

## PHARMACIE D'OFFICINE

### Formulaire d'éligibilité - Fonds social (HDS) - Dispositif Aidant

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

#### COMMENT BENEFCIER DE REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DU DISPOSITIF AIDANT ?

Pour bénéficier d'une aide au titre du dispositif « Aidant », 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<sup>1</sup>.

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer à l'adresse suivante :

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

Ou par mail :

**[hds@apgis.com](mailto:hds@apgis.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.

L'Aidant doit transmettre, en nous indiquant le numéro de dossier communiqué, **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 n° de dossier communiqué.

Par ailleurs, en cas de demande de versement de l'allocation en cas de congés pris de présence parentale, de proche aidant, ou de solidarité familiale, **l'Aidant doit adresser les décomptes CAF ou CPAM mentionnant le montant remboursé par lesdits organismes, des allocations journalières des jours de congés**, en nous indiquant également le numéro de dossier communiqué.

Le paiement des dépenses engagées sera effectué par **virement sur le compte bancaire de l'Aidant**.

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@apgis.com](mailto:hds@apgis.com)**.

**MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE ET COCHER LES CASES APPROPRIÉES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRE DE SOLIDARITE.**

<sup>1</sup> 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 :  Mr  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 : .....

**2. INFORMATIONS RELATIVES A L'AIDANT**

*Important : l'aidant 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 l'aidant est différent du salarié ou de l'ancien salarié de la pharmacie d'officine précisé en section 1.*

Titre :  Mr  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 majeur

**3. INFORMATIONS RELATIVES AU PROCHE AIDE**

*Important : le proche aidé est le proche en situation de perte d'autonomie ou de handicap.*

Titre :  Mr  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté avec l'aidant :

Conjoint (marié, pacsé, concubin)  Enfant majeur  Autre (à préciser) : .....

Nom et Prénom du représentant légal (si nécessaire) : .....

**Merci de joindre le justificatif des droits dont relève le proche :**

- **Droits à Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ;**
- **Ou droits à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;**
- **Ou droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3 ;**
- **Ou droits à l'allocation Adulte Handicapé.**

**Ces justificatifs doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'Aggis Solidarité.**

#### **4. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON REMBOURSEMENT DES FRAIS PAR AILLEURS**

Je soussigné(e) :  Mme  Mr..... atteste sur l'honneur que les factures de dépenses 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 :**

- 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 (si la demande concerne un ayant droit).**
- Le justificatif des droits dont relève le proche (AEEH, PCH, APA et/ou AAH).**
- Le/ les justificatifs des dépenses engagées libellé(s) au nom et prénom de l'Aidant.**
- Le justificatif de vie commune aux deux noms et prénoms (quittance au choix : loyer, EDF, Eau) pour l'Aidant vivant en concubinage ou copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public si ce dernier est pacsé.**
- Les décomptes CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) mentionnant le montant remboursé des allocations journalières de congé de présence parentale de congé de proche aidant ou de congé de solidarité familiale, si la demande porte sur ces prestations.**
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).**
- La présente déclaration signée et datée et précédée de la mention « lu et approuvée ».**

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

#### **5. 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 de l'Aidant au titre du dispositif Aidant.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données de l'Aidant et de l'Aidé 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 de l'Aidant et de l'Aidé 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 de l'Aidant et de l'Aidé 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 des Bénéficiaires**

L'Aidant et l'Aidé disposent d'un droit de demander l'accès à ces 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 ils font 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.

L'Aidant et l'Aidé 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](mailto: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

Ils peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si l'Aidant ou l'Aidé nous a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou s'ils sont titulaires auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

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.

**Date et Signature du bénéficiaire  
précédées de la mention « Lu et  
Approuvé »**



## 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                               | A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2023.  |
| Bénéficiaires                                     | <p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini 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 ;</li><li>- les anciens salariés concernés sont ceux 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 :<ul style="list-style-type: none"><li>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</li><li>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</li><li>* 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 ;</li></ul></li><li>- les ayants droit sont ceux qui sont 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.</li></ul> |
| Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives) | <p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2- l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Si un Pack « Aidant » a déjà été attribué pour la personne aidée, l'octroi d'un second Pack « Aidant » n'est pas possible (le demandeur peut faire une demande au titre du fonds social).</p> <p>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.</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p>Montant de l'aide</p>  | <p>Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée.</p> <p>Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit sur justificatifs des dépenses engagées</li> <li>- soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 20 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique par binôme « aidant / aidé ».</p> <p>Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide pour la même personne aidée après épuisement de son forfait au titre du pack aidant, il doit formuler une demande au titre du fonds social.</p>   |
| <p>Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)</p> | <p>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 ;</p> <p>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 santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>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) ;</p> <p>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...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>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 santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p> |
| <p>Montant versé</p>  | <p>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.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>  |

## **Définitions utiles au titre du Pack « Aidant »**

|   |  |
|---|--|
| Aidant  | Personne 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 :<br>- à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ;<br>- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;<br>- 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 santé défini par l'Annexe 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 1ère 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. | 22 € / h         |
| Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires |  | 22 € / h         |
| Aide-ménagère                                       | Concerne l'Aidé afin d'alléger la charge de travail de l'Aidant.               | 22 € / h         |
| Garde des ascendants                                |  | 22 € / h         |
| Garde-malade  |  | 22 € / h         |
| Livraison de courses                                |  | 25 € / 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.   | 250 €   |
| Frais de transport   | Pour les déplacements de l'Aidé pour raison médicale.  | Frais réels dans la limite de 25 € par course   |
|  | Pour les déplacements de l'Aidant pour se rendre auprès de l'Aidé.   | Frais réels, dans la limite du plafond de 750 € |
| Bilan ergothérapeute   | Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.  | 350 € / 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.   | 50 € / bilan<br>30 € / 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. | 145 € / bilan                                   |
| Bilan psychologique  | Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique  | 300 € / bilan                                   |
| Suivi psychologique  | Suivi au bénéfice de l'Aidant.   | 45 € / consultation                             |
| 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.                                       | 200 € / coaching                                |
| Téléassistance   | Prise en charge des frais de téléassistance pour l'Aidé.   | 25 € / 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   | 20 € 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  | 20 € 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  | 20 € par jour de congé                          |
| <i>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)</i> |  |   |