Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS) - Dispositif Coups Durs – Décès

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

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

- ⇨ **En cas de décès, la demande doit être transmise dans les six mois suivant le décès.**

Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif Coups Durs – Décès, 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 connaissance[1].

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer via votre espace assuré pour les adhérents APGIS uniquement (www.apgis.com) rubrique Action sociale ou à l'adresse suivante, sous pli confidentiel :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Ou par mail :

hds@solidariteofficines.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-décès 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 dépenses 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@solidariteofficines.com.**

---

[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.*

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. 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 : ☐ M. ☐ 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 : ……

- **Merci de joindre le certificat de décès et le justificatif du lien de parenté (copie du livret de famille). Dans le cas d'un concubinage ou d'un PACS, est accepté 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.**

2. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

Important : le demandeur de l'aide 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 de la pharmacie d'officine précisé en section 1.

Titre : ☐ M. ☐ 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

Lien de parenté avec la personne décédée : ☐ Conjoint (marié, pacsé, concubin) ☐ Enfant ☐ Ascendant direct (à préciser) : ……

Nom et Prénom du Représentant légal (si nécessaire) : ……

- **Merci de joindre le certificat de décès et le justificatif du lien de parenté (copie du livret de famille). Dans le cas d'un concubinage ou d'un PACS, est accepté 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.**

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

Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. …… 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 Coups durs-Décès (sous réserve d'acceptation), ne font/feront pas l'objet de remboursement par tout autre organisme par ailleurs.

RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE :

Assurés adhérents APGIS :

☐ **Le certificat de décès.**

☐ **Le justificatif du lien de parenté.**

☐ **Le/ les justificatifs des dépenses engagées libellé(s) au nom et prénom du bénéficiaire (facultatif au moment de l'envoi du dossier).**

☐ **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.**

☐ **Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).**

☐ **Le présent formulaire rempli dans son intégralité daté, signé et précédé de la mention «lu et approuvé ».**

En plus des pièces justificatives ci-dessus pour les assurés dont le contrat est en délégation de gestion ou assuré auprès d'un autre organisme de complémentaire santé :

☐ **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.**

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-Décès ».
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 du bénéficiaire

Le bénéficiaire dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données post-mortem. Il dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait 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 ses droits, en justifiant de son 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

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.

Votre demande est à adresser via votre espace assure www.apgis.com rubrique Action sociale

par mail à hds@solidariteofficines.com

ou par courrier à :

Apgis Solidarité

12 rue Massue 94684 Vincennes cedex

Tout dossier mal orienté retardera le traitement de votre demande d'ouverture de droits au présent dispositif.

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

OCTOBRE 2026

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.

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).				