



INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

REGLEMENT DISPOSITIFS HDS AU 1^{er} JANVIER 2021

Au titre de l'année 2021, les actions financées par le Haut degré de solidarité de l'industrie pharmaceutique sont :

- a - Alimentation du fonds collectif santé permettant la réduction des cotisations santé pour les assurés qui adhèrent au régime des anciens salariés à la retraite
- b - Fil'apgis
- c - Dispositif aidant
- d - Dispositif coups durs
- e - Dispositif Prévention
- f - Hospiway
- g - C'Evidentia (à compter du 1er mai 2021)
- h - Fonds de solidarité

Les actions relatives aux points c, d,e sont détaillées ci-après.

JANVIER 2021



Règlement HDS - Dispositif Aidant

Objet	Aide financière à l'Aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou de handicap.
Période de validité du Dispositif Aidant	Année 2021 (sauf reconduction de l'action sur décision de la Commission Paritaire de Gestion de l'Industrie Pharmaceutique).
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises adhérentes au Régime Professionnel Conventionnel prévoyance et/ou santé de l'Industrie Pharmaceutique assurés par les organismes assureurs recommandés ainsi que leurs ayants droit.</p> <p>Les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance et/ou de santé y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit.</p> <p>Les anciens salariés concernés sont ceux qui adhèrent au Régime Professionnel Conventionnel frais de santé des anciens salariés de l'Industrie pharmaceutique assuré par l'organisme assureur recommandé, (y compris veuf et veuve et ayants droit d'un ancien salarié décédé) ainsi que ceux bénéficiant de prestation incapacité temporaire ou invalidité indemnisées par le Régime de Prévoyance.</p> <p>Les ayants droit majeurs sont ceux qui sont couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.</p>
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 - 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 pour lequel aucune demande de dispositif 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 majeurs 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 second dispositif n'est pas possible (le demandeur peut faire une demande au titre du fonds social).</p> <p>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	Montant maximum de l'aide = 750€ par personne aidée versés sur justificatifs des dépenses engagées et/ou sur décomptes des allocations versées par la CPAM ou la CAF, en cas de congé de solidarité familiale, de proche aidant, ou de présence parentale, et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.

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.</p> <p>b - La prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement</p> <p>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).</p> <p>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, ...).</p> <p>e - Les justificatifs des dépenses engagés doivent être libellés au nom et prénom de l'Aidant du proche en situation de perte d'autonomie ou de handicap. Les justificatifs des dépenses engagés peuvent également être libellés au nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'Aidant.</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p>
Versement d'une allocation	<p>a - Le Bénéficiaire en situation de congé de solidarité familiale, de congé de proche aidant, ou congé de présence parentale, et percevant de la part de la CPAM ou de la CAF des allocations peut bénéficier d'une allocation versée dans le cadre du dispositif Aidant. S'il bénéficie déjà d'une indemnité complémentaire à ces allocations au titre d'une assurance pour les aidants, la prise en charge des remboursements des frais exposés pendant la période d'éligibilité au titre du dispositif aidant interviendra après l'indemnité d'assurance complémentaire.</p> <p>b - La demande pour bénéficier de l'allocation doit être faite dans la période éligible au versement.</p> <p>c - Le Bénéficiaire doit transmettre les décomptes des allocations versées par la CPAM ou la CAF, pendant la période éligible au versement et permettant de vérifier que les conditions visées au a et b ci-dessus sont remplies. Les décomptes doivent être libellés à son nom et prénom dans un délai maximum de 1 an après la date de paiement des allocations par la CPAM ou la CAF. Ils doivent permettre d'identifier la période d'indemnisation et le montant de l'allocation versé au Bénéficiaire par la CPAM ou la CAF.</p>
Montant Versé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après ou 40 % de l'allocation versée par la CPAM ou la CAF dans le cadre d'un congé de solidarité familiale, de proche aidant ou de présence parentale non indemnisé au titre d'un régime complémentaire.</p> <p>Dans tous les cas le montant est limité au 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.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>
En tout état de cause, le montant total versé au titre du présent dispositif ne peuvent excéder le montant maximal de l'aide de 750 € par couple aidant / aidé.	

Définitions utiles au titre du Dispositif aidant

Définition de l'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 en situation de perte d'autonomie ou de handicap et qui n'est pas rémunéré pour cette aide.
Définition de l'Aidé	Proche dont la perte d'autonomie ou le handicap relève des droits : - 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 3.
Définition des Ayants droit au titre du HDS	Ayants droit majeurs couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande d'aide au titre du dispositif Aidant, le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement ou aux versements des allocations	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.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des dépenses remboursables / congés éligibles et budget unitaire maximum de prise en charge au titre du Dispositif Aidant (incluant les charges et taxes de toute nature).

Nature des actions	Précisions sur la / les personnes concernées par l'action	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/ aux 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		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	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 et suivi nutritionnels	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 et suivi psychologiques	Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique + suivi éventuel	300€/ bilan 45€ / consultation de suivi
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 allocation exprimée en pourcentage de l'allocation journalière versée par la CPAM pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	40% de l'allocation perçue par la CPAM
Congé de Proche Aidant	Versement d'une allocation exprimée en pourcentage de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	40% de l'allocation perçue par la CAF
Congé de Présence Parentale	Versement d'une allocation exprimée en pourcentage de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	40% de l'allocation perçue par la CAF
Pour les dépenses non prévues dans la liste qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds de solidarité (remplir une demande d'aide du fonds social).		

Règlement HDS - Dispositif Coups Durs

Objet	Aide financière en cas de coups durs : - maladie grave, - décès d'un membre de la famille - hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période de validité du Dispositif Coups Durs	Année 2021 (sauf reconduction de l'action sur décision de la Commission Paritaire de Gestion de l'Industrie Pharmaceutique).
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises adhérentes au Régime Professionnel Conventionnel Prévoyance et/ou santé de l'Industrie Pharmaceutique assurés par les organismes assureurs recommandés ainsi que leurs ayants droit. Les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance et/ou de santé y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit. Les anciens salariés concernés sont ceux qui adhèrent au Régime Professionnel Conventionnel frais de santé des anciens salariés de l'Industrie pharmaceutique assuré par l'organisme assureur recommandé, (y compris veuf et veuve et ayants droit d'un ancien salarié décédé) ainsi que ceux bénéficiant de prestation incapacité temporaire ou invalidité indemnisées par le Régime de prévoyance. Les ayants droit sont ceux qui sont couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.

Définitions utiles au titre du Dispositif coups durs

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande du dispositif Coups durs, le cachet de la poste ou la date du courriel faisant foi.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

DISPOSITIF COUPS DURS – MALADIE GRAVE

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 du fait générateur du Coup dur – Maladie grave c'est-à-dire à la date de la demande (cf définitions des maladies graves).</p> <p>2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer l'existence de la Maladie grave pris en charge.</p> <p>3 - Le fait générateur de la Maladie grave doit se situer pendant la période de validité du dispositif Coups durs Maladie grave.</p> <p>4 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du dispositif pour la maladie grave.</p>
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide en cas de maladie grave = 750€ versé sur présentation des justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Le plafond de 750€ s'applique pour une ou plusieurs maladies graves.</p> <p>Lorsque la maladie grave fait partie des maladies redoutées, le montant de 750 € est versé en une fois sur présentation des justificatifs permettant de démontrer l'existence d'une ou plusieurs maladie(s) redoutée(s) sous déduction des éventuelles dépenses déjà remboursées au titre du dispositif maladie grave.</p> <p>Une seule aide est accordée au Bénéficiaire de manière définitive au titre de Maladie grave aucune autre demande ne peut être formulée pour ce Bénéficiaire.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement pris en charge dans le cadre du dispositif Coups durs - la Maladie grave 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 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 - Maladie grave (voir liste 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 ...); Les justificatifs pris en compte au titre de la Maladie grave sont ceux correspondant à la période d'éligibilité du dispositif coups durs maladie grave.</p> <p>e - Les justificatifs des dépenses engagés doivent être libellés au nom et prénom du bénéficiaire du dispositif. Les justificatifs des dépenses engagées peuvent également être libellés au nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire de PACS du bénéficiaire du dispositif.</p>
Montant versé	<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 coups durs - Maladie grave et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>En cas de maladie redoutée, le dispositif Coups durs – Maladie grave verse une aide financière forfaitaire unique au Bénéficiaire dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Si l'ayant droit est mineur, l'aide financière sera versée à son représentant légal.</p>
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.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de la demande d'aide en cas de maladie grave.
Coups durs Maladie grave- Définition des maladies pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Peuvent ouvrir droit à l'aide prévue en cas de maladie grave:</p> <p>✓ Les maladies graves figurant dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémopathies, • Insuffisance hépatique sévère, • Diabète insulino-instable, • Myopathie, • Insuffisance respiratoire instable, • Mucoviscidose, • Polyarthrite rhumatoïde évolutive, • Sclérose latérale amyotrophique, • Epilepsie, • Paraplégie traumatique et non traumatique, • Tétraplégie traumatique et non traumatique. <p>Dont Maladies redoutées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral invalidant, • Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, • Parkinson non équilibré, • Insuffisance rénale dialysée décompensée, • Suite de transplantation d'organe, • Sclérose en plaques, • Cancer. <p>La liste ci-dessus pourra être mise à jour sur décision du Comité Paritaire de Gestion.</p> <p>L'existence de la maladie grave doit être établie par un certificat médical rempli par le médecin traitant du demandeur (Certificat médical HDS « Maladies graves ») 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 Coups durs - Maladie grave.</p>

DISPOSITIF COUPS DURS DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

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 du fait générateur du Coup dur soit la date du décès d'un membre de la famille ;</p> <p>2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer l'existence du décès d'un membre de la famille pris en charge (voir définition).</p> <p>3 - Le fait générateur du décès doit se situer pendant la période de validité du dispositif Coups durs décès.</p> <p>4 - Le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du dispositif Coups durs décès dans les 3 mois qui suivent le décès.</p>
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide en cas de décès= 750€ versé sur présentation des 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.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement pris en charge dans le cadre du dispositif Coups durs décès 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 suivent la date du décès ;</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 décès (voir liste 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 ...); Les justificatifs pris en compte au titre du décès sont ceux correspondant à la période d'éligibilité du dispositif coups durs décès.</p> <p>e - Les justificatifs des dépenses engagés doivent être libellés au nom et prénom du bénéficiaire du dispositif. Les justificatifs des dépenses engagées peuvent également être libellés au nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire de PACS du bénéficiaire du dispositif.</p>
Montant versé	<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 Coups durs décès et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Si l'ayant droit est mineur, l'aide financière sera versée à son représentant légal.</p>
Période éligible au remboursement	Sous réserve d'en avoir fait la demande dans les délais fixés dans les conditions d'éligibilité : dans les 12 mois qui suivent la date du décès.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date du décès d'un membre de la famille.
Définition des membres de la famille pour l'aide en cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> - Conjoint du Bénéficiaire, concubin et partenaire de PACS ; - Enfant du Bénéficiaire ou de son conjoint / concubin / partenaire de PACS (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant) ; - Ascendants directs du Bénéficiaire.

DISPOSITIF COUPS DURS HOSPITALISATION

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 du fait générateur du Coup dur hospitalisation, soit la date de sortie d'hospitalisation de 4 jours et plus continus ;</p> <p>2 - Le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer l'existence d'une hospitalisation pris en charge (voir définition).</p> <p>3 - Le fait générateur du coup dur hospitalisation 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 hospitalisation, dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation ;</p>
Montant de l'aide	<p><u>Montant maximum de l'aide en cas d'hospitalisation de 4 jours continus = 750€</u> versé sur présentation des justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Le plafond de 750€ s'applique pour une ou plusieurs hospitalisations de 4 jours et plus continus sur une période de 12 mois ;</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement 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 suivent la date de sortie d'hospitalisation.</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 hospitalisation (voir liste 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 ...); Les justificatifs pris en compte au titre du dispositif coups durs hospitalisation sont ceux correspondant à la période d'éligibilité du dispositif.</p> <p>e - Les justificatifs des dépenses engagés doivent être libellés au nom et prénom du bénéficiaire du dispositif. Les justificatifs des dépenses engagées peuvent également être libellés au nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire de PACS du bénéficiaire du dispositif.</p>
Montant versé	<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 Coups durs hospitalisation et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p> <p>Si l'ayant droit est mineur, l'aide financière sera versée à son représentant légal.</p>
Période éligible au remboursement	<p>Sous réserve d'en avoir fait la demande dans les délais fixés dans les conditions d'éligibilité : dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation.</p>
Date du fait générateur (date de survenance)	<p>Date de sortie d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus ;</p>
Définition des hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Hospitalisation d'au moins 4 jours continus.</p> <p>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.</p>

Règlement HDS - Dispositif Coups Durs

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Dispositif coups durs et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Précisions sur la / les personnes concernées par l'action	Décès	Hospitalisation	Maladie grave	Plafond	
Garde d'enfants	les enfants du Bénéficiaire.	x	x	x	22€ / h	
Accompagnement à l'école/ aux activités extra- scolaires		x	x	x	22€ / h	
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	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	25€ / 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 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 et suivi psychologiques	Diagnostic des besoins du Bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique + suivi éventuel.	x	x	x	300€ / bilan 45€ / consultation de suivi	
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	Pour le Bénéficiaire.		x	x	350€ / dossier	
<p>Pour les dépenses non prévues dans la liste qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds de solidarité (remplir une demande d'aide du fonds de solidarité)</p>						

Règlement HDS - Dispositif Prévention

Objet	Les actions mises en œuvre visent la prévention des troubles de l'alimentation, la prévention des troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace, ainsi que le remboursement des tests, dépistages et analyses.
Période de validité du Dispositif Prévention	Année 2021 (sauf reconduction de l'action sur décision du Comité Paritaire de Gestion de l'Industrie Pharmaceutique).
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises adhérentes au Régime Professionnel Conventionnel prévoyance et/ou santé de l'Industrie pharmaceutique assurés par les organismes assureurs recommandés ainsi que leurs ayants droit.</p> <p>Les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit.</p> <p>Les anciens salariés concernés sont ceux qui adhèrent au Régime Professionnel Conventionnel frais de santé des anciens salariés de l'Industrie pharmaceutique assuré par l'organisme assureur recommandé, (y compris veuf et veuve et ayants droit d'un ancien salarié décédé) ainsi que ceux bénéficiant de prestation incapacité temporaire ou invalidité indemnisées par le Régime de prévoyance.</p> <p>Les ayants droit sont ceux qui sont couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.</p>
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 de remboursement.</p> <p>2 - Le Bénéficiaire doit adresser ses demandes de remboursement au gestionnaire du HDS 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 justificatifs des dépenses engagées.</p>
Prestations de prévention	<p>Prévention des troubles de l'alimentation : prise en charge d'un bilan nutritionnel (50€ le bilan) et/ou des consultations diététiques (30€ par séance) dans la limite globale de 200€ / Bénéficiaire / année civile sur prescription médicale.</p> <p>Prévention des troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace : prise en charge des séances de psychomotricien pour les enfants couverts par le régime conventionnel: 90€ pour le bilan initial + 40€ par séance dans la limite globale de 500€ / Bénéficiaire / année civile sur prescription médicale.</p> <p>Prévention/dépistage : Tests, autotests, dépistages et analyses non remboursés : 150€ / Bénéficiaire / année civile sur présentation des justificatifs des frais exposés. Il est précisé que les autotest COVID ne sont pas remboursés au titre du présent dispositif.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le Bénéficiaire et non remboursées par ailleurs.</p> <p>b - La prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du dispositif Prévention.</p> <p>c - Le Bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>d - Les justificatifs des dépenses engagées doivent être libellés au nom et prénom du bénéficiaire du dispositif. Les justificatifs des dépenses engagées peuvent également être libellés au nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire de PACS du bénéficiaire du dispositif.</p>
Période d'éligibilité	La période d'éligibilité du dispositif prévention est en année civile.
Montant versé	<p>Montant de la dépense exposée dans du plafond en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Dispositif prévention 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 Dispositif Prévention

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif par le Régime Professionnel Conventionnel frais de santé assuré par l'organisme assureur recommandé.
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 d'aide au titre du dispositif Prévention, le cachet de la poste ou la date de réception du mail faisant foi.
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS.