



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES ARTICLES POUR L'INCONTINENCE

NOTICE EXPLICATIVE

Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

Cette notice a pour objectif de vous aider à remplir votre bon de prise en charge et à effectuer votre demande de remboursement dans les meilleures conditions.

À quoi sert ce dispositif ?

La Caisse peut prendre en charge l'achat d'articles pour l'incontinence dans le cadre des prestations spécifiques du régime spécial de la SNCF.

Cette prise en charge vise à vous accompagner dans vos dépenses liées à l'incontinence, sous certaines conditions.

Qui peut bénéficier de cette prise en charge ?

Vous pouvez bénéficier de cette prestation si vous remplissez les conditions suivantes :

- une prescription médicale est obligatoire (valable un an) ;
- si vous êtes âgé(e) de **70 ans ou plus**, aucune autre démarche n'est nécessaire ;
- si vous êtes âgé(e) de **moins de 70 ans**, un accord préalable du contrôle médical est requis.

L'accord du contrôle médical est délivré pour une année civile et doit être renouvelé chaque année.

Quel est le montant pris en charge ?

Les articles pour l'incontinence sont remboursés à **100 % du montant facturé**, dans la limite :

- d'un **plafond annuel de 1 000 € par année civile** ;
- et sous réserve de la reconduction annuelle de cette prestation par la Caisse.

Une fois le plafond annuel atteint, aucun remboursement supplémentaire ne pourra être effectué pour l'année concernée.

Comment effectuer votre demande de remboursement ?

Un bon de prise en charge est mis à votre disposition.

Il doit être utilisé **chaque mois** pour les achats réalisés sur la période concernée.

Avant d'envoyer votre demande à la Caisse, vous devez :

- Compléter les informations d'identification ;
- Indiquer le **mois et l'année** correspondant aux dépenses ;
- Remplir le tableau récapitulatif des achats ;
- Joindre l'ensemble des justificatifs (tickets de caisse ou factures nominatives) ;
- Dater et signer l'attestation sur l'honneur.

Les justificatifs peuvent provenir de pharmacies, de grandes surfaces, de fournisseurs spécialisés ou de sites internet.

Quels sont les délais à respecter ?

Vous disposez d'un délai de **deux ans**, augmenté du trimestre civil en cours, pour transmettre vos factures à la Caisse.

Important

Douze bons de prise en charge sont joints à ce document, soit un bon par mois.

En cas d'erreur ou de dossier incomplet, le remboursement pourra être retardé ou refusé.

Toute fausse déclaration peut entraîner des sanctions prévues par la loi.

Une fois votre bon complété, nous vous invitons à l'adresser à la Caisse, accompagné de l'ensemble des justificatifs, à l'adresse suivante :

CPRPF
17 avenue général Leclerc
13347 MARSEILLE Cedex 20

Pour toute question, vous pouvez contacter la Caisse au 04.95.04.04.04 de 8h à 12h et de 13h à 17h.



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

Pour le mois année.....



ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
- NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
- DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
- NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Alèses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.



*Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire*

BON DE PRISE EN CHARGE



Pour le mois année.....

ESMA10453

IDENTIFICATION de l'assuré(e) et/ou du bénéficiaire

- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 - NOM ET PRÉNOM DU BÉNÉFICIAIRE :
 - DATE DE NAISSANCE DU BÉNÉFICIAIRE :
 - NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) :

TABLEAU RECAPITULATIF DES DEPENSES :

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
Pour exemple : Aleses jetables 30*30cm	01/01/2026	10.25€

1/2



Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

BON DE PRISE EN CHARGE

NOM DU PRODUIT <i>(Présent sur le ticket de caisse ou facture)</i>	DATE DU TICKET DE CAISSE OU FACTURE	MONTANT en euros
MONTANT TOTAL DES DEPENSES		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et des justificatifs joints.

Date :

Signature de l'assuré(e).....

Avant de renvoyer le bon à la Caisse, je vérifie :

- ✓ avoir joint l'ensemble des **justificatifs** ;
- ✓ avoir **complété toutes les rubriques** ;
- ✓ avoir **signé le document**.