Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS) - Dispositif Prévention

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

SUR QUEL(S) DISPOSITIF(S) PREVENTION PORTE VOTRE DEMANDE D'ELIGIBILITE ? cocher la/les case(s) correspondante(s) :

☐ **Dispositif Prévention - Maladies : Vaccins**
☐ **Dispositif Prévention - Autotests Covid-19**
☐ **Dispositif Prévention - Dépistage et analyses non remboursées : Tests - Autotests[1] - Analyses**
☐ **Dispositif Prévention - Maternité : Tests d'ovulation et de grossesse**
☐ **Dispositif Prévention - Troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace (psychomotricité)**
☐ **Dispositif Prévention – Ergothérapie**

COMMENT BENEFICIER DES REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS DANS LE CADRE DU/DES DISPOSITIF(S) PREVENTION SELECTIONNE(S) CI-DESSUS ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du/des dispositif(s) « Prévention», 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[2].

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 par Dispositif « Prévention » sélectionné** à conserver pour effectuer votre demande de remboursement correspondant.

Le bénéficiaire du/des Dispositif(s) « 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,** en nous indiquant le numéro de dossier communiqué correspondant. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 12 mois après la date de réalisation de la prestation.

Le remboursement des dépenses engagées sera effectué, dans la limite des plafonds prévus par le règlement du fonds HDS de la Pharmacie d'Officine, 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 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@solidariteofficines.com

.

---

[1] Les autotests Covid 19 ne sont pas pris en charge dans ce dispositif.

[2] 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 la/les facture(s) de la /des prestation(s) ainsi que le/les décompte(s) de complémentaire santé en cas de remboursement des frais par le régime santé de la Pharmacie d'Officine.**

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 : ☐ 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 la/les facture(s) de la /des prestation(s) ainsi que le/les décompte(s) de complémentaire santé en cas de remboursement des frais par le régime santé de la Pharmacie d'Officine.**

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/des dispositif(s) HDS sélectionné(s) ci-avant (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 :

☐ **La/les facture(s) de la/des prestation(s) libellée(s) au nom et prénom du bénéficiaire ainsi que le décompte de la complémentaire santé en cas de remboursement des frais par le régime santé.**

☐ **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 signé, daté 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/des dispositif(s) Prévention.
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 » :

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.