Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS)
Dispositif « Coups Durs - Maladie Grave»

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 ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du Dispositif « Coups Durs – Maladie grave», 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, le versement du forfait unique 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**.

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] *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.*

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 médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'Apgis Solidarité.**

2. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

Important : la personne atteinte d'une maladie grave 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 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

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

- **Merci de joindre le certificat médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil service médical d'Apgis Solidarité.**

3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE 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 HDS (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 Médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'Apgis solidarité.**

☐ **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-Maladie grave.
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 (pour les adhérents APGIS uniquement)

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 »

Certificat médical HDS – Dispositif Coups durs - Maladie grave
à remplir par le médecin

Certificat à adresser sous pli confidentiel à :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

Je soussigné Dr……., docteur en médecine,

certifie que ☐ Madame ☐ Monsieur……

Adresse : ……

Date de naissance : …… est bien atteint(e) d'une maladie non stabilisée figurant dans la/les liste(s) suivante(s)[1] :

- 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 traumatique et non traumatique,
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive,
- Sclérose en plaques,
- Sclérose latérale amyotrophique,
- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH),
- Epilepsie,
- Tétraplégie traumatique et non traumatique,
- Amputation d'un ou de plusieurs membres supérieurs ou inférieurs,

Certificat établi à : ……. le ……..

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour usage conforme à la loi.

Signature et cachet du médecin :

OCTOBRE 2026

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 :
	  ○ 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 : 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.