

CGSP CHEMINOTS

ACOD SPOOR

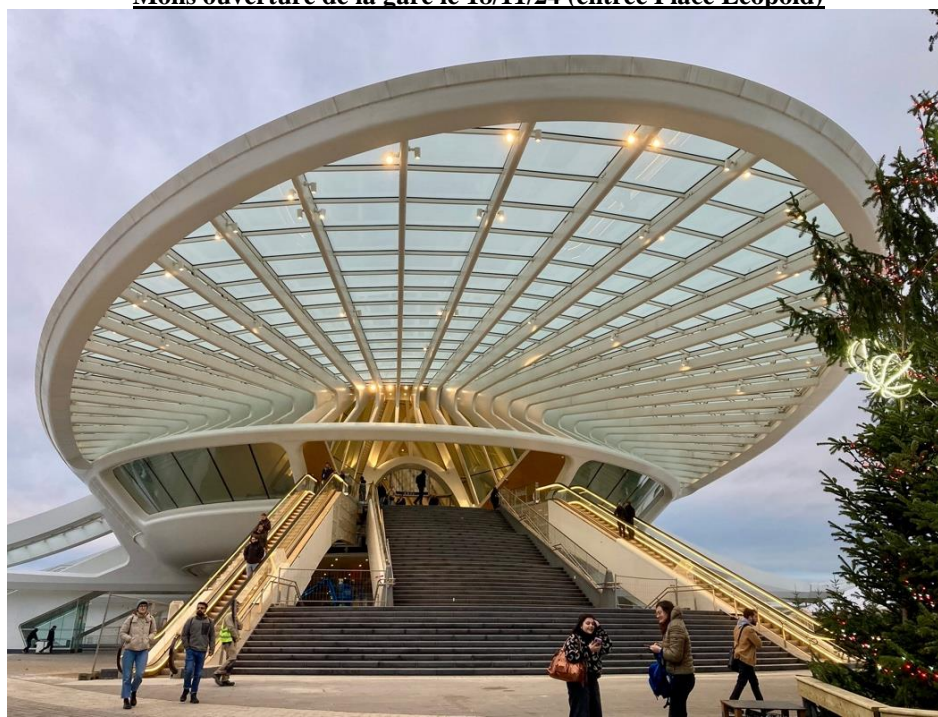
INFOS PENSIONNES

Numéro spécial

**Caisse de Solidarité Sociale :
Encore plus d'avantages en 2025**

Edition Nationale 2025

Mons ouverture de la gare le 18/11/24 (entrée Place Léopold)



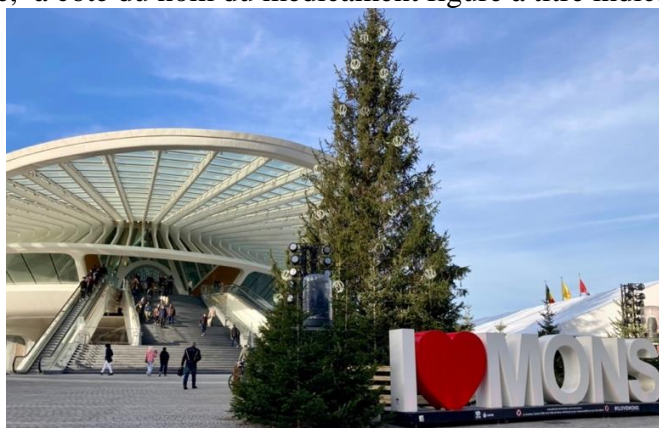
Version francophone

<u>Table des matières :</u>	Pages
Comment joindre ma Régionale syndicale par téléphone.....	4
Avantages et Interventions de la Caisse de Solidarité Sociale.....	5 à 12
Assistants Sociaux et points de contacts régionaux (nouveaux numéros)..	13 et 14
Où trouver les formulaires de demande d'intervention.....	4
Tableau des formulaires disponibles dans cette brochure	20
Enveloppes roses	15
Relevé des remboursements médicaux	15
Assurance hospitalisation (tarifs chambre simple - nouveaux tarifs).....	15
Que faire en cas de décès	19
Indemnités de funérailles et de décès	16
Soins de santé à l'étranger	16
Lunettes et lentilles de contact (nouveaux tarifs).....	16
Bas de contention	16
Chirurgie des yeux	17
Cadeaux de fin d'année / Allocation d'hiver	17
Comment introduire une demande de billet FIP (P174)	18
Liste des billets gratuits internationaux accordés aux pensionnés	18
Transport vers les hôpitaux (ambulance et autres - nouveaux tarifs)	19
Nouveaux trains OUIGO Classique Bruxelles Midi-Mons-Paris Nord.....	20

Liste D : Sur cette liste figure tous les médicaments pour lesquels la Caisse de Solidarité Sociale intervient. La liste complète figure en fin de la brochure **CGSP/ACOD 2024** disponible à votre Régionale et sur www.cheminots.be rubrique « Pensionnés » « infos pratiques ».

Ces médicaments sont facturés aux affiliés de la CSS 5,00 € maximum pour les non-BIM et 3,25 € pour les BIM. Pour bénéficier de ces avantages ces médicaments doivent être prescrits par un médecin et faire l'objet d'une ordonnance médicale.

Pour info, dans la liste, à côté du nom du médicament figure à titre indicatif le prix public.



Préambule

Voilà presque vingt-cinq ans que nous sommes entrés dans le XXI ème siècle. En l'an 2000, le premier jour, un supposé dysfonctionnement des ordinateurs faisait craindre un « bug » à 0h00. C'est-à-dire que les programmes informatiques ne passeraient peut-être pas le cap du XX ème siècle au XXI ème, causant ainsi de graves lacunes dans l'exploitation ferroviaire. Il n'en a rien été !

Depuis lors, que d'énormes progrès ! Les ordinateurs, les tablettes et autres smartphones sont partout entraînant malheureusement la réduction de beaucoup d'emplois. C'est incontestable, l'informatique rend des tas de services et facilite certaines démarches mais pas pour tout le monde.

Parmi les pensionnés, bon nombre ne sont pas connecté ou ne maîtrise pas suffisamment l'informatique pour surfer sur le net.

La CGSP/ACOD est attentive à l'aspect de cette problématique et démarche sans cesse auprès des différents services des Chemins de Fer pour que les démarches administratives et autres soient toujours possible par téléphone ou par courrier.

A cet égard, nous avons fait en sorte, dans cette brochure, d'associer à chaque adresse mail un numéro de téléphone. Vous n'aurez pas forcément un interlocuteur au bout du fil mais parfois un répondeur téléphonique. Dans ce cas conformez-vous aux directives données ou laissez vos coordonnées si elles sont requises.

Si vous n'obtenez pas satisfaction n'hésitez pas de téléphoner à l'Assistant(e) Social(e). Voir pages 13 et 14. Ce personnel très compétent se fera un plaisir de vous aider.

Enfin, si besoin, vous pouvez toujours prendre contact avec votre Régionale. Voir page 4 pour les numéros de téléphone des Régionales de **la CGSP/ACOD**.

JCD

Où trouver les formulaires à compléter pour obtenir les interventions de la C.S.S.

- 1- Auprès de votre Régionale ou **à la fin de cette brochure** (voir page 20).
- 2- Dans la revue « Le Rail » conjointement à l'article mentionnant l'intervention de la CSS (possible aussi de faire photocopie du document)
- 3- Par internet sur le site de HR-Rail www.hr-rail.be mais aussi sur www.hr-railcare.be rubrique « Formulaires et autres Documents ».
- 4- Auprès du CMR dont vous dépendez en adressant un mail ou en téléphonant aux numéros gratuits ci-après :
 CMR Bruxelles 0800/95 482 (cmrbruxelles@hr-rail.be)
 CMR Mons et Charleroi 0800/95 484 (cmrmons@hr-rail.be)
 CMR Namur, Liège et Arlon 0800/95 485(cmrnamur@hr-rail.be)

Liège-Guillemins



Comment joindre ma Régionale Syndicale :

Bruxelles	02/226 13 51 ou 52	Brussel	02/226 13 56
Liège	04/221 97 66	Leuven	016/21 37 29
Verviers	087/69 39 50	Hasselt	011/30 09 81
Welkenraedt	087/88 00 55	Antwerpen	03/213 69 55
Namur	081/72 91 43	Mechelen	015/41 07 00
Luxembourg	061/23 01 00	Roeselare	051/20 72 68 056/26 36 90
Mons	065/39 40 00 ou 12	Gent	09/269 93 48 of 46
Charleroi	071/79 71 11		
Tournai	069/22 61 51 ou 069/77 83 47		

Tableau récapitulatif des interventions de la Caisse de Solidarité Sociale

Pour plus d'informations renseignez-vous auprès de votre CMR ou de l'Assistant(e) Social(e). Voir pages 13 et 14.

POUR TOUT CAS NON REPRIS DANS LE TABLEAU CI-APRES, ADRESSEZ-VOUS A VOTRE PERMANENT REGIONAL QUI AU BESOIN FERA SUIVRE AUX INSTANCES NATIONALES DE LA CGSP/ACOD.

Par ordre alphabétique :

<u>Motif</u>	<u>Montant</u>	<u>Conditions</u>
--------------	----------------	-------------------

A

Abonnement à un club de sport valable minimum 3 mois	50 € par année calendrier. Si sports olympiques reconnus + la marche, la danse, la pétanque, le fitness, le yoga, le squash.... Liste complète sur RailCare.	Compléter formulaire disponible page 21, aussi sur HR-Rail, ou au Club même. Mentionner : Nom, type d'abonnement, durée de validité et montant payé. Envoyer à Social Advantages 10-04 H-HR. 441 rue de France 85, 1060 Bxl.
Aide au sevrage tabagique	150 € pour achat de substituts nicotiques sur prescription médicale ----- 50 € par an pour consultation d'un tabacologue	Forfait unique. Remplir formulaire page 23 et joindre tickets de la pharmacie ----- Remboursement des tickets modérateurs. Faire remplir formulaire page 23 par le tabacologue
Achat et location de matériel médical	1. <u>Achat</u> BIM : 90% du montant de la facture Non BIM: 75 % du montant de la facture Remboursements limités à un montant maximum 2. <u>Location</u> 100% du prix de location, limité à un montant maximum	La Caisse des soins de santé ne doit pas être intervenue. Le matériel médical doit figurer dans la liste des articles remboursés par la Caisse de solidarité sociale. Demande préalable à introduire à votre centre médical régional, accompagnée d'une attestation médicale et d'une description du matériel
Activité culturelle/Artistique	50 € par an limité au montant de l'inscription	Être inscrit au conservatoire ou à l'académie pour 3 mois minimum. Faire remplir le

		formulaire page 35 et renvoyer à l'adresse indiquée. + vignette
Aides familiales et ménagères	1,50 € par heure prestée	Certificat médical attestant que l'état de santé nécessite une aide à domicile pour les moins de 70 ans
Allocation d'hiver/ voir aussi cadeau de fin d'année (c'est l'un ou l'autre)	Montant forfaitaire compris entre 137,50 et 275 € selon les ressources et la composition du ménage. Voir l'Assistante Sociale pour connaître les revenus maximum autorisés.	Être pensionné, veuf ou orphelin. Compléter le formulaire et la procuration pages 32 et 33 et les transmettre à l'adresse indiquée sur le document avant le 01/10/2025
Appareils auditifs	Jusqu'à 150 € par appareil. Voir piles (P) et chargeur page 9	Perte auditive de 40 dB minimum, constatée à l'oreille sur la base d'une audiométrie tonale. L'appareil auditif doit répondre à certaines caractéristiques minimales. Délai de renouvellement à partir de la date de la fourniture antérieure : 5 ans
Assurance hospitalisation	Gratuite en chambre double	Voir tarif pour chambre particulière page 15

B

Bouchons d'oreilles de protection (standards ou sur mesure)	Contre le bruit, pour la natation etc 30 € par année calendrier.	Achat dans un magasin spécialisé, pas sur internet ni grande surface ; Disposer d'une facture détaillée qui reprend le type de bouchon ; Envoyer au CMR avec vignette.
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C

Cadeau de fin d'année aux personnes placées	Montant forfaitaire alloué compris entre 137 et 275 € sur la base des revenus et de la composition du ménage. Voir Assistante Sociale.	Être pensionné et placé en résidence communautaire. Compléter le formulaire et la procuration pages 32 et 33. Non cumulable avec l'allocation d'hiver.
Centre de jour pour personnes âgées	5 € par jour limité au prix réellement payé	Etre âgé de 60 ans et plus. 50 jours par an maximum
Centre de jour pour	5 € par jour	La demande doit être introduite dans l'année qui suit les jours de fréquentation. Compléter le formulaire

personnes handicapées		page 37 et transmettre avec la facture.
Chirurgie des yeux ou implant de lentilles	300 € par œil pour prestations relatives à la correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme.	Faire compléter le formulaire page 39 repris en annexe par le dispensateur de soins et le renvoyer au CMR accompagné de la facture. N'oubliez pas les vignettes sur les 2 documents.
Consultation d'un diététicien	20 € par séance, maximum 6 consultations par année.	Compléter le formulaire page 25. Le diététicien devra posséder un n° INAMI. Séances individuelles seulement.
Court séjour en maison de repos	10 € par jour pour une durée de 60 jours maximum par année calendrier	Vous ne séjournez pas plus de 90 jours en maison de repos et vous réintégrez votre domicile ou celui d'un proche. Renvoyez le formulaire ad hoc dans l'année qui suit le dernier jour du séjour.

D

Don pour noces jubilaires	186 €. Envoyez un extrait d'acte de mariage non timbré muni d'une vignette au bureau 10-04 H-HR.441. rue de France 85 – 1060 Bruxelles.	Les deux conjoints doivent être en vie à la date des 50 ans de mariage.
Don de 1^{ère} nécessité en cas de dommages à votre maison	750 € augmenté de 75 € par cohabitant	Contactez l'Assistante sociale dans le mois du sinistre. Être victime d'un incendie, d'une catastrophe naturelle ou d'un véhicule automoteur. L'immeuble touché est celui dans lequel vous résidez. Cave, garage ou annexe pas pris en compte
Don au mariage ou cohabitation légale	200 € N'oubliez pas d'apposer une vignette sur les documents.	Copie acte de mariage ou déclaration de cohabitation légale à envoyer à HR10-04H-HR441rue de France 85 1060 BXL

E

Examen de dépistage précoce	15 € une fois par année pour le dépistage des maladies cardio-vasculaires, cancer, affections respiratoires, allergies, diabète, et ostéoporose.	Remboursement par CMR sur base du formulaire page 26 complété et signé par médecin traitant.
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

G

Garde à domicile des personnes âgées	2 € par heure prestée, limitée à un maximum de 8 heures par jour ou par nuit et de 120 jours par an. Avoir 70 ans ou plus. Service de garde doit être agréé.	Compléter le formulaire ad hoc et le renvoyer avec la facture au CMR dans le courant de l'année qui suit le dernier jour de garde.
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

H

Hospitalisation	Prise en charge des tickets modérateurs légaux et par l'assurance hospitalisation en cas de tiers payant.	Être affilié à la Caisse de Soins de Santé. Aviser l'assureur AXA de toute hospitalisation au 078 15 57 40 ou sur www.mediassistance.be .
Homéopathie	Médicaments repris dans la liste D lettre H soit 5 € (3,50 si BIM) à concurrence de 125 € par an maximum Voir liste D brochure 2024.	Ils doivent avoir été prescrits par un dispensateur de soins habilité et leur remboursement est subordonné à une demande qui doit être introduite auprès de votre centre médical régional.

I

Incontinence (Plus de détails dans Le Rail de Janvier/février 2023 pages 16 et 17)	25 € si vous bénéficiez d'un mini-forfait pour incontinence non traitable. L'intervention pour le forfait doit être demandée tous les 3 ans.	Condition : vous souffrez d'une incontinence continue urinaire ou fécale non traitable. Railcare versera automatiquement le forfait mensuel en fonction de la durée de votre mini-forfait. Faire compléter le formulaire page 36 par le médecin. L'intervention doit être demandée tous les 3 ans. Faire compléter le formulaire page 36 par le médecin.
	25 € si vous souffrez d'incontinence fécale et si ne recevez aucun forfait de l'INAMI	
	25 € pour une période de 3 mois (renouvelable) durée totale maximum 1 an si vous souffrez d'incontinence urinaire traitable	

Indemnité de funérailles en cas de décès d'un pensionné statutaire	L'indemnité équivaut au montant brut de la dernière mensualité de pension limitée au maximum à 4007,01 € (au 01/01/24) et limitée aussi au montant réellement payé. Le montant maximum au 01/01/25 ne nous a pas encore été communiqué. Voir Assistante Sociale.	Octroyé au conjoint (non divorcé ni séparé de corps), aux héritiers en ligne directe. A défaut, à la personne qui a assumé les frais funéraires sur base des pièces justificatives (factures). Demande à introduire dans les 12 mois après le décès auprès de l'Assistant Social ou du Bureau HHR 441 – Social Avantages tf 02/525.39.97 mail : avantagessociaux@hr-rail.be
---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indemnité de décès octroyé au pensionné statutaire	800 €. Versé automatiquement. Aviser du décès de la personne à charge l'Assistant (e) Social(e) ou le Bureau HHR- 441. tf 02/525.39.97 mail : avantagessociaux@hr-rail.be	Octroyé au pensionné statutaire en cas de décès d'un membre de la famille affilié à la Caisse de Soins de Santé en qualité de personne à charge. (Votre conjoint, votre cohabitant légal ou votre enfant domicilié à la même adresse).
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L

Lunettes, lentilles et monture	40 % du montant restant à charge du bénéficiaire limité à maximum 800 € + Montant forfaitaire de 50 € pour la monture.	Verres correcteurs ou lentilles correctrices de contact 1 demande tous les 2 ans. Pour les montures 1 demande tous les 2 ans. Plus de détails : page 16
---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

M

Médecines parallèles : chiropractie et acupuncture.	10 € par séance, maximum 6 consultations par année, toutes disciplines confondues.	Consulter un prestataire de soins reconnu par une association professionnelle agréée. Envoyer au CMR l'attestation délivrée par le prestataire avec ses coordonnées, la date et le prix payé.
ostéopathie	20 € par séance (6 par an)	Idem
Médicaments	Quote-part personnelle maximum 5 € ou 3,25 € si BIM Voir liste D brochure 2024	Médicaments repris sur liste D brochure 2024. Accord du médecin-conseil pour certains médicaments.

P

Pansements actifs	20 € par mois	Transmettre vos documents médicaux au CMR qui soumettra au médecin conseil pour autorisation.
--------------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Piles et chargeurs de piles pour appareils auditifs	Forfait de 40 €/an pour les piles. Forfait de 100 € 1 fois tous les 4 ans pour un chargeur de piles ou pour un lot de piles compris dans un contrat, limité au montant réellement payé.	Pas de cumul entre piles et chargeur de piles. Les interventions sont également accordées si les achats ont été effectués dans un pays de l'Union Européenne. Les interventions ne sont pas octroyées en cas d'achat en ligne.
Prothèse dentaires amovibles	Forfait de 200 € si la Caisse des soins de santé intervient Forfait de 300 € ou 200 € pour une adjonction, une réparation ou un remplacement de la base : intervention forfaitaire différente selon que la CSS intervient ou non et selon les cas.	Remplacement de la base 2x par mâchoire et par période courante de 7 années civiles. Voir formulaire page 27.

Prothèses dentaires spéciales (dents-pivots, couronnes, bridges, implants)	→ Couronne, dent-pivot et bridge : 300 euros par dent → Implant : 600 euros par dent Toujours limité au montant réellement payé.	Envoyez à votre centre médical régional (CMR) la note d'honoraires ou l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire page 31.
Préservatifs et autotest VIH	30 € par année pour les préservatifs. 30 € par année pour les autotests VIH	Achat en pharmacie (pas internet ni grande surface). Remboursement par CMR en une fois sur base de renvoi des tickets de caisse émis par la pharmacie.

S

Secours au conjoint isolé si conjoint(e) en maison de repos	Complément pour atteindre le revenu d'intégration sociale, après déduction des frais d'hébergement et des revenus du couple. Voir Assistante Sociale.	Un des conjoints est bénéficiaire de la Caisse de solidarité sociale. Un des conjoints est placé en maison de repos. Les revenus mensuels du couple, diminués des frais d'hébergement plafonnés sont inférieurs au revenu d'intégration sociale.
Séjour de convalescence	25 € par jour Utiliser le formulaire à demander à votre point de contact régional. Un certificat médical justifiant le séjour de convalescence est à joindre à la demande ainsi que la facture	Admission dans les 8 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation pour une intervention chirurgicale ou la fin d'un traitement pour maladie grave. Maximum 30 jours/an répartis sur 1 ou 2 périodes ininterrompues. Retour au domicile ou chez un proche à l'issue du séjour.
Semelles orthopédiques	Remboursement quote-part personnelle à concurrence de 100% du tarif INAMI	Semelles prescrites par un médecin Spécialiste. Semelles délivrées par un bandagiste. Semelles reprises à la nomenclature des soins de santé. Semelles adaptées selon mesures et empreinte en plâtre ou en mousse, effectuées par le bandagiste ou par le médecin prescripteur.
Semelles Podologiques	25 € par semelle. 50€ la paire.	Une fois par an.

Soins par pédicure	10,00 € par séance de soins. Pour les plus de 65 ans maximum 6 séances de soins par an.	Pour les personnes de moins de 65 ans sur la base d'un certificat médical attestant que vous souffrez de certaines affections ou d'une perte d'acuité visuelle (totale ou rendant difficile l'accomplissement des actes de la vie quotidienne) Soins prestés par un pédicure ou un Podologue. Compléter le document page 28.
Soutien psychologique	20 € par séance, maximum 15 consultations par année.	Compléter le formulaire page 24 ou le demander à l'Assistante Sociale ou en l'imprimant sur le site de RailCare.

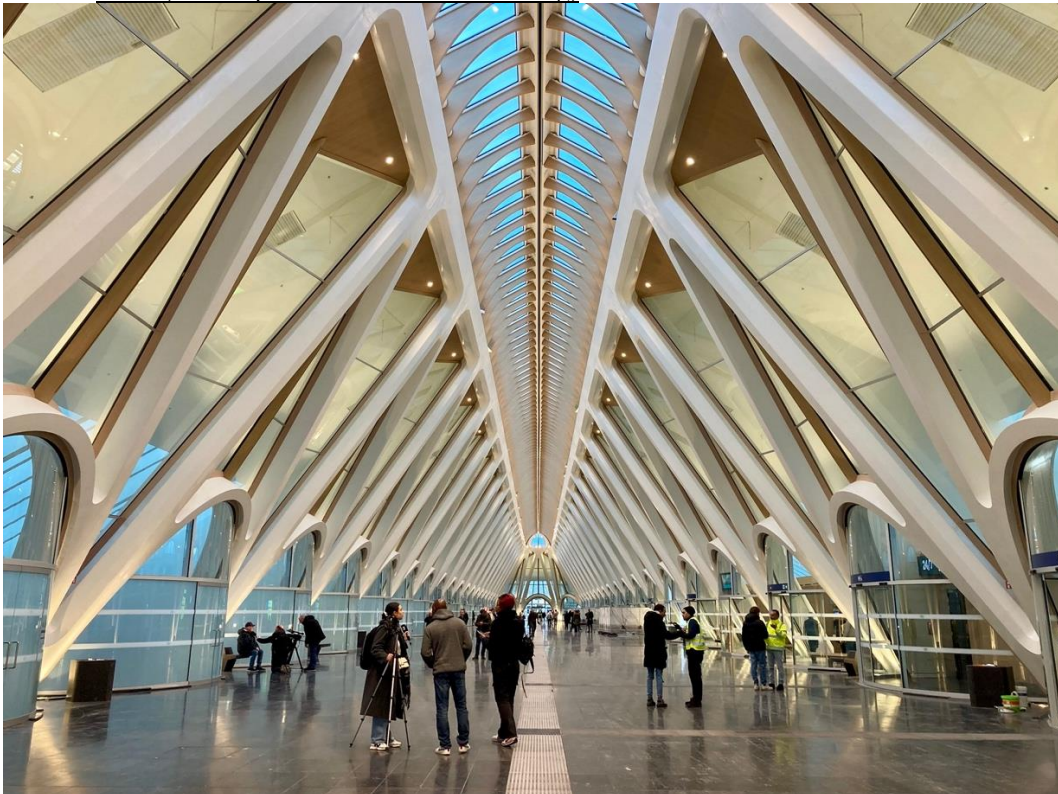
T

Téléassistance	120 € par an ou 10 € par mois complet. Faire la demande en utilisant le formulaire à demander à l'Assistant Social en suivant les directives reprises sur le document.	Vivre seul chez soi ou être partiellement isolé pendant toute ou une majeure partie de la journée. Vivre en couple (marié ou non) et être tous deux bénéficiaires de la CSS et isolés pendant toute ou majeure partie de la journée. Ne pas séjourner de manière momentanée ou définitive dans une résidence communautaire. Sur présentation d'une preuve de paiement et d'un certificat médical si moins de 65 ans au moment de la demande. Plus d'infos auprès de l'Assistante Sociale.
Transport non urgent de malades	0,34 € par km Si transport en voiture personnelle.	S'adresser à MUTAS (coordonnées sur la carte Mutas) qui organise la gestion, la facturation auprès du CMR et à l'assurance complémentaire. Formulaire à compléter page 29
Transport URGENT de malades	Intervention de 75% de la CSS. Plafond maximum à payer pour l'affilié 20 € (8,75 € si BIM)	Appel via 112. Facture (payée) originale à envoyer au CMR + étiquette. Si une hospitalisation fait suite à ce transport, AXA rembourse la différence. + d'infos page 19
Trouble du sommeil	0,25 € par jour. Pris en charge par RailCare.	Utilisation du CPAP

V

Vacances des pensionnés	Jusqu'à 200 € par voyage et par personne, 1x par année civile. Inscrivez-vous en ligne ou par courrier auprès d'AEP Travel. Chaussée de Vleurgat 113 – 1000 Bruxelles tf : 02 648 98 23 www.aeptravel.be	Être pensionné ou titulaire d'une pension de survie
Vaccins	Ils sont délivrés sur ordonnance gratuitement en officine.	Sauf fièvre jaune remboursé par CMR sur présentation attestation fournie par un Centre Conventionné de médecine de voyage.

Gare de Mons (couloir passerelle 168 mètres de long)



Assistant(e)s Sociaux Sociales (A.S.)

Coordonnées des points de contacts régionaux

(Dernière mise à jour le 01/01/25)

De 9h00 à 12h00 (Pour rencontrer l'A.S. prendre rendez-vous)

À Bruxelles (francophone) et en Région wallonne

Bruxelles	10-04 H-HR.442 Rue de France 85 1060 Bruxelles	02/212 82 96 et 02/525 94 40 0800/95 482 pointaccueilbruxelles@hr-rail.be
------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Charleroi	60-02 H-HR.442 Square des Martyrs du 18 août,1, 6000 Charleroi	071/60 22 84 ou 071/60 20 80 et 0800/95 484 pointaccueilcharleroi@hr-rail.be
------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Liège	40-01 H-HR 442 Rue Dartois, 18 4000 Liège	04/241 20 78 ou 04/241 20 03 0800/95 485 pointaccueilliege@hr-rail.be
--------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Libramont	68-01 H-HR 442 Place de la Gare 1 6800 Libramont	081/25 25 77 ou 25 29 16 0800/95 485 pointaccueillearlon@hr-rail.be
------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mons	70-02 H-HR 442 Rue du Musée François Duesberg,1 - 7000 Mons	065/58 25 84 ou 071/58 20 54 0800/95 484 pointaccueilmons@hr-rail.be
-------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Namur	50-03 H-HR 442 Rue Léanne 15 5000 Namur	081/25 29 16 ou 081/25 25 77 0800/95 485 pointaccueilnamur@hr-rail.be
--------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

De 9h00 à 12h00 (Pour rencontrer l'A.S. prendre rendez-vous)

A Bruxelles (néerlandophone) et en Région flamande

Brussel Permanence le mardi	10-04 H- HR442 Frankrijkstraat 85 1060 Brussel	02/526 37 61 0800/95 480 onthaalpuntbrussel@hr-rail.be
----------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Antwerpen	20-01 H-HR 442 Koningin Astridplein, 27 2018 Antwerpen	03/204 28 68 0800/95 483 onthaalpuntantwerpen@hr-rail.be
------------------	--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Brugge	80-02 H-HR 442 Hendrik Brugmansstraat 7 bus 02/01 8000 Brugge	050/30 24 95 ou 09/241 27 60 0800/95 483 onthaalpuntbrugge@hr-rail.be
---------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gent	90-01 H-HR 442 Koningin Maria-Hendrikaplein 1 9000 Gent	09/241 24 84 ou 09/241 35 15 0800/95 483 onthaalpuntgent@hr-rail.be
-------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hasselt	35-02 H-HR442 de Schiervellaan 26 3500 Hasselt	011/29 80 33 ou 011/29 80 70 0800/95 483 onthaalpunthasselt@hr-rail.be
----------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mechelen	28-01 H-HR 442 Koning Alberplein 2 2800 Mechelen	015/40 23 85 ou 015/40 23 83- 0800/95 483 onthaalpuntmechelen@hr-rail.be
-----------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelques infos utiles

Enveloppes roses :

Elles sont à commander soit :

- En allant sur le site www.hr-railcare.be via la rubrique « En un clic »
- En envoyant un mail à pinkenenveloppe@hr-rail.be
- En téléphonant au 02/525 35 59 et en laissant un message sur le répondeur qui vous proposera un dialogue dans la langue de votre choix.

Déposez vos enveloppes roses dans les boîtes rouges de bpost. N'utilisez pas ces enveloppes si vous déposez vos documents dans la boîte aux lettres de votre CMR.

&&&&&&

Relevé des remboursements médicaux.

Si vous n'avez pas d'internet et que vous ne disposez pas de l'application « Mes remboursements en ligne » l'aperçu de vos remboursement en version papier vous parviendra quatre fois par an : **en janvier, en avril, en juillet et en octobre.**

Si vous avez besoin d'une vue d'ensemble plus rapidement (exemple : pour l'assurance hospitalisation) contactez votre CMR aux numéros suivants :

Bruxelles : 0800/95 480

Mons 0800/95 484

Namur 0800/95 485

Si vous disposez d'internet et que vous voulez accéder à l'application « Mes remboursements en ligne » connectez-vous sur le site www.hr-railcare.be et accédez à votre profil utilisateur. Cliquez sur « Modifier mes remboursements en ligne ». Suivez ensuite le dialogue proposé. Vous recevrez ensuite un mail confirmant votre inscription.

&&&&&&&&

Assurance hospitalisation (tarif 2025)

Modification des tarifs en chambre particulière.

Affilié à la Caisse de Soins de Santé		
Âge	Chambre double	Chambre individuelle
De 18 à 64 ans	A charge de HR Rail	343,07 €
65 ans et plus	A charge de HR Rail	842,29 €

Non-affilié à la Caisse de Soins de Santé		
Âge	Chambre double	Chambre individuelle
De 18 à 64 ans	107,84 €	478,63 €
65 ans et plus	288,95 €	1131,24 €

Pour tous renseignements et déclaration d'hospitalisation téléphoner : depuis la Belgique au **078 15 57 40** – Depuis l'étranger au **32 2 552 53 91** ou faites un mail à l'adresse suivante : WWW.mediassistance.be

&&&&&&&&

Indemnités de funérailles et de décès.

Attention les montants sont différents selon que l'on est actif ou pensionné. Voir conditions et montants pour les pensionnés dans le Tableau récapitulatif des interventions de la CSS, page 8 lettre I → Indemnité de funérailles et Indemnités de décès.

&&&&&&&&

Soins de Santé à l'étranger.

Remboursement après votre retour en Belgique.

Que ce soit suite à une consultation ou une hospitalisation, il est conseillé, pour un remboursement plus rapide et plus important, **avant votre retour en Belgique**, d'ouvrir un Dossier auprès de Mutas. Ce dernier vous attribuera un numéro de dossier. Pour prendre contact avec Mutas, vous avez deux possibilités : soit en ligne sur www.mutas.be/online ou soit via le numéro de téléphone 02/272 09 00 mentionné sur votre carte MUTAS.

Une fois rentré au pays, complétez le formulaire « Demande de remboursement de soins à l'étranger » en y mentionnant le numéro de dossier que Mutas vous a attribué. Ce formulaire est disponible sur www.hr-railcare.be/fr, mais aussi sur demande auprès de votre CMR et en annexe page 30 de cette brochure.

NB : En cas d'hospitalisation n'oubliez pas d'aviser aussi l'assurance AXA en téléphonant au 078 15 57 40 ou depuis l'étranger au +32 2 552 53 91 mais aussi sur www.mediassistance.be.

&&&&&&&&

Lunettes et lentilles de contact.

Démarches à suivre pour obtenir les interventions

Fournir les documents suivants à votre CMR :

- La facture de l'opticien agréé avec n° INAMI (pour achat en Belgique) mentionnant la date d'achat, le prix de la monture ainsi que le prix des verres et/ou des lentilles.
- L'ordonnance de l'ophtalmologue (uniquement lors de la première demande de remboursement).

NB : les achats en ligne ne sont pas remboursés, par contre l'intervention prévue sera octroyée pour les achats dans **les pays de l'Union Européennes** (pour autant que les conditions d'octroi soient remplies).

Montant des interventions voir le tableau page 9 lettre L.

&&&&&&&&

Bas de contention : Voir formulaire page 41. Prescription par un chirurgien pour cas vasculaire grave. Intervention limitée à 2 prescriptions par an.

Chirurgie des yeux

La Caisse de soins de santé paie les interventions de l'INAMI comme entre autres la cataracte et le glaucome.

Pour les interventions en milieu hospitalier, l'assurance hospitalisation intervient tant pour l'opération que pour les éventuelles lentilles à implanter (sauf si chirurgie esthétique).

Pour une opération de la cataracte, l'assurance hospitalisation rembourse jusqu'à 600 €. Informez-vous au préalable auprès d'AXA (078 15 57 40).

Voir aussi le tableau récapitulatif des interventions de la CSS, page 7 lettre C → Chirurgie des yeux.

&&&&&&&&

Cadeau de fin d'année / Allocation d'hiver.

Allocation octroyé aux personnes qui séjournent en résidence communautaire (home etc...) et qui ne peuvent prétendre à l'allocation d'hiver. Voir dans tableau récapitulatif des interventions page 6 lettre A → Allocation d'hiver et lettre C → Cadeau de fin d'année.

Les formulaires à remplir sont en annexe de cette brochure (pages 32 et 33).

NB : Une procuration (reprise en annexe page 33) est à joindre pour autoriser RailCare à vérifier vos revenus auprès des autorités communales.

&&&&&&&&

Eurostar en passage dans la gare de Mons



Comment introduire une demande de billet international FIP ?

Remplissez le formulaire électronique sur **FIP-Tickets** que vous trouverez sur www.hr-rail.be. Cliquez sur « me connecter ». Si vous n'avez pas d'ordinateur demandez le P174 au Point d'accueil Régional (voir pages 13 et 14). Un exemplaire est également annexé à la présente brochure page 38.

Le formulaire P174 complété est à renvoyer à l'adresse mentionnée sur le document. Vos permis FIP seront envoyés ensuite par courrier postal à votre domicile aussitôt que possible.

Conseils pratiques

- Pour éviter tout malentendu lors de l'établissement des permis, veillez à toujours indiquer précisément pour quels pays vous souhaitez des permis gratuits, et non pas seulement votre destination finale. Beaucoup de voyageurs choisissant de se rendre à leur destination en avion ou en voiture, utilise ensuite le train pour voyager sur place, des permis ne seront délivrés que pour les réseaux qui figurent explicitement sur la demande.

- Lorsqu'un doute subsiste sur les permis dont vous avez besoin (en Suisse par exemple), nous vous invitons à préciser votre trajet afin de permettre aux agents responsables d'émettre les permis nécessaires.

Renseignements au 02 432 28 36, E-mail : avantageessociaux@hr-rail.be.

- Vos demandes doivent être transmises au minimum 15 jours ouvrables avant la date de départ souhaitée. À défaut de respecter ce délai, les bureaux concernés ne pourront garantir la transmission des documents en temps voulu (les périodes de vacances entraînant, comme vous vous en doutez, une affluence de demandes). Tenez également compte de ce fait si vous optez pour une demande papier qui mettra plus de temps à parvenir au service. En règle générale, les déplacements à l'étranger sont prévus plusieurs semaines, voire plusieurs mois à l'avance. Afin de vous satisfaire au mieux, nous vous invitons à faire de même pour vos déplacements en train. En dehors des vacances, les différents services seront plus disponibles pour vous fournir toutes les informations nécessaires et vous éviter les désagréments inhérents aux périodes d'affluence.

Liste des billets gratuits accordés aux pensionnés

Pays	Pensionné(e)	Conjoint ou veuve (veuf)	Enfant
Autriche	1	1	1
Bulgarie	1	1	1
Croatie	1	1	1
Espagne	1	1	1
France	0	0	1*
Grande Bretagne	1	1	1
Grèce	1	1	1
Irlande	1	1	1
Italie	1	1	1
Macédoine	1	1	1
Monténégro	1	1	1
Portugal	1	1	1
Roumanie	1	1	1
Serbie	1	1	1
Slovaquie	1	1	1
Slovénie	1	1	1
Suisse (BLS)	1	1	1
Tchéquie	1	1	1

*Un billet sur le réseau entier pour l'enfant handicapé s'il remplit les conditions d'octroi de la carte FIP

&&&&&&&&

Transport urgent vers un hôpital :

- Toujours via le 112
- Interventions sur les frais de transport : voir tableau page 11.
- Si une hospitalisation suit le transport en ambulance, soumettre une demande de remboursement du solde payé par la CSS à l'assurance AXA. Joindre copie de la facture, copie du remboursement de la mutuelle. Attention si seulement admis aux URGENCES il n'y a pas de remboursement par l'assurance AXA.

Transport entre hôpitaux :

- Si pour raison médicale : gratuit (pris en charge par les hôpitaux)
- Si à votre demande (par exemple pour se rapprocher du domicile) : entièrement à votre charge.

Transport médical non urgent :

Si vous devez vous rendre à l'hôpital en vue d'une hospitalisation ou d'un traitement, vous pouvez bénéficier d'un transport assis, couché ou en fauteuil roulant moyennant une participation financière limitée (voir ci-dessous).

Dès que la date du rendez-vous est fixée appelez MUTAS au **078 15 65 65** qui se chargera d'organiser votre transport.

Type de transport	Tarif normal simple	Tarif normal A.R.	Tarif BIM simple	Tarif BIM A.R.
Ambulance	10 €	20 €	5 €	10 €
Transport spécialisé (PMR chaise roulante)	5 €	10 €	3€	6 €
Transport assis	8 €	16 €	4 €	8 €

NB : Si MUTAS est dans l'impossibilité d'organiser votre transport, vous pouvez utiliser un véhicule personnel ou faire appel à un transporteur de votre choix. Dans ce cas veuillez compléter le formulaire « Transport non urgent pour raison médicale (voiture personnelle) ». Ce document est disponible sur HR-Rail dans « Formulaires et documents » mais également dans cette brochure à la page 29. Joindre le document prouvant la consultation médicale. N'oubliez pas de coller une vignette sur chaque document. Le montant de l'intervention est de 0,34 € par km.

Que faire en cas de décès d'un(e) bénéficiaire des Œuvres Sociales :

La procédure est identique pour le décès de toute personne faisant partie de votre composition de famille.

En ces moments difficiles, prenez contact avec l'Assistant(e) Social(e) qui vous aidera à entreprendre les démarches nécessaires (voir pages 13 et 14). Informez également le Service Fédéral des Pensions au n° gratuit 1765 ou par mail à l'adresse : @sfpd.fgov.be Dans ces moments pénibles, le Fond des Œuvres Sociales intervient en versant aux ayants droits, sous certaines conditions, une indemnité de funérailles ou de décès (voir tableau récapitulatifs des interventions page 8 lettre I.

Nouveaux trains « OUIGO Classique » Bruxelles Midi-Mons-Paris Nord.

Horaires Aller

Bxl Midi	07h39	13h38	18h38*
Mons	08h21/22	14h21/22	19h21/22*
Paris Nord	10h35	16h44	21h34*

*Les dimanches et jours fériés départ 19h38 – Mons 20h22 – arrivée Paris Nord 22h34

Horaires retour

Paris Nord	08h18	12h28	19h15
Mons	10h42/43	14h42/43	21h42/43
BXL Midi	11h21	15h21	22h21

Billets et renseignements sur le site SNCB INTERNATIONAL ainsi qu'aux guichets des gares internationales de :

Anvers-Central, Bruges, Brussels Airport-Zaventem, Bruxelles-Central, Bruxelles-Midi, Bruxelles-Nord, Charleroi-Central, Gand-Saint-Pierre, Liège-Guillemins, Louvain, Mons, Namur.

NB : S'agissant d'un exploitant privé la réduction FIP n'est pas accordée. En outre, si vous achetez votre ticket en gare, il vous coûtera 12 € plus cher(ouverture du dossier) que si vous l'achetez directement sur le site internet d'OUIGO. De plus le ticket vous parviendra sur votre adresse E-mail quatre jours après la commande.

Liste des formulaires disponibles en annexe :

<i>Concerne</i>	<i>Page</i>		<i>Page</i>
<i>Allocation d'hiver ou cadeau annuel</i>	<i>32</i>	<i>Procuration</i>	<i>33</i>
<i>Activité artistique(sécial pensionné)</i>	<i>35</i>	<i>Prothèse dentaire</i>	<i>27</i>
<i>Court séjour en maison de repos</i>	<i>34</i>	<i>Prothèse dentaire spéciale</i>	<i>31</i>
<i>Centre de jour pour handicapé</i>	<i>37</i>	<i>Psychologue</i>	<i>24</i>
<i>Club de sport (spécial pensionné)</i>	<i>21</i>	<i>P 174 Demande de billets FIP</i>	<i>38</i>
<i>Chirurgie des yeux</i>	<i>39</i>	<i>Facilité de circulation internationale</i>	
<i>Diététique</i>	<i>25</i>	<i>Remboursement soins à l'étranger</i>	<i>30</i>
<i>Dépistage</i>	<i>26</i>	<i>Sevrage tabagique</i>	<i>23</i>
<i>Incontinence</i>	<i>36</i>	<i>Semelles podologiques</i>	<i>40</i>
<i>Pédicure</i>	<i>28</i>	<i>Transport non urgent (voiture perso)</i>	<i>29</i>
<i>Piles et chargeur appareils auditifs</i>	<i>22</i>	<i>Bas de contention</i>	<i>41</i>

ABONNEMENT À UN CLUB DE SPORT

Demande d'intervention

Envoyez ce formulaire par mail ou
par voie postale à votre CMR

Vignette d'identification
au nom de l'abonné

NOM et PRÉNOM de l'abonné (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :



MONTANT DE L'INTERVENTION : 50 € max. par année calendrier

ÂGE MINIMUM : 3 ans (ou fêter ses 3 ans au cours de l'année concernée et pendant la durée de l'abonnement)

CODE DE REMBOURSEMENT : 069

DURÉE DE L'ABONNEMENT : au moins 1 mois ou au moins 10 séances

À FAIRE REMPLIR PAR LE/LA RESPONSABLE DU CLUB DE SPORT

Je soussigné(e) _____ (nom, prénom),

_____ (fonction) du club de sport _____ (dénomination)

adresse : _____

n° de téléphone : _____

atteste que l'affilié repris ci-dessus pratique _____ (activité sportive)

au sein du club et a payé la somme de _____ € pour un abonnement familial individuel

couvrant la période du _____ au _____

Signature du responsable du club :

Cachet du club ou de la fédération
(En l'absence de cachet, veuillez joindre tout
autre document qui prouve l'affiliation)

Envoyez ce formulaire par mail ou par voie postale à votre CMR

Si vous l'envoyez par mail, fournissez un fichier au format pdf (pas de photo)

Un abonnement sera remboursé par année civile. Le cumul des abonnements pour un même bénéficiaire n'est pas autorisé. Si le club ou la fédération sportive dispose de son propre formulaire, celui-ci peut être exceptionnellement utilisé. Soumettez le formulaire à votre CMR dans le courant de l'année de la date de début de l'abonnement. Aucune remboursement ne sera accordé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur www.hr-railcare.be.

CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS - CMR Bruxelles
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles
0800 95 482 - cmrbruxelles@hr-rail.be

CMR Mons (950, 951)

70-02 CSS - CMR Mons
Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000 Mons
0800 95 484 - cmrmons@hr-rail.be

CMR Namur (940, 941, 942)

50-03 CSS - CMR Namur
Rue Léanne 15 - 5000 Namur
0800 95 485 - cmrnamur@hr-rail.be



PILES ET CHARGEUR DE PILES POUR APPAREILS AUDITIFS

Demande d'intervention

Vignette d'identification
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

.....

Pour l'achat de piles :



MONTANT DE L'INTERVENTION : 40 € max. une fois par année calendrier

CODE DE REMBOURSEMENT : 083

Remarque : le formulaire ne doit être envoyé qu'une seule fois par an à votre CMR, dès que le montant de 40 € est atteint.

OU

Pour l'achat d'un chargeur, d'un appareil auditif rechargeable ou pour un lot de piles compris dans un contrat :



MONTANT DE L'INTERVENTION : 100 € max. une fois tous les 4 ans

CODE DE REMBOURSEMENT : 080

	DATE D'ACHAT	MONTANT PAYÉ (joindre les preuves de paiement)
1		
2		
3		
4		
5		

Date :

Signature :



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional dans l'année qui suit la date du premier achat. Pas de remboursement si le formulaire est incomplet ou si les preuves de paiement ne sont pas joints. Plus d'infos sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur
Rue Léanne 15 – 5000 Namur
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Demande d'intervention

Vignette d'identification
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

SUBSTITUTS NICOTINIQUES



MONTANT DE L'INTERVENTION : montant forfaitaire unique de 150 €

CODE DE REMBOURSEMENT: 003

Prescrits par (nom du médecin) :

.....
Montant total payé :

CONSULTATION TABAQUE (à faire remplir par celui-ci)



MONTANT DE L'INTERVENTION : 50 € max. par année calendrier

CODE DE REMBOURSEMENT : 001

Je déclare que la personne désignée ci-dessus a participé à des séances d'aide à l'arrêt tabagique
aux dates suivantes :

.....
Montant total payé :

Date :

Signature et cachet du tabacologue :

Date :

Signature :

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional dans l'année qui suit la 1^{re} consultation ou du 1^{er} ticket BVAC.
Pas de remboursement si le formulaire est incomplet et si les tickets BVAC ne sont pas joints. Plus d'infos sur le site web Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur
Rue Léanne 15 – 5000 Namur
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be

CONSULTATION D'UN PSYCHOLOGUE

Demande d'intervention

Vignette d'identification
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

MONTANT DE L'INTERVENTION : 20 € max. par séance

NOMBRE DE SÉANCES MAX. :

<18 ans : 20/année calendrier

≥ 18 ans : 15/année calendrier

CODE DE REMBOURSEMENT :

<18 ans : 064

≥ 18 ans : 065

	DATE DE LA PRESTATION	MONTANT PAYÉ	COORDONNÉES DU PSYCHOLOGUE OU DE L'ORTHOPÉDAGOGUE	N° COMMISSION DES PSYCHOLOGUES OU VISA DU SPF SANTÉ PUBLIQUE	SIGNATURE/ CACHET DU PRESTATAIRE
1					
2					
3					
4					
5					

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS - CMR Bruxelles
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles
0800/95 482 + cmrbruxelles@hr-rail.be

CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS - CMR Mons
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons
0800/95 484 + cmrmons@hr-rail.be

CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS - CMR Namur
Rue Léanne 15 - 5000 Namur
0800/95 485 + cmrnamur@hr-rail.be



Vignette d'identification
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur(en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :



MONTANT DE L'INTERVENTION : 20 € max. par séance

NOMBRE DE SÉANCES MAX. : 6 par année calendrier

CODE DE REMBOURSEMENT : 089

	DATE DE LA PRESTATION	MONTANT PAYÉ	COORDONNÉES DU PRESTATAIRE	N° INAMI (obligatoire)	SIGNATURE / CACHET DU PRESTATAIRE
1					
2					
3					
4					
5					
6					



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles
0800/95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be

CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons
0800/95 484 · cmrmons@hr-rail.be

CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur
Rue Léanne 15 – 5000 Namur
0800/95 485 · cmrnamur@hr-rail.be



CONSULTATION MÉDICALE EN VUE D'UN EXAMEN DE DÉPISTAGE

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom du demandeur	NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :
	N° IDF ou registre national :
	N° de téléphone :
	Adresse e-mail :

	<p>MONTANT DE L'INTERVENTION : 15 € max. pour <u>une seule</u> consultation par an</p> <p>CODE DE REMBOURSEMENT : 035</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je déclare avoir consulté le patient désigné ci-dessus dans le cadre d'un examen de dépistage le : (date)

Consultation en vue d'un examen de dépistage de :

<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> maladies cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/> affections respiratoires
<input type="checkbox"/> allergies	<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> ostéoporose

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :
.....


Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à partir de la date de prestation. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

<p>CMR Bruxelles (910) 10-03 CSS – CMR Bruxelles Rue de France 89 – 1070 Bruxelles 0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be</p>	<p>CMR Mons (950, 951) 70-03 CSS – CMR Mons Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons 0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be</p>	<p>CMR Namur (940, 941, 942) 50-03 CSS – CMR Namur Rue Léanne 15 – 5000 Namur 0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENTION DANS LE COÛT DES PROTHÈSES DENTAIRES SPÉCIALES

Vignette d'identification
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

MONTANT DE L'INTERVENTION :

300 € max. par couronne/dent du bridge/dent sur pivot – **600 €** max. par implant

CODE DE REMBOURSEMENT :

023 (implant) – **025** (couronne) – **063** (bridge et dent-pivot)

À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e), dentiste, déclare avoir posé la ou les prothèse(s) suivante(s) à votre affilié(e) :

Implant

N° dent(s) concernée(s) :

Date de la prestation :

Montant payé par le patient :

Bridge

N° dent(s) concernée(s) :

Date de la prestation :

Montant payé par le patient :

Couronne

N° dent(s) concernée(s) :

Date de la prestation :

Montant payé par le patient :

Dent sur pivot

N° dent(s) concernée(s) :

Date de la prestation :

Montant payé par le patient :

NB : s'il s'agit à la fois d'un implant et d'une couronne, merci de cocher les 2 cases.

Cachet et signature du dentiste prestataire

~~~~~  
Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950,951)**

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be

## SOINS PAR PÉDICURE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

**i** **MONTANT DE L'INTERVENTION : 10 € max. par séance** **Code de remboursement: 084**  
**Nombre de séances : 6 max. par année calendrier**

**Bénéficiaires de moins de 65 ans :** joindre un certificat médical lors de la première demande (à renouveler tous les 2 ans par la suite) attestant que vous souffrez d'une des affections suivantes :  
*troubles circulatoires artériels, veineux et lymphatiques; troubles nerveux tant de la sensibilité que du système moteur; troubles cutanés; troubles ostéo-articulaires; affections myopathiques; perte totale de l'acuité visuelle; perte partielle de l'acuité visuelle rendant difficile l'accomplissement des actes de la vie quotidienne; diabète.*

|          | DATE DE LA PRESTATION | MONTANT PAYÉ | NOM DU PRESTATAIRE | SIGNATURE/CACHET DU PRESTATAIRE |
|----------|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------------|
| <b>1</b> |                       |              |                    |                                 |
| <b>2</b> |                       |              |                    |                                 |
| <b>3</b> |                       |              |                    |                                 |
| <b>4</b> |                       |              |                    |                                 |
| <b>5</b> |                       |              |                    |                                 |
| <b>6</b> |                       |              |                    |                                 |

Document à renvoyer à votre centre médical régional



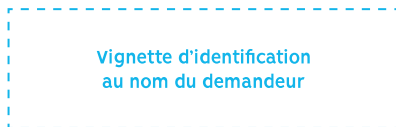
La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter du jour de la 1<sup>re</sup> séance, dès que toutes les cases sont remplies ou lorsque vous savez qu'il s'agira de la dernière séance de l'année calendrier. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet ou si le certificat médical n'est pas joint lors de la première demande (pour les moins de 65 ans). Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CMR Bruxelles (910)</b><br>10-03 CSS - CMR Bruxelles<br>Rue de France 89 - 1070 Bruxelles<br>0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be | <b>CMR Mons (950, 951)</b><br>70-03 CSS - CMR Mons<br>Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons<br>0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be | <b>CMR Namur (940,941,942)</b><br>50-03 CSS - CMR Namur<br>Rue Léanne 15 - 5000 Namur<br>0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## TRANSPORT NON URGENT POUR RAISON MÉDICALE (VOITURE PERSONELLE)

Demande d'intervention



NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 0,25 €/km**

**CODE DE REMBOURSEMENT : 024** (raison médicale) of **031** (revalidation fonctionnelle)

**REMARQUE :** Annexez à votre demande un **document prouvant la consultation médicale**.

Tous les documents doivent être munis d'une vignette d'identification.

**Faites attention :** Le transport pour des consultations en cabinet privé n'entre pas en ligne de compte pour un remboursement de RailCare. Seuls les trajets en présence de la personne concernée par la consultation médicale sont pris en charge. Le formulaire ne doit pas être complété pour un transport dans le cadre d'une dialyse ou d'un traitement contre le cancer.

|   | DATE DU<br>TRANSPORT | ADRESSE DE DÉPART<br>(= domicile officiel) | ADRESSE D'ARRIVÉE<br>(= hôpital ou centre de<br>revalidation agréé) | ALLER-<br>RETOUR | NOMBRE<br>TOTAL DE KM<br>PARCOURS |
|---|----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1 |                      |                                            |                                                                     | oui / non        |                                   |
| 2 |                      |                                            |                                                                     | oui / non        |                                   |
| 3 |                      |                                            |                                                                     | oui / non        |                                   |
| 4 |                      |                                            |                                                                     | oui / non        |                                   |
| 5 |                      |                                            |                                                                     | oui / non        |                                   |



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date du premier transport, dès que toutes les cases sont remplies ou par trimestre (Le nombre de trajets remboursés n'est pas limité par année). Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet ou si la preuve de la consultation médicale n'est pas jointe. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800/95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS - CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
0800/95 484 · cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800/95 485 · cmrnamur@hr-rail.be

Pour le CMR  
 CMR 9.....- N° dossier: .....- Gestionnaire (nom, n° téléphone) :.....  
 Si soins dentaires, trajet bucco-dentaire : oui/non - Date du transfert du dossier : ...../...../20..

**Demande de remboursement de soins à l'étranger**

Merci de lire et compléter attentivement- A envoyer au CMR avec les factures concernées.  
**Attention ! Le délai de remboursement est plus long que pour des frais en Belgique.**

1. (Collez ici une vignette d'identification au nom du bénéficiaire)

Nationalité du bénéficiaire.....  
 Numéro de téléphone ou GSM :.....

2. Dans quel pays les soins ont-ils été reçus ?.....

3. Durée prévue du séjour dans ce pays : du...../...../201..... au ...../...../201...

4. Dites-nous de quel type de soins il s'agit (cocher un des trois choix) :

**Soins imprévus lors d'un séjour temporaire à l'étranger**  
 - Pour les pays de l'EEE et la Suisse, pour l'Algérie, la Bosnie-Herzégovine, le Kosovo, la Macédoine, le Maroc, le Monténégro, la Serbie, la Turquie et la Tunisie, la CSS vous conseille d'appliquer de préférence et si les conditions sont remplies un remboursement de 75%.  
Si vous êtes d'accord, passez au point 5  
 Si vous n'êtes pas d'accord, précisez votre choix :

- remboursement aux conditions et tarif belge
- remboursement aux conditions et tarif du pays de séjour

**Soins programmés** : soins recherchés expressément à l'étranger (pendant un séjour ou non)  
 Zone transfrontalière Allemagne

5. a) décrivez les circonstances dans lesquelles vous avez dû recevoir des soins  
 .....  
 .....  
 .....  
 Accident avec tiers responsable.

b) Décrivez par facture ou attestation de soin (numérotez les documents et continuez ce tableau sur une annexe si nécessaire) :

|    | Date des soins | Soins reçus | Type de prestataire | Frais payés |
|----|----------------|-------------|---------------------|-------------|
| 1. | / /201         |             |                     |             |
| 2. | / /201         |             |                     |             |
| 3. | / /201         |             |                     |             |

Le montant a été facturé en monnaie étrangère : ..... en euro .....

c) un suivi médical a-t-il été nécessaire en Belgique et pourquoi ?.....  
 .....

6. Avez-vous fait appel à une assurance complémentaire ? Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

- L'affilié a téléphoné aux services de Mutas- numéro de dossier :.....
- L'affilié a besoin d'une attestation pour une assurance complémentaire
- Le remboursement doit être versé à une compagnie d'assurances – nom et n° de compte : .....

7. Si le remboursement doit être effectué à un particulier :

- compte sur lequel les remboursements soins de santé sont versés habituellement
- autre compte - nom du titulaire du compte et le numéro du compte .....

Date :...../...../.....

Nom et Signature, précédés de la mention : « déclaration sur l'honneur »



## PROTHÈSES DENTAIRES SPÉCIALES

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

Je sollicite l'intervention de la Caisse de solidarité sociale dans le coût des prothèses dentaires spéciales.

*Cette intervention ne concerne que les prothèses pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue.*



### MONTANT DE L'INTERVENTION :

**300 €** max. par couronne/dent du bridge/dent sur pivot – **600 €** max. par implant

### CODE DE REMBOURSEMENT :

**023** (implant) – **025** (couronne) – **063** (bridge et dent-pivot)

### À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e), dentiste, déclare avoir posé la ou les prothèse(s) suivante(s) au patient ci-dessus :

**Implant**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Bridge**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Couronne**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Dent sur pivot**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

*NB : s'il s'agit à la fois d'un implant et d'une couronne, merci de cocher les 2 cases.*

Date : .....

Cachet et signature du dentiste :

Date : .....

Signature : .....

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950,951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

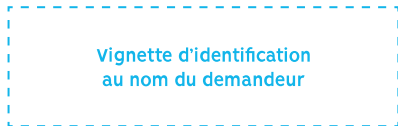
#### CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



## ALLOCATION D'HIVER/CADEAU DE FIN D'ANNÉE AUX PERSONNES QUI SÉJOURNENT DANS UNE RÉSIDENCE COMMUNAUTAIRE

Demande d'intervention



NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### COMPOSITION DE MÉNAGE

Veillez nous fournir sur papier libre (pour la mutualité) une composition de ménage délivrée par l'administration communale. À défaut de ce document, votre demande ne sera pas prise en considération.

Nombre d'enfants à charge fiscalement : .....

**RESSOURCES MENSUELLES** (du mois d'avril de l'année en cours (joindre le(s) talon(s) de paiement ou les avis de crédit correspondant au transfert sur un compte des montants détaillés ci-dessous).

Veillez également nous fournir une copie de l'avertissement extrait de rôle de l'exercice d'imposition de 2021.

|                                                                              | Pensionné(e) | Conjoint (marié ou cohabitant légal) |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Montant imposable de la pension HR Rail                                      |              |                                      |
| Montant des autres pensions                                                  |              |                                      |
| Montant de la pension de guerre                                              |              |                                      |
| Rente d'accident du travail                                                  |              |                                      |
| Allocation de handicapé : revenus de remplacement ou revenus complémentaires |              |                                      |
| Allocation de handicapé : allocation d'intégration                           |              |                                      |
| Allocations familiales d'orphelin                                            |              |                                      |
| Revenus des enfants à charge                                                 |              |                                      |
| Revenus de location d'immeubles ou d'autres propriétés                       |              |                                      |
| Autres revenus (salaire, revenu de remplacement)                             |              |                                      |
| Pension alimentaire perçue (1)                                               |              |                                      |
| Pension alimentaire payée (2)                                                |              |                                      |
| Frais d'hébergement en maison de repos (3)                                   |              |                                      |

(1) Joindre le récépissé du mois d'avril de l'année en cours. (2) Joindre la preuve de paiement du mois d'avril de l'année en cours.

(3) Joindre la (les) facture(s) du mois d'avril de l'année en cours.

Je soussigné déclare sur l'honneur que la présente déclaration est complète, sincère et véritable. S'il s'avérait que les données communiquées ci-dessus ne sont pas correctes, je m'engage à rembourser le montant reçu.

|                             |                                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| Date: .....                 | Signature du conjoint : (marié ou cohabitant légal) |
| Signature du pensionné(e) : |                                                     |

### RailCare – Social Advantages

02/525 39 97 • [avantagessociaux@hr-rail.be](mailto:avantagessociaux@hr-rail.be)

HR Rail • 10-04 H-HR.441

Rue de France 85 – 1060 Bruxelles

La demande doit être introduite auprès du bureau H-HR.441 avant le 1 octobre 2022.

*\*Nous effectuons le paiement au cours du mois d'octobre. Les demandes introduites jusqu'au 31 décembre 2022 sont encore en cours de traitement. Les demandes reçues après cette date ne seront pas traitées.*

**Voir page suivante : procuration pour autoriser Rail-Care de consulter vos revenus.**





## ALLOCATION D'HIVER/CADEAU DE FIN D'ANNÉE AUX PERSONNES QUI SÉJOURNENT DANS UNE RÉSIDENCE COMMUNAUTAIRE

Demande d'intervention

### PROCURATION CONCERNANT LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE REVENUS (à compléter soigneusement par le titulaire)

Le/La soussigné(e) : .....  
Profession : .....  
Lieu de naissance : ..... le .....  
Résidence : .....

Son conjoint : .....  
Profession : .....  
Lieu de naissance : ..... le .....  
Résidence : .....

autorisent, par la présente, l'Administration des contributions directes à fournir à HR Rail tous les renseignements concernant leur situation fiscale en vue de l'octroi de l'allocation d'hiver ou du cadeau de fin d'année aux personnes placées.

Fait à : .....

Date : .....

Signature du pensionné(e) :

Signature du conjoint :

#### **REMARQUE IMPORTANTE**

Les données ci-avant seront contrôlées. Des déclarations fausses ou incomplètes donneront lieu à la récupération des sommes payées indûment et, le cas échéant, à des sanctions.

**RailCare – Social Advantages**  
02/525 39 97 • [avantagesociaux@hr-rail.be](mailto:avantagesociaux@hr-rail.be)  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85 – 1060 Bruxelles

**La demande doit être introduite auprès du bureau  
H-HR.441 avant le 1 octobre 2022.**

*\*Nous effectuons le paiement au cours du mois d'octobre. Les demandes introduites jusqu'au 31 décembre 2022 sont encore en cours de traitement. Les demandes reçues après cette date ne seront pas traitées.*



## COURT SÉJOUR EN MAISON DE REPOS

Demande d'intervention

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Vignette d'identification au nom de  
la personne qui fréquente  
la maison de repos



**MONTANT DE L'INTERVENTION** : max. **10 € par jour**  
(pour max. 60 jours par année civile).

L'intervention n'est liquidée qu'à l'issue du séjour et pour autant que :

- Le bénéficiaire n'y séjourne pas plus de 90 jours sur l'année civile ;
- Après le séjour, le bénéficiaire réintègre son domicile ou celui d'un proche.

**CODE DE REMBOURSEMENT** : **048**

Date du retour au domicile : .....

La présente demande est introduite pour la période du ..... au .....

### LA FACTURE DE L'ÉTABLISSEMENT DOIT ÊTRE ANNEXÉE.

La facture doit mentionner clairement :

- Le nom de l'établissement ;
- Par mois, le nombre de jours d'accueil ;
- Le montant payé ;
- Les nom, prénom et date de naissance de la personne hébergée.

Date : .....

Signature : .....



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans l'année qui suit le dernier jour du séjour. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS - CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

#### CMR Namur (940, 941, 942)

50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



**ACTIVITÉ ARTISTIQUE** (pensionnés)  
Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :



**MONTANT DE L'INTERVENTION :**

Max. 50 € par année civile, limité toutefois au montant réellement payé.

NOM et PRÉNOM de la personne inscrite (en majuscule) :

Date de naissance de la personne inscrite :

**ATTESTATION D'INSCRIPTION**

(à compléter lors de celle-ci)

Je soussigné(e) :  
responsable de l'académie ou conservatoire (nom, adresse et n° de téléphone) :

atteste que la personne reprise ci-dessous est bien inscrite au sein de cet établissement  
pour la période du ..... au .....

Activité artistique : .....

Prix payé par la personne inscrite : .....

Signature :

Cachet de l'académie  
ou conservatoire

**Social Advantages**

02 432 28 36 • [avantagesociaux@hr-rail.be](mailto:avantagesociaux@hr-rail.be)

HR Rail • 10-04 H-HR.441

Rue de France 85 - 1060 Bruxelles

La demande doit être introduite auprès du bureau  
Social Advantages dans un délai d'un an par rapport à  
la date de la fin de l'année académique.



Envoyez ce formulaire à votre CMR

## INCONTINENCE

Demande d'intervention (pas d'intervention si maxi-forfait)

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

### À FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE

Je soussigné, ....., médecin, certifie que mon patient souffre : (cocher la mention utile)

d'incontinence uniquement fécale

- traitable
- non traitable

L'incontinence uniquement fécale traitable s'est déclenchée suite :

- à une opération : Oui / Non (cocher la mention utile)
- autre

.....

d'incontinence urinaire traitable

Cette incontinence urinaire traitable s'est déclenchée suite :

- à une opération : Oui / Non (cocher la mention utile)
- autre

.....

Une intervention de 3 ans est prévue pour l'incontinence uniquement fécale non traitable.

Une intervention de 3 mois est prévue pour les incontinenes traitables, éventuellement renouvelable pour une période maximale d'un an.

Date : .....

Cachet et signature du médecin :



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS - CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM (en majuscule) : .....

PRÉNOM (en majuscule) : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Je sollicite l'intervention de RailCare dans les frais de fréquentation d'un centre de jour pour la personne porteuse d'un handicap (enfants ou adultes) suivante :

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance :

.....

La présente demande est introduite pour la période du ..... au .....

**LA FACTURE DE L'INSTITUTION FRÉQUENTÉE DOIT ÊTRE ANNEXÉE.**

La facture doit mentionner clairement :

- La dénomination de l'institution ;
- Par mois, le nombre de jours d'accueil ;
- Le montant payé ;
- Les nom, prénom et date de naissance de la personne concernée.

Date :

Signature :

**RailCare - Avantages sociaux**  
avantagessociaux@hr-rail.be •  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85, 1060 Bruxelles

La demande doit être introduite auprès du bureau H-HR.441 dans l'année qui suit le jour de fréquentation.

Nom et prénom du demandeur:

Numéro d'identification :

e souhaite que les billets soient envoyés à l'adresse suivante :

email :

téléphone :

PERIODE DE VALIDITÉ DES BILLETS <sup>(1)</sup> :

Date de début :

Date de fin :

NOM ET PRÉNOM DES VOYAGEURS <sup>(2)</sup>

|    |    |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

RÉSEAUX / PAYS SOLLICITÉS

|    |    |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Trajet détaillé / Remarques

Trajet à préciser pour les pays suivants : France, Hongrie, Pologne, Suisse, Turquie, Tunisie et Algérie

DESTINATAIRE

[fc@hr-rail.be](mailto:fc@hr-rail.be)

10-03 H-HR.234  
Rue de France,  
85 1060  
Bruxelles

DATE ET SIGNATURE <sup>(3)</sup>

- (1) Le délai de livraison peut atteindre 15 jours ouvrables. aucun duplicata ne peut être émis au cours de cette période. Pour la Turquie, l'Algérie et la Tunisie le délai de réception peut dépasser 8 semaines.  
 (2) Titulaire d'une carte FIP à l'exception du partenaire cohabitant légal qui ne peut bénéficier des billets FIP gratuits. inclure le demandeur si celui-ci voyage également.  
 (3) Signature facultative en cas d'envoi par email.

**CHIRURGIE DES YEUX** Envoyez ce formulaire accompagné de votre facture Demande d'intervention dans un délai d'un an après l'opération.

|                                                          |                                             |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Vignette d'identification<br/>au nom du demandeur</b> | NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) : |
|                                                          | .....                                       |
|                                                          | N° IDF ou registre national : .....         |
|                                                          | ..... N° de téléphone : .....               |
| Adresse e-mail : .....                                   |                                             |

Je sollicite l'intervention du Fonds Social dans les frais de chirurgie des yeux.

Attention ! Le dispensateur de soins doit disposer d'un numéro INAMI.  
Le Fonds Social n'octroie aucune intervention pour les prestations pour lesquelles un remboursement est prévu par l'assurance obligatoire.

|                                                                                                                                     |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | <b>MONTANT DE L'INTERVENTION : 300 € max.</b> par œil<br><b>CODE DE REMBOURSEMENT : 076</b> |
| <b>À REMPLIR PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE TRAITANT</b>                                                                                |                                                                                             |
| Je déclare que le patient ci-dessus a subi une intervention chirurgicale le : ..... (date) pour corriger une/un :                   |                                                                                             |
| <input type="radio"/> Myopie <input type="radio"/> Presbytie <input type="radio"/> Astigmatisme <input type="radio"/> Hypermétropie |                                                                                             |
| Œil traité : <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Les deux                                |                                                                                             |
| Date : .....                                                                                                                        |                                                                                             |
| Cachet et signature du médecin spécialiste traitant :                                                                               |                                                                                             |

Date : ..... Signature : .....

Envoyez ce formulaire par mail ou par voie postale à votre CMR  
*Si vous l'envoyez par mail, fournissez un fichier au format pdf (pas de photo)*

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de l'opération. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be).

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CMR Bruxelles (910)</b><br>10-03 CSS - CMR Bruxelles<br>Rue de France 89 - 1070 Bruxelles<br>0800 95 482 • <a href="mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be">cmrbruxelles@hr-rail.be</a> | <b>CMR Mons (950, 951)</b><br>70-02 CSS - CMR Mons<br>Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000 Mons<br>0800 95 484 • <a href="mailto:cmrmons@hr-rail.be">cmrmons@hr-rail.be</a> | <b>CMR Namur (940,941,942)</b> 50-03 CSS - CMR Namur<br>Rue Léanne 15 - 5000 Namur<br>0800 95 485 • <a href="mailto:cmrnamur@hr-rail.be">cmrnamur@hr-rail.be</a> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**SEMELLES PODOLOGIQUES**

|                                                                 |                                      |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <p><b>Vignette d'identification<br/>au nom du demandeur</b></p> | NOM et PRÉNOM (en majuscule) : ..... |
|                                                                 | N° IDF ou registre national : .....  |
|                                                                 | N° de téléphone : .....              |
|                                                                 | Adresse e-mail : .....               |

**À COMPLÉTER PAR LE PODOLOGUE**

Je soussigné(e) : .....

N° INAMI : .....

Déclare avoir fourni en date du .....  une semelle podologique  
 une paire de semelles podologiques  
*(Cochez la case correspondante)*

Montant payé : .....

Signature et cachet du podologue :

*Conditions* : 2 semelles par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)

*Montant de l'intervention* : montant forfaitaire de **25 euros** pour une semelle et de **50 euros** pour une paire de semelles

*Remarques* : aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Le paiement sera effectué sous le code 061.

**Date** : .....

**Signature** : .....

*Envoyez ce document par mail ou par voie postale à votre centre médical régional*

Le formulaire doit être introduit auprès de votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date de fourniture. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be).

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CMR Bruxelles (910)</b><br/>         10-03 CSS - CMR Bruxelles<br/>         Rue de France 89 - 1070 Bruxelles<br/>         0800 95 482 • <a href="mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be">cmrbruxelles@hr-rail.be</a></p> | <p><b>CMR Mons (950, 951)</b><br/>         70-02 CSS - CMR Mons<br/>         Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000<br/>         Mons<br/>         0800 95 484 • <a href="mailto:cmrmons@hr-rail.be">cmrmons@hr-rail.be</a></p> | <p><b>CMR Namur (940,941,942) 50-03 CSS - CMR Namur</b><br/>         Rue Léanne 15 - 5000 Namur<br/>         0800 95 485 • <a href="mailto:cmrnamur@hr-rail.be">cmrnamur@hr-rail.be</a></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## BAS DE CONTENTION

demande d'intervention

Envoyez ce formulaire à votre CMR

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) : .....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

### PRESCRIPTION MÉDICALE

Je soussigné(e), ....., médecin spécialiste,  
déclare que l'état du titulaire de droit susmentionné nécessite le port de bas de contention de type II.

> 65 ans (ne cocher que si le bénéficiaire est âgé de plus de 65 ans).

Fait à ..... le ..... (date)

Signature et cachet du médecin :

### À COMPLÉTER PAR LE BANDAGISTE

Je soussigné(e) : .....

N° INAMI : .....

Déclare avoir fourni 1 ou 2 paires de bas de contention de type II en date du .....

Montant payé : .....

Signature et cachet du bandagiste :

Conditions : maximum 2 paires de bas par an.

Remarques : aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet.  
Le paiement sera effectué sous le code 060.

Date : ..... Signature : .....

Envoyez ce formulaire par mail ou par voie postale à votre CMR  
Si vous l'envoyez par mail, fournissez un fichier au format pdf (pas de photo)

Le formulaire doit être introduit auprès de votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date de fourniture.  
Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be).

**CMR Bruxelles (910)**  
10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800 95 482 - [cmrbruxelles@hr-rail.be](mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be)

**CMR Mons (950, 951)**  
70-02 CSS - CMR Mons  
Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000 Mons  
0800 95 484 - [cmrmons@hr-rail.be](mailto:cmrmons@hr-rail.be)

**CMR Namur (940, 941, 942)**  
50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800 95 485 - [cmrnamur@hr-rail.be](mailto:cmrnamur@hr-rail.be)