

**ACCORD COLLECTIF NATIONAL DU 18 JUIN 2018
PORTANT REGLEMENT DU FONDS « HAUT DEGRE DE SOLIDARITE »
DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

Entre les soussignées :

• LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE
13, rue Ballu – 75009 PARIS

• ~~L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE –
43, rue de Provence – 75009 PARIS~~

D'une part,

Et

• ~~LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DES SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX –
(C.F.D.T.) –
47/49, avenue Simon Bolivar – 75950 PARIS CEDEX 19~~

• LA FEDERATION NATIONALE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES INDUSTRIES CHIMIQUES ET
CONNEXES (C.F.E / C.G.C.)
33, avenue de la République – 75011 PARIS

• LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRETIENS DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX
(C.F.T.C.)
34, quai de la Loire – 75019 PARIS

• LA FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES (C.G.T.)
263, rue de Paris – 93514 MONTREUIL CEDEX

• ~~LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE, DES
LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE, DU CUIR ET DE L'HABILLEMENT (F.O.) –
7, Passage Tenaille – 75014 PARIS~~

• ~~L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (U.N.S.A.) –
21, rue Jules Ferry – 93177 BAGNOLET CEDEX~~

D'autre part,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 912-3 ;

Vu le code du travail ;


RG DM¹ FA

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV – Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017, modifié par avenant du 4 décembre 2017, portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;

Préambule :

En application des dispositions du IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé a institué des garanties présentant un degré élevé de solidarité financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

A ce titre, et conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, a été créé un fonds, nommé « Fonds HDS de la Pharmacie d'officine », auquel toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser directement.

L'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé, tel que modifié par avenant du 4 décembre 2017, précisant que les modalités de fonctionnement de ce fonds seront déterminées par accord collectif national, conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er} :

Les conditions d'attribution et modalités de gestion des prestations relevant du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies dans le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine annexé au présent accord, dans les limites et durées fixées par celui-ci.

Article 2 :

Le présent accord prendra effet le 1^{er} juillet 2018 et prendra fin, au plus tard, au terme de la recommandation instituée dans l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises, sans qu'il soit nécessaire d'introduire les stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

816
CU 2
FR

Fait à Paris, le 18 juin 2018.

Pour LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE



~~Pour L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE~~

~~Pour LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DES SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX
(C.F.D.T.)~~

Pour LA FEDERATION NATIONALE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES INDUSTRIES CHIMIQUES ET
CONNEXES (C.F.E. / C.G.C.)



Pour LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRETIENS DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX
(C.F.T.C.) F. NAURY



~~Pour LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE, DES
LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE, DU CUIR ET DE L'HABILLEMENT (F.O.)~~

Pour LA FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES (C.G.T.)



~~Pour L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (U.N.S.A.)~~

Annexe à l'accord collectif national du 18 juin 2018 portant règlement
du Fonds « Haut degré de solidarité » de la Pharmacie d'officine.

FONDS « HAUT DEGRE DE SOLIDARITE » DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

Règlement 2018

L'accord collectif national du 2 octobre 2017 portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine institue des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

A cet effet, l'article 3 – degré élevé de solidarité – de cet accord crée un fonds mutualisé appelé "Fonds HDS de la Pharmacie d'officine" relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale et dont la gestion est confiée exclusivement à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les garanties du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine. Elles comprennent, pour l'année 2018, les actions suivantes :

- FIL'APGIS : accompagnement et soutien dans les problèmes de la vie quotidienne ;
- Pack « Coups Durs » : accompagnement à la suite d'un décès, d'une hospitalisation d'au moins 5 jours continus ou d'une maladie grave ;
- Pack « Aidant » : aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance ;
- Pack « Prévention » : remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies ;
- Fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission « Prévoyance ».

Le présent document, approuvé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine dans sa réunion du 18 juin 2018, constitue le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine pour 2018.

Il précise les actions mises en œuvre pour 2018 et les conditions pour en bénéficier.

RG M F9
RTE 1

FIL'APGIS

Objet	Accompagnement et soutien en cas de difficultés de la vie quotidienne
Période de validité	Année 2018 (<i>reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine</i>)
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 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 pour les frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - 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.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	- le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; - 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.
Rôle du conseiller FIL'APGIS	Ecouter, conseiller et informer sur les problématiques de la vie quotidienne et de la vie professionnelle. Le conseiller FIL'APGIS a pour rôle : - d'écouter et de comprendre la situation ; - d'analyser la situation évoquée par le bénéficiaire ; - d'orienter le bénéficiaire et de rechercher des solutions adaptées à sa situation ; - d'accompagner le bénéficiaire tout au long de ses démarches ; - d'apporter un soutien au quotidien dans les situations difficiles.

 
NB LH 2

Thématiques abordées	- la santé : parcours de soins, actions de dépistage aux différents âges de la vie, troubles du sommeil et de la vigilance... ; - la famille : à l'arrivée d'un enfant, dans les cas de ruptures familiales, aides aux aidants... ; - le logement : différentes aides possibles, relations bailleur/locataire, adaptation de l'habitat, questions liées aux travaux de rénovation énergétique... ; - la vie professionnelle : mobilité, retour au travail après un arrêt, phase de transition liée au passage à la retraite... ; - le budget : problème de surendettement, questions sur les différentes aides financières... .
Modalités d'accès au service	Sur simple appel téléphonique à FIL'APGIS, ou via un formulaire de contact disponible sur le site internet de l'APGIS.

PACK « COUPS DURS »

Objet	Aide financière en cas de « coups durs » : maladie grave, décès d'un membre de la famille, hospitalisation d'au moins 5 jours continus.
Période de validité	Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine)
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 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 ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine pour bénéficier d'un maintien gratuit ou payant au titre du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - 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.
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 du décès d'un membre de la famille ; - date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; - date de la demande en cas de maladie grave (cf. définitions des maladies graves). 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 ; 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 « Coups durs » ; 5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack « Coups durs » : - dans les 3 mois qui suivent le décès ; - dans les 15 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation ; - pendant la période de validité du pack pour la maladie grave.
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 ; - pour une ou plusieurs hospitalisation d'au moins 5 jours continus chacune, sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1^{ère} hospitalisation ; - pour une ou plusieurs maladies graves.

 4 FA
 DG

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 ; - dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ; - dans les 12 mois qui précèdent et/ou qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave, sans pouvoir être antérieure au 1^{er} janvier 2018. c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack « Coups durs » (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.
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 « Coups durs » 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 « Coups durs »

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 « Coups durs » (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 ; - date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; - date de la demande d'aide en cas de maladie grave.
Période éligible au remboursement	en cas de décès: les 12 mois qui suivent la date du décès ; en cas d'hospitalisation : les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ; en cas de maladie grave : les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave sans pouvoir être antérieure au 1^{er} janvier 2018.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS

RG M 5 FM
RHE

Membres de la famille pouvant ouvrir 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.
Hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	Hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; Toute nouvelle hospitalisation ayant débuté moins de 12 mois après une hospitalisation ayant ouvert droit à l'aide ne donne pas droit à un nouveau Pack.
Maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide	Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous : - accident vasculaire cérébral invalidant ; - cancer ; - 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 dialysée décompensée ; - suite de transplantation d'organe ; - paraplégie non traumatique ; - polyarthrite rhumatoïde évolutive ; - sclérose en plaques ; - sclérose latérale amyotrophique ; - virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La liste ci-dessus pourra être mise à jour sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine. 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 « Coups durs » au titre d'une maladie grave.

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack « 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	Décès	Hospitalisation	Maladie grave	Plafond
Garde d'enfants	les enfants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		x	x	x	22 € / h

ng  6 FN

Garde des ascendants	les ascendants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Aide ménagère	le bénéficiaire	-	x	x	22 € / h
Garde malade		-	x	x	22 € / h
Livraison de courses		-	x	x	25 € / livraison
Portage de repas		-	x	x	
Livraison de médicaments		-	x	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	x	250 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	x	x	x	Frais réels dans la limite de 25€ par course
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	-	x	x	350 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	-	x	x	50 € / bilan 30 €/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	x	145 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	x	x	x	300 € / bilan
Suivi psychologique	le bénéficiaire	x	x	x	45 € / h
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	x	200 € / coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	-	x	x	350 € / 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)					


 16 24 7 57

PACK « AIDANT »

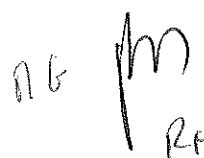
Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé
Période de validité	Année 2018 (<i>reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine</i>)
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par 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 ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - 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.
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 d'aide ; 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 ; 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). 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. 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). 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.
Montant	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.

nb  8 
RE

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a - dépenses exposées par le bénéficiaire au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'Aidant et non remboursées par ailleurs ; b - la prestation doit avoir été réalisée 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 au 1^{er} janvier 2018) ; c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack « Aidant » (cf. liste des prestations remboursables 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 dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.
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 « Aidant » 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 « 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 dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne et qui relève des droits : - à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ; - ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ; - 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 au 1 ^{er} janvier 2018.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.


 9
 

Liste des dépenses remboursables 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 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 € / h
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
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)		

PACK « PREVENTION »

Objet	Remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies.
Période de validité du Pack « Prévention »	Année 2018 (<i>reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine</i>).
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 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 ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - 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.
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 - 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 ; 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 50 €/ an / bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées. Dépistage : remboursement des tests de dépistages non remboursés dans la limite de 150 €/ an / bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées. Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse.

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 » ; 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.
Montant remboursé	Montant de la dépense exposée dans le respect du plafond en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack « Prévention » et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

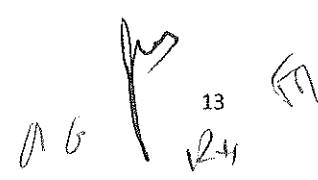
Définitions utiles au titre du Pack « Prévention »

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de 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 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.

FONDS SOCIAL DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

Objet	Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission « Prévoyance ». L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire. Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.
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 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 ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - 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.
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 d'aide ; 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 ; 3 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social 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 et à 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.
Montant de l'aide	Montant décidé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.

13
124



Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	a - Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ; b - Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes : - dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'Assurance maladie, du régime complémentaire frais de santé et du régime supplémentaire éventuel ; - dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; - dépenses remboursables au titre du Pack « Aidant », « Coups durs » ou « Prévention » lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du Pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; c - Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.
Montant remboursé	Montant accordé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire 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 fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	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 d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission « Prévoyance ».

16 14 124 F7