	Montant accordé par la CPPNI de la pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire 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 fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de soins 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 d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la CPPNI de la pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la sous-commission « Prévoyance ».

IV.B. Prise en charge d'une partie de la cotisation « Frais de soins de santé » des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation « Frais de soins de santé » des salariés titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation.
Période de validité	Par année scolaire, et à compter de l'année scolaire 2025/2026.
Bénéficiaires	Salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation, et couverts* par le régime conventionnel frais de soins de santé défini à l'annexe IV.1 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine, * Les salariés qui ont demandé une dispense d'affiliation au régime frais de soins de santé ne sont pas éligibles à la présente action.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 2. L'entreprise dont dépend le bénéficiaire (= entreprise avec laquelle le bénéficiaire a conclu un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit être présent dans l'entreprise en juin de l'année N pour la période scolaire N – 1/N (attesté par la fourniture de la feuille de paye du mois de juin) ; 4. Le bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site Internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser l'ensemble au plus tard le 31 août N.
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande par virement sur le compte du salarié.
Montant du remboursement	215 € par année scolaire pour les salariés relevant du régime général. 150 € par année scolaire pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.

Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.

IV.C. Prise en charge, sous condition de ressources, d'une partie de la cotisation « Frais de soins de santé » des anciens salariés retraités et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, qui adhèrent au régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation « Frais de soins de santé » des anciens salariés retraités et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, qui adhèrent au régime conventionnel « Frais de soins de santé » défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine, sous condition de ressources.
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1er janvier 2026.
Bénéficiaires	Les bénéficiaires sont les anciens salariés retraités et les anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, ainsi que leur conjoint : • dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; • dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; • et qui remplissent les conditions suivantes : o i) être à jour de leur cotisation au régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine pour l'année précédente (exemple : cotisation 2025 pour le bénéfice de l'aide 2026) ; o ii) avoir un revenu fiscal de référence inférieur au seuil de la tranche 3 défini ci-après en fonction du nombre de parts fiscales (selon avis d'imposition de l'année N – 1 pour le bénéfice de l'aide N) (sauf familles monoparentales).
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 2. Il doit : • i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site Internet de l'APGIS ; • ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ; • iii) adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide N sur les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2026 versée au titre des cotisations 2025, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2026. Les nouveaux retraités qui adhérent au régime des anciens salariés en 2026 pourront faire une demande d'aide jusqu'au 31 août 2027 au titre des cotisations 2026).

<table>
<tr><td>Date et modalités du remboursement</td><td>Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement sur le compte bancaire du retraité.</td></tr>
<tr><td>Montant du remboursement</td><td>Le remboursement (appelé « abondement ») est fonction de la tranche dans laquelle se situe le revenu fiscal de référence (cf. tableau rubrique bénéficiaires) et du régime de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire. Le remboursement total dépend du nombre de mois de cotisations payés au titre de l'année N – 1.
<table>
<tr><th></th><th colspan="3">Abondement mensuel (en euros)</th></tr>
<tr><th></th><th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th></tr>
<tr><td>Hors Alsace-Moselle</td><td>16,00</td><td>8,00</td><td>0,00</td></tr>
<tr><td>Alsace-Moselle</td><td>11,00</td><td>5,50</td><td>0,00</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>Les tranches sont définies comme suit :
plafond de la T1 = seuil du taux réduit de CSG-CRDS ;
plafond T2 = plafond du taux médian de CSG/CRDS ;
T3 = revenu fiscal de référence supérieur au plafond T2. Pour les familles monoparentales, l'abondement est celui de la T1 quel que soit le revenu fiscal de référence. Le bénéficiaire concerné doit fournir la preuve du règlement de l'allocation de soutien familial par la caisse d'allocations familiales.</td></tr>
<tr><td>Date de la demande d'aide</td><td>Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).</td></tr>
<tr><td>Organisme compétent pour procéder au remboursement</td><td>APGIS.</td></tr>
</table>

IV.D. Prise en charge d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation qui adhèrent au régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1er janvier 2026.
Bénéficiaires	Salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation à temps complet et qui demandent le maintien des couvertures du régime conventionnel frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'annexe IV.1 ou IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ;

	2. L'entreprise (= employeur à la date de suspension du contrat de travail) dont dépend le bénéficiaire doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3. Le bénéficiaire doit justifier du paiement des cotisations permettant le maintien des couvertures pour congé parental d'éducation ; 4. Le bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site Internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2026 versée au titre des cotisations 2025, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2026).
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement au compte bancaire du salarié.
Montant du remboursement	Le remboursement est égal à 35 € par mois (soit, à titre indicatif, 420 € pour une année complète d'adhésion au dispositif de maintien des garanties).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.