



REGLEMENT 2023 DU DISPOSITIF « AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX », DU DISPOSITIF « AIDANT », DU DISPOSITIF “COUPS DURS”, DU DISPOSITIF “PREVENTION” ET DU DISPOSITIF « AIDE AU FINANCEMENT DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE DES RETRAITES »

AU 1^{er} JANVIER 2024

L'accord du 12 janvier 2016 relatif à la complémentaire frais de santé et à la prévoyance dans la branche de la répartition pharmaceutique et ses avenants, portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance du régime « frais de santé » des salariés de la Répartition Pharmaceutique et d'ALLIANZ pour les garanties relatives à la « prévoyance », instituent des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

A cet effet, l'article 12.1 – « Mise en œuvre des actions de solidarité et de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité pour les salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche auprès des assureurs recommandés » de l'accord susvisé crée un fonds appelé "Fonds HDS de la Répartition pharmaceutique" relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale. La gestion de ce fonds est confiée à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux frais de santé et à la prévoyance.

Le présent document intègre les décisions actés par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique les 22/02/2023, 26/05/2023, 23/06/2023 et 29/09/2023. Il constitue le règlement du dispositif « aide aux aidants familiaux » « aidant » « coups durs » « prévention » et du dispositif « aide au financement des cotisations santé des retraités » de la Répartition pharmaceutique. Il précise les actions mises en œuvre et les conditions pour en bénéficier.

Deux fois par an, un bilan des actions réalisées dans le cadre de ces deux dispositifs sera présenté en Comité Paritaire de Gestion, ainsi qu'un bilan sur les dossiers refusés en application du présent règlement intérieur. Le Comité Paritaire de Gestion pourra également apporter des modifications au présent règlement.

JANVIER 2024

DISPOSITIF « AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE DU SALARIE

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

SOUTIEN D'UN ENFANT, CONJOINT, ASCENDANT ATTEINT D'UNE MALADIE, D'UN HANDICAP OU VICTIME D'UN ACCIDENT, D'UNE PARTICULIERE GRAVITE ET RENDANT INDISPENSABLE LA PRESENCE DU SALARIE ET/OU DES SOINS CONTRAIGNANTS.	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « Aide aux aidants familiaux » en cas de soutien d'un enfant, conjoint, concubin ou partenaire de PACS, d'un ascendant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident, d'une particulière gravité et rendant indispensable une présence et/ou des soins contraignants, les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 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- Le bénéficiaire doit avoir au minimum 1 an d'ancienneté dans l'entreprise 3- Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est aidant d'un enfant, conjoint, concubin ou partenaire de PACS, d'un ascendant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident, d'une particulière gravité et rendant indispensable sa présence et/ou des soins contraignants, 4- Le Bénéficiaire doit avoir pris des jours de congé sans solde au bénéfice de la personne aidée. Ces jours de congé doivent avoir été pris dans la période éligible au remboursement soit dans l'année civile de la demande d'aide. Les jours de congés sans soldes précités sont cumulables avec tout dispositif légal (congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale par exemple) ou prévu par accord d'entreprise, poursuivant les mêmes objectifs, sous réserve que ces derniers n'entraînent pas déjà le versement d'une indemnité au salarié. Le Bénéficiaire doit transmettre les justificatifs permettant de vérifier que les conditions visées ci-dessus sont remplies (attestation employeur précisant la date d'entrée dans l'entreprise, nombre et dates des jours de congés sans solde pris, certificat médical établi par le médecin traitant du proche aidé ouvrant droit au titre de son affection, décomptes CAF ou CPAM mentionnant le montant des allocations ou indemnités perçues dans le cadre d'un dispositif d'aide sociale destiné à indemniser les journées d'absence sans solde ...). Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de début des congés sans solde. 5- le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide dans un délai de 6 mois suivant le début de ses congés sans solde, en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site internet du gestionnaire du HDS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1, 2 et 3 ci-dessus sont remplies.
Montant de l'aide	<p>Le montant de l'aide est de 70 € par jour et par membre de la famille ouvrant droit à l'aide dans la limite de 30 jours d'absence par année civile, soit un montant maximum de 2 100€ par personne aidée versé sur justificatifs des jours de congés sans solde pris et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds du HDS.</p> <p>Dans le cas où le Bénéficiaire bénéficierait déjà du versement d'une indemnité au titre d'un dispositif légal, ce dernier pourra également bénéficier de l'aide pour les aidants familiaux, dans les conditions définies ci-dessus. Toutefois, l'indemnité journalière perçue au titre du dispositif légal sera déduite de l'indemnité forfaitaire journalière prévue dans le présent dispositif, afin que les deux indemnités cumulées ne dépassent pas 70€ par jour.</p> <p>Le montant maximum de cette aide, est susceptible de modification en fonction de l'évolution du dispositif « Aide aux aidants familiaux » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ce montant s'applique, à compter de son entrée en vigueur, au dispositif en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
Définition du membre de famille ouvrant droit à l'aide	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants à charge ou âgés de moins de 27 ans, ainsi que les petits-enfants tels que définis par le régime conventionnel frais de santé et/ou prévoyance, • Conjoint (époux(se) légitime, concubin ou partenaire de PACS) tels que définis par le régime conventionnel frais de santé, • Ascendants tels que définis par le régime conventionnel frais de santé atteints d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident, d'une particulière gravité et rendant indispensable votre présence et/ou des soins contraignants.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande du Dispositif aide aux aidants familiaux (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).

DISPOSITIF « AIDANT » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE DU SALAIRE, DE L'ANCIEN SALAIRE OU D'UN DE LEURS AYANTS-DROIT MAJEURS

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

SOUTIEN D'UN PROCHE EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE OU DE HANDICAP	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « Aidant » en cas de soutien d'un proche en situation de perte d'autonomie ou de situation de handicap, les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique ; - Les anciens salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé ; - Les ayants-droit majeurs couverts par le régime conventionnel frais de santé à titre obligatoire ou facultatif, tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.
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. 2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est Aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou de handicap (l'Aidé) pour lequel aucune demande de Dispositif 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 Dispositif aidant ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée. Si un Dispositif aidant a déjà été attribué pour la personne aidée, l'octroi d'un nouveau Dispositif n'est possible qu'à l'issue de la fin de validité du précédent dispositif attribué. 3 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du Dispositif aidant en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site internet du gestionnaire du HDS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies.</p>
Montant de l'aide	<p>Le montant maximum de l'aide est de 800€ par personne aidée versé sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds du HDS. Le montant maximum de cette aide, ainsi que le plafond des prestations pouvant donner lieu à l'aide, sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du dispositif « Aidant » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ces montants s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>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 1er janvier 2023). c - La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre de l'aidant (cf. liste des prestations remboursables ci-après). d - Le Bénéficiaire doit transmettre 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. Pour les dépenses concernant des pratiques thérapeutiques, les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINESS, RPPS ou ADELI.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant total de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Dispositif aidant et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Dispositif 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 ou la situation de handicap d'un proche, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	<p>Proche en situation de perte d'autonomie ou de handicap et qui relève des droits:</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ; - à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ; - 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 4.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande du Dispositif aidant (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).
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 antérieure à la date d'affiliation au régime.
Gestionnaire du HDS	APGIS

DISPOSITIF « AIDANT » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE
LISTE DES PRESTATIONS POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE AIDE

Le tableau ci-dessous présente la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du dispositif « Aidant » et le plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature).

NATURE DES ACTIONS	PRECISIONS SUR LA / LES PERSONNES CONCERNEES PAR L'ACTION	PLAFOND
Garde d'enfants	Les enfants de l'Aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'Aidé.	26€ / h
Accompagnement à l'école/aux activités extra- scolaires		22€ / h
Garde des ascendants	L'Aidé afin d'alléger la charge de travail de l'Aidant.	22€ / h
Aide-ménagère		30€ / h
Garde malade		22€ / h
Livraison de courses		25€ / livraison
Portage de repas		25€ / livraison
Livraison de médicaments		25€ / livraison
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	Déplacements de l'Aidé ou de l'Aidant pour raison médicale.	30€ / course
	Déplacements de l'Aidant pour se rendre auprès de l'Aidé.	500 €
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'Aidé .	350€ / bilan
Bilan et suivi nutritionnels	Bilan pour permettre à l'Aidé de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires + suivi éventuel	50€ / bilan 50€ / consultation de suivi
Bilan social	Bilan permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement de l'Aidé afin de le guider dans les mesures pouvant être mise en œuvre pour l'aider	145€ / bilan
Bilan et suivi psychologiques	Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique + suivi éventuel	300€ / bilan 60€ / consultation de suivi
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de l'événement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Aidant » sur la vie quotidienne de l'Aidant et actions à mettre en œuvre pour l'aider à y faire face / 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, il est possible de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (en remplissant une demande d'aide du fonds social).		

DISPOSITIF « COUPS DURS » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE
MALADIES GRAVES OU HANDICAP DU SALARIE, DE L'ANCIEN SALARIE OU D'UN DE LEURS AYANTS-DROIT

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

<u>MALADIES GRAVES OU HANDICAP DU SALARIE, DE L'ANCIEN SALARIE OU D'UN DE LEURS AYANTS-DROIT</u>	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « coups durs » en cas de maladie grave ou de handicap les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique ; - Les anciens salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé ; - Les ayants-droit couverts par le régime conventionnel frais de santé à titre obligatoire ou facultatif, tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.
Définition des maladies graves et handicaps pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Peuvent ouvrir droit à l'aide prévue dans le dispositif « coups durs » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie • Les maladies graves et handicaps figurant dans la liste ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> - Accident vasculaire cérébral invalidant, - Cancer, - 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, - Polyarthrite rhumatoïde évolutive, - Sclérose en plaques, - Sclérose latérale amyotrophique, - Démence sénile, - Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), - Maladie auto immune, - Maladie orpheline, - Epilepsie, - Alzheimer, - Paraplégie traumatique et non traumatique, - Tétraplégie traumatique et non traumatique. <p>La liste ci-dessus pourra être mise à jour sur décision du Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique.</p> <p>L'existence de la maladie grave ou du handicap doit être établie par un certificat médical rempli par le Médecin traitant du Bénéficiaire (Certificat HDS Maladie grave et Handicap) et adressé, sous pli confidentiel, au gestionnaire du HDS à l'attention du Service médical.</p> <p>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 dispositif Maladie grave ou Handicap.</p>

<p>Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)</p>	<p>1 - Le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur de l'évènement, c'est-à-dire à la date où il formule sa demande d'aide.</p> <p>2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de démontrer l'existence d'un des évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs » figurant dans le formulaire d'éligibilité au dispositif.</p> <p>3 - Le fait générateur de l'évènement doit se situer pendant la période de validité du dispositif « coups durs ».</p> <p>4 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du dispositif « coups durs » pendant la période de validité du dispositif pour la maladie grave ou le handicap. La date de la demande d'aide prise en compte correspond à la date d'envoi de la demande de mise en œuvre du dispositif « coups durs », le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.</p>
<p>Montant de l'aide</p>	<p>Le montant maximum de l'aide est de 800€ par évènement, versé sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds du HDS.</p> <p>Le montant maximum de cette aide, ainsi que le plafond des prestations pouvant donner lieu à l'aide, sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du dispositif « coups durs » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ces montants s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
<p>Dépenses remboursables (conditions cumulatives)</p>	<p>a - Les dépenses remboursables correspondent aux dépenses exposées par le Bénéficiaire pour faire face aux évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs » et non remboursées par ailleurs.</p> <p>b - La prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est à dire dans les 12 mois qui précèdent et / ou qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave ou du handicap, sans pouvoir être antérieure à la date d'affiliation au régime.</p> <p>c - La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du dispositif « coups durs » (voir liste ci-après).</p> <p>d - Le Bénéficiaire doit transmettre les justificatifs <u>des dépenses engagées libellés à son nom et prénom</u> permettant de vérifier que les conditions visées aux points a) à c), telles que définies 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>Pour les dépenses concernant des pratiques thérapeutiques, les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINESS, RPPS ou ADELI.</p>
<p>Montant remboursé</p>	<p>Le bénéfice du dispositif « coups durs » conduit au versement d'une aide correspondant aux montants de la dépense exposée par le Bénéficiaire, dans la limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des coûts unitaires précisés ci-après, - et du montant maximum de l'aide. <p>L'aide versée tient également compte des remboursements déjà effectués au titre du dispositif « coups durs ».</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Les aides versées se feront dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p>
<p>Date de la demande d'aide</p>	<p>Date d'envoi de demande du Dispositif coups durs – maladies grave-handicaps (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).</p>

DISPOSITIF « COUPS DURS » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE
HOSPITALISATION D'AU MOINS TROIS JOURS CONTINUS DU SALARIE, DE L'ANCIEN SALARIE
OU D'UN DE LEURS AYANTS-DROIT

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

<u>HOSPITALISATION D'AU MOINS TROIS JOURS CONTINUS DU SALARIE, DE L'ANCIEN SALARIE</u> <u>OU D'UN DE LEURS AYANTS-DROIT</u>	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « coups durs » en cas d'hospitalisation d'au moins trois jours continus les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique ; - Les anciens salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé - Les ayants-droit couverts par le régime conventionnel frais de santé à titre obligatoire ou facultatif, tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.
Définition des hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Peut ouvrir droit à l'aide prévue dans le dispositif « coups durs » toute hospitalisation d'au moins 3 jours continus. Néanmoins, 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 dispositif en cas de coups durs.</p>
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur de l'évènement, c'est-à-dire à la date de début d'hospitalisation d'au moins 3 jours continus. 2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de démontrer l'existence d'un des évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs ». 3 - Le fait générateur de l'évènement doit se situer pendant la période de validité du dispositif « coups durs ». 4 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du dispositif « coups durs » dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation. La date de la demande d'aide prise en compte correspond à la date d'envoi de la demande de mise en œuvre du dispositif « coups durs », le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.
Montant de l'aide	<p>Le montant maximum de l'aide est de 800€ par évènement, versé sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds du HDS.</p> <p>Ce plafond de 800€ par évènement s'applique en cas de survenance d'une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 3 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. Le montant maximum de cette aide, ainsi que le plafond des prestations pouvant donner lieu à l'aide, sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du dispositif « coups durs » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ces montants s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> a - Les dépenses remboursables correspondent aux dépenses exposées par le Bénéficiaire pour faire face aux évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs » 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 de sortie d'hospitalisation. c - La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du dispositif « coups durs » (voir liste ci-après). d - Le Bénéficiaire doit transmettre les justificatifs <u>des dépenses engagées libellés à non nom et prénom</u> permettant de vérifier que les conditions visées aux points a) à c), telles que définies ci-dessus, sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le Bénéficiaire ...). <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Pour les dépenses concernant des pratiques thérapeutiques, les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINESS, RPPS ou ADELI.</p>
Montant remboursé	<p>Le bénéfice du dispositif « coups durs » conduit au versement d'une aide correspondant aux montants de la dépense exposée par le Bénéficiaire, dans la limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des coûts unitaires précisés ci-après, - et du montant maximum de l'aide. <p>L'aide versée tient également compte des remboursements déjà effectués au titre du dispositif « coups durs ».</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Les aides versées se feront dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p>
Date de la demande d'aide	<p>Date d'envoi de demande du Dispositif coups durs – hospitalisation (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).</p>

**DISPOSITIF « COUPS DURS » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE
DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DU SALARIE OU DE L'ANCIEN SALARIE**

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DU SALARIE OU DE L'ANCIEN SALARIE	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « coups durs » en cas de décès d'un membre de la famille les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique ; - Les anciens salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé.
Définition des membres de la famille ouvrant droit à l'aide	<p>Les membres de la famille du Bénéficiaire ouvrant droit au dispositif « coups durs » sont les ayants-droit couverts par le régime conventionnel frais de santé à titre obligatoire ou facultatif, tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.</p>
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur de l'évènement, c'est-à-dire à la date du décès d'un membre de la famille. 2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de démontrer l'existence d'un des évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs ». 3 - Le fait générateur de l'évènement doit se situer pendant la période de validité du dispositif « coups durs ». 4 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du dispositif « coups durs » dans les 3 mois qui suivent le décès. La date de la demande d'aide prise en compte correspond à la date d'envoi de la demande de mise en œuvre du dispositif « coups durs », le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.
Montant de l'aide	<p>Le montant maximum de l'aide est de 800€ par évènement, versé sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds du HDS.</p> <p>Le montant maximum de cette aide, ainsi que le plafond des prestations pouvant donner lieu à l'aide, sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du dispositif « coups durs » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ces montants s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> a - Les dépenses remboursables correspondent aux dépenses exposées par le Bénéficiaire pour faire face aux évènements pris en charge dans le cadre du dispositif « coups durs » 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. c - La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du dispositif « coups durs » (voir liste ci-après). d - Le Bénéficiaire doit transmettre les justificatifs <u>des dépenses engagées libellés à non nom et prénom</u> permettant de vérifier que les conditions visées aux points a) à c), telles que définies ci-dessus, sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le Bénéficiaire ...). <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Pour les dépenses concernant des pratiques thérapeutiques, les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINESS, RPPS ou ADELI.</p>
Montant remboursé	<p>Le bénéfice du dispositif « coups durs » conduit au versement d'une aide correspondant aux montants de la dépense exposée par le Bénéficiaire, dans la limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des coûts unitaires précisés ci-après, - et du montant maximum de l'aide. <p>L'aide versée tient également compte des remboursements déjà effectués au titre du dispositif « coups durs ».</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Les aides versées se feront dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p>
Date de la demande d'aide	<p>Date d'envoi de demande du Dispositif coups durs – décès (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).</p>

DISPOSITIFS EN CAS DE COUPS DURS DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE

LISTE DES PRESTATIONS POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE AIDE

Le tableau ci-dessous présente la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du dispositif « coups durs » et le plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature).

NATURE DES ACTIONS	PRECISIONS SUR LA / LES PERSONNES CONCERNEES PAR L'ACTION	DECES	HOSPITALISATION	MALADIE GRAVE OU HANDICAP	PLAFOND	
Garde d'enfants	Les enfants et petits-enfants du salarié, de l'ancien salarié ou de leur conjoint , tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants	x	x	x	26€ / h	
Accompagnement à l'école/aux activités extra-scolaires		x	x	x	22€ / h	
Garde des ascendants	Les ascendants du salarié ou de l'ancien salarié , tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.	x	x	x	22€ / h	
Aide-ménagère	Le Bénéficiaire		x	x	30€ / h	
Garde malade			x	x	22€ / h	
Livraison de courses				x	x	25€ / livraison
Portage de repas				x	x	25€ / livraison
Livraison de médicaments				x	x	25€ / livraison
Organisation de soins à domicile		Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement du Bénéficiaire dans le but de favoriser la guérison et prévenir les rechutes		x	x	250€
Frais de transport	Pour les déplacements du Bénéficiaire ou d'un membre de la famille venant aider le Bénéficiaire	x	x	x	30€ / course	
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du Bénéficiaire		x	x	350€ / bilan	
Bilan et suivi nutritionnels	Bilan pour permettre au Bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires + suivi éventuel		x	x	50€ / bilan 50€ / 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 et suivi psychologiques	Diagnostic des besoins du Bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique + suivi éventuel	x	x	x	300€ / bilan 60€ / consultation de suivi	
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de l'événement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « coups durs » 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, il est possible de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (en remplissant une demande d'aide du fonds social).						

DISPOSITIF « PREVENTION » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS acté par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG).

<u>PREVENTION : TROUBLES DE L'ALIMENTATION, TROUBLES DE L'ORIENTATION DANS LE TEMPS OU DANS L'ESPACE, REMBOURSEMENT TESTS, VACCINS ET ANALYSES, INFILTRATIONS</u>	
Bénéficiaires	<p>Peuvent bénéficier du dispositif « Prévention », les personnes définies ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé et / ou prévoyance auprès des assureurs recommandés, et cotisant donc au Fonds HDS de la Répartition Pharmaceutique ; - Les anciens salariés couverts par le régime conventionnel frais de santé ; - Les ayants-droit couverts par le régime conventionnel frais de santé à titre obligatoire ou facultatif, tels que définis dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 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- Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs des dépenses engagées pour les prestations de prévention prises en charge dans le cadre du dispositif « Prévention ». 3- Les dépenses engagées doivent l'avoir été pendant la période de validité du dispositif « Prévention ». 4- Le Bénéficiaire doit faire la demande de remboursement au titre du dispositif « Prévention » dans l'année qui suit les dépenses visées par le dispositif « Prévention ». La date de la demande de remboursement prise en compte correspond à la date d'envoi de la demande à l'APGIS, le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.
Montant du dispositif	<p>Le montant maximum du dispositif Prévention dépend des actes de prévention dont le remboursement est sollicité, comme exposé ci-dessous.</p> <p>Les montants maximums de ce dispositif sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du dispositif « Prévention » approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ces montants s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.</p>
Actes de prévention	<p>Peuvent ouvrir droit au remboursement au titre du dispositif « Prévention », les actes de prévention visés ci-dessous, dans les conditions prévues par le dispositif « Prévention » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des troubles de l'alimentation, sur prescription médicale et avec un plafond global de 200€/ Bénéficiaire / année civile. - Prévention des troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace, sur prescription médicale et avec un plafond 300€/ Bénéficiaire/ année civile. - Prévention des maladies, avec un plafond 50€/ Bénéficiaire / année civile. - Dépistage, dans la limite de 150€ / Bénéficiaire / année civile. - Prévention-infiltrations non prises en charge par la Sécurité sociale, sur prescription médicale : 50 € par infiltration dans la limite de 3 par année civile et par Bénéficiaire <p>Les prestations de prévention prises en charge et les plafonds unitaires sont définis ci-après.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> a- Les dépenses remboursables correspondent aux dépenses exposées par le Bénéficiaire pour les prestations de prévention prises en charge dans le cadre du dispositif « Prévention » et non remboursées par ailleurs. b- La prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du Dispositif prévention. c- La prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations de prévention pouvant donner lieu à remboursement dans le cadre du dispositif « Prévention ». d- Le Bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées libellés à son nom et prénom, et le cas échéant la prescription médicale, permettant de vérifier que les conditions visées aux points a) à c), telles que définies ci-dessus, sont bien remplies. <p>Les justificatifs et l'éventuelle prescription médicale doivent être transmis dans un délai maximum d'un an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Pour les dépenses concernant des pratiques thérapeutiques, les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINISS, RPPS ou ADELI.</p>

Montant remboursé	<p>Le dispositif « Prévention » rembourse les montants de la dépense exposée pour les prestations de prévention prises en charge dans le cadre du dispositif « Prévention », dans le respect :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du plafond unitaire précisé ci-dessous, - et du montant maximum prévu par acte de prévention. <p>Ce remboursement tient également compte des remboursements déjà effectués au titre du Dispositif « Prévention ».</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Les remboursements se feront dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p>
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande du Dispositif prévention (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).

DISPOSITIF « PREVENTION » DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE

LISTE DES PRESTATIONS POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Le tableau ci-dessous présente la liste des prestations pouvant donner lieu à un remboursement au titre du dispositif « Prévention » et le plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature).

ACTES DE PREVENTION	NATURE DES PRESTATIONS DE PREVENTION	PRECISIONS SUR LA / LES PERSONNES CONCERNEES PAR LA PRESTATION	PLAFOND / PRESTATION	PLAFOND / ACTES DE PREVENTION
Prévention des troubles de l'alimentation	Prise en charge d'un bilan nutritionnel	Le Bénéficiaire	50€ / bilan	200€ / Bénéficiaire / année civile
	Prise en charge des consultations diététiques		50€ / séance	
Prévention des troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace	Prise en charge des séances de psychomotricien – bilan initial	Le Bénéficiaire	200€ / bilan initial	300€ / Bénéficiaire / année civile
	Prise en charge des séances de psychomotricien – séances autres que le bilan initial		40€ / séance	
Prévention des maladies	Prise en charge des vaccins non remboursés	Le Bénéficiaire	50€ / Bénéficiaire / année civile	
Prévention Infiltration	Prise en charge des infiltrations non remboursées	Le Bénéficiaire	50 € / infiltration Dans la limite de 3 par année civile et par Bénéficiaire	
Dépistage	Tests de dépistage (trisomie 21, cancer du côlon...)	Le Bénéficiaire	150€ / Bénéficiaire / année civile	
	Tests d'ovulation non remboursés			
	Tests de grossesse non remboursés			

**DISPOSITIF « AIDE AU FINANCEMENT DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE
DES RETRAITES COUVERTS PAR LE REGIME CONVENTIONNEL »
DE LA REPARTITION PHARMACEUTIQUE**

Les dispositions du présent règlement ne sont pas exhaustives des éventuelles décisions ultérieures portant sur le règlement HDS actées par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique (CPG)

AIDE AU FINANCEMENT DES COTISATIONS FRAIS DE SANTE DES RETRAITES COUVERTS PAR LE REGIME CONVENTIONNEL	
Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation « frais de soins de santé » des anciens salariés retraités qui adhèrent au régime conventionnel « frais de soins de santé » tel que défini par la convention collective nationale de la Répartition Pharmaceutique, sous condition de ressources.
Bénéficiaires	Peuvent bénéficier du dispositif, les anciens salariés retraités (hors conjoint et ayants-droit) : <ul style="list-style-type: none"> - Couverts par le régime conventionnel frais de santé au moment de la demande d'aide, et affiliés au régime des anciens salariés depuis 3 ans et plus, et dont - La pension de retraite fiscale nette est inférieure ou égale à 12 000 €
Période de validité	Par année civile, à compter du 01/01/2023
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus). 2- Le Bénéficiaire doit : <ul style="list-style-type: none"> - Remplir le formulaire de prise en charge et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que la condition d'éligibilité visée au 1 ci-dessus est remplie. - Adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 décembre N pour le bénéfice de l'aide N sur les cotisations N-1 (exemple : pour l'aide 2023 versée au titre des cotisations 2022, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 décembre 2023). <p>La date de la demande de remboursement prise en compte correspond à la date d'envoi de la demande à l'APGIS, le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre à jour du paiement de ses cotisations au titre du régime conventionnel frais de santé des anciens salariés
Date et modalités du remboursement	L'aide est versée une fois par an, par virement, sur le compte bancaire du retraité.
Montant de l'aide	Le montant forfaitaire du dispositif s'élève à 120 € par année civile. Le montant de ce dispositif est susceptible de modification en fonction de son évolution, approuvée par le Comité Paritaire de Gestion de la Répartition Pharmaceutique. Toute modification apportée à ce montant s'applique, à compter de son entrée en vigueur, aux dispositifs en cours mais ne conduit pas à modifier les autres dispositions du présent règlement ou apporter de nouveaux droits au Bénéficiaire.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande du Dispositif aide au financement des cotisations frais de sante des retraites couverts par le régime conventionnel (date du cachet de la poste ou de réception via l'espace assuré faisant foi).