



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES ARTICLES POUR INCONTINENCE

NOTICE EXPLICATIVE

CONDITIONS

L'achat d'articles pour incontinence est remboursé à 100% du prix facturé par la CPRPF, il s'agit d'une prestation spécifique non pérenne du régime. Elle est soumise à reconduction tous les ans par le Conseil d'administration de la Caisse.

- Doit être médicalement prescrit (**prescription médicale valable un an**)
- Sans conditions pour les personnes âgées de 70 ans et plus,
- Après avis du contrôlé médical pour les personnes âgées de moins de 70 ans.

Le montant annuel maximum remboursable est de 1000€ par année civile (sous réserve de la reconduction de la prestation par le Conseil d'administration de la Caisse).

Aucune restriction aux circuits de distribution n'est imposée (officines ou hors officines).

UTILISATION DES IMPRIMÉS

Vous trouverez ci-joint :

- . 12 imprimés de "demande de remboursement" (bon de prise en charge)
- . 1 notice explicative

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Elle permet de justifier le montant des produits achetés.

Elle figure sur chaque "Demande de remboursement".

DEMANDES DE REMBOURSEMENT (bon de prise en charge)

Elles correspondent à une consommation mensuelle. Il y a lieu, avant de les adresser à la Caisse, de bien compléter la partie **identification**, de préciser le mois et l'année qui s'y rapportent et de **joindre les factures**. Vous disposez de **2 ans et le trimestre civil en cours** pour envoyer

Pour chacune des factures, il est important de bien préciser la dénomination du produit.

RENOUVELLEMENT des DEMANDES DE REMBOURSEMENT (pour les – de 70 ans)

Une demande doit être faite auprès de La Caisse. L'imprimé est à joindre à la demande de remboursement du 11ème mois. (Une nouvelle prescription médicale n'est pas obligatoire dans le cadre d'un renouvellement pendant la période accordée par le Service Médical).

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS

Dans le cas où vous auriez de nombreuses étiquettes
vous pouvez photocopier le verso de ce volet et l'utiliser

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

ADRESSE :

DU MOIS ANNÉE Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

Dans le cas où vous auriez de nombreuses étiquettes vous pouvez photocopier le verso de ce volet et l'utiliser

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date : Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS ANNÉE Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION

BON DE PRISE EN CHARGE INCONTINENCE



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré et/ou bénéficiaire

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :

--	--	--	--	--	--

NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (E) :

ADRESSE :
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

--	--	--	--	--	--

 Signature de l'assuré(e) :

COLLER CI-DESSOUS LES FACTURES DES ARTICLES :

DU MOIS

--	--

 ANNÉE

--	--	--	--

 Montant Total.....Euros

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

BON DE PRISE EN CHARGE

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ			À COMPLÉTER PAR LA CAISSE
NOM DU PRODUIT <i>Nom du produit sur le ticket de caisse</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE	PRIX	PRISE EN CHARGE CAISSE

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET / OU D'EMPRISONNEMENT
QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DÉCLARATION