# Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS)
# Dispositif Aide au financement des cotisations frais de santé des bénéficiaires de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité (Loi EVIN) et des conjoints couverts par le régime conventionnel

**FORMULAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD LE 31/08 de l'année de la demande**

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

**RAPPEL DE LA DEFINITION DES BENEFICIAIRES AU PRESENT DISPOSITIF**

**Anciens salariés (dont le contrat de travail est rompu) et qui adhèrent au régime santé des anciens salariés Officines (régime conventionnel auprès de l'APGIS, auprès de Klésia ou de tout autre organisme de complémentaire santé) bénéficiant d'une rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale.**

**COMMENT BENEFICIER DE L'AIDE AU FINANCEMENT DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE DES BENEFICIAIRES CI-DESSUS DEFINIS ET DE LEURS CONJOINTS ?**

**Pour bénéficier de l'aide , vous devez remplir les critères d'éligibilité rappelés dans les conditions d'éligibilité au fonds social HDS ci-annexées.**

**L'officine dans laquelle vous étiez salarié au moment de la rupture de votre contrat de travail doit être à jour de ses cotisations HDS au titre de l'année précédant votre demande.**

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de nous l'adresser via votre espace assuré **www.espaceassure.apgis.com (pour les adhérents APGIS uniquement)** ou à l'adresse suivante :

**Apgis Solidarité**
**12 rue Massue**
**94684 Vincennes cedex**

Ou par mail :

**hds@solidariteofficines.com**

Si vous remplissez les critères d'éligibilité, le paiement sera effectué par **virement sur votre compte bancaire**.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou un mail 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 DE REPONDRE A L'ENSEMBLE DES DEMANDES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRE DE SOLIDARITE.**

## 1. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL OU D'UNE RENTE D'INVALIDITE

Titre : ☐ Mme ☐ M.

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : …… /…… /……

Numéro de Sécurité sociale : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Numéro de téléphone : …… Email : ……

Raison sociale de la pharmacie d'officine (dernier employeur): ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

**Date de cessation de votre contrat de travail** …… /…… /……

**Raison sociale de l'organisme de complémentaire santé** :

- ☐ APGIS
- ☐ KLESIA
- ☐ AUTRE (précisez) ……

## 2. INFORMATIONS RELATIVES AU CONJOINT DU BENEFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL OU D'UNE RENTE D'INVALIDITE (si votre conjoint est couvert par votre complémentaire santé)

Titre : ☐ Mme ☐ M.

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : …… /…… /……

Numéro de Sécurité sociale : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Numéro de téléphone : …… Email : ……

## 3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE PAR AILLEURS

Je soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. …… atteste sur l'honneur que les cotisations frais de santé réglées au titre de l'année précédant la demande pour lesquelles je sollicite une aide à la prise en charge (sous réserve d'acceptation), n'ont pas fait/ne feront pas l'objet de prise en charge par tout autre organisme par ailleurs.

## 4. VERIFICATION DE VOTRE ELIGIBILITE AU REGARD DE L'AVIS D'IMPOT DE L'ANNEE PRECEDANT VOTRE DEMANDE ET DU NOMBRE DE PARTS FISCALES DE VOTRE FOYER

**Tableau des barèmes de revenus fiscaux de référence 2024 (avis d'impôt 2025 avec revenus 2024)**

| Quotient familial | Revenu fiscal de référence | | | |
|---|---|---|---|---|
| | T1 | T2 | | T3 |
| | < | De | A | > |
| 1 part | 17 058 € | 17 059 € | 20 195 € | 20 195 € |
| 1,5 parts | 21 612 € | 21 613 € | 25 586 € | 25 586 € |
| 2 parts | 26 166 € | 26 167 € | 30 978 € | 30 978 € |
| 2,5 parts | 30 822 € | 30 823 € | 36 437 € | 36 437 € |
| 3 parts | 35 275 € | 35 276 € | 41 761 € | 41 761 € |
| ½ part supplémentaire | 6 623 € | 6 623 € | 5 244 € | 5 244 € |

Si votre revenu net imposable relevé sur l'avis d'impôt de l'année précédant votre demande se retrouve dans la tranche T3 du tableau ci-dessous et ce quel que soit votre quotient familial, vous n'êtes pas éligible à ce dispositif.

## 5. RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE

**Assurés adhérents APGIS :**

- ❒ **La copie de l'avis d'impôt 2025 avec les revenus 2024 (pour une demande effectuée en 2026). En cas de concubinage joindre également l'avis d'impôt de votre concubin(e) si ce/cette dernier(e) est affilié(e) avec vous auprès de votre organisme de complémentaire santé.**
- ❒ **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 :**

- ❒ **L'échéancier annuel des cotisations de l'année de votre demande : Echéancier annuel des cotisations 2026 pour une demande faite en 2026) émanant de l'organisme de complémentaire santé auprès duquel le bénéficiaire est affilié.**
- ❒ **Le bulletin individuel d'affiliation au régime Frais de soins de santé des anciens salariés de l'organisme de complémentaire santé auprès duquel l'assuré est affilié, ou son attestation de droits à l'assurance maladie en vigueur indiquant son invalidité ou son incapacité permanente de travail.**

*Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies.*

## 6. PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

**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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et de son conjoint au titre du dispositif « Aide au financement des cotisations frais de santé des bénéficiaires de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité (Loi EVIN) et de leurs conjoints ».

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données du bénéficiaire de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et de son conjoint 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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et de son conjoint 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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et de son conjoint 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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et de son conjoint**

Le bénéficiaire de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et son conjoint disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Ils disposent 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. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Ils peuvent 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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité et son conjoint peuvent exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur 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.

Ils peuvent 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 l'exactitude et la complétude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle.

**Votre demande est à adresser via votre espace assure www.apgis.com**
**(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 de rente d'incapacité permanente de travail ou de rente d'invalidité précédé de la mention « Lu et Approuvé »

**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 :<br>• dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ;<br>• 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 ;<br>• et qui remplissent les conditions suivantes :<br>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) ;<br>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) ;<br>2. Il doit :<br>• i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site Internet de l'APGIS ;<br>• ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ;<br>• 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). |
| **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 bancaire du retraité. |
| **Montant du remboursement** | 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><td></td><td>
<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 :<ul><li>plafond de la T1 = seuil du taux réduit de CSG-CRDS ;</li><li>plafond T2 = plafond du taux médian de CSG/CRDS ;</li><li>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.</li></ul></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>