

**CGSP CHEMINOTS**

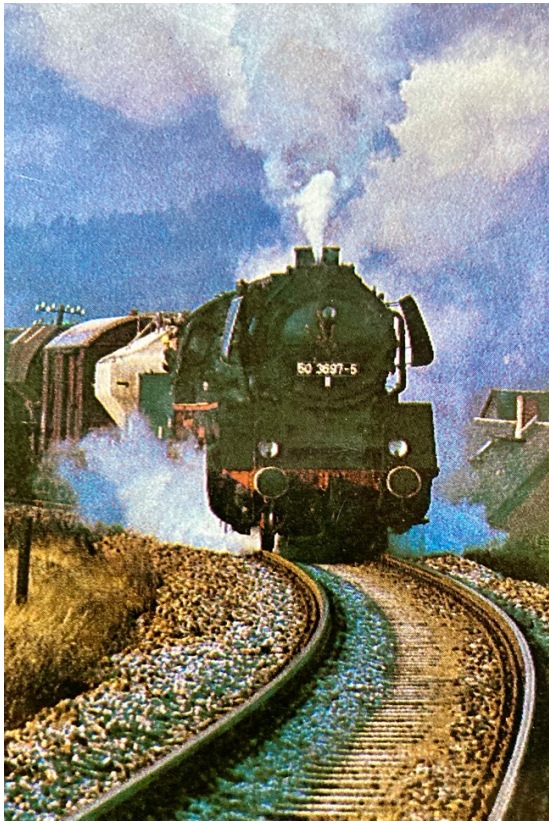
**ACOD SPOOR**

**INFOS PENSIONNES**

**Numéro spécial**

**Caisse de Solidarité Sociale**

**Edition 2026**



1926



2026



Version francophone

## Préambule

Cette brochure éditée depuis 2018 et tenue à jour chaque année est un moyen facile et pratique pour les pensionnés, qui peuvent ainsi se tenir informés de tout ce qui touche à la Caisse de Solidarité Sociale. Il s'agit d'un condensé des avantages offerts par la CSS. Elle explique aussi les démarches à effectuer et quels formulaires utiliser. Des exemplaires des formulaires à faire compléter, le plus souvent par votre médecin, sont annexés à la fin de cette brochure (pages 22 à 59).

Tous les renseignements repris dans la brochure sont puisés sur le site de hr-rail.be. Si vous disposez d'un ordinateur ou d'un smartphone vous pouvez également consulter ce site qui vient d'ailleurs d'être remanié et sécurisé. Voir la procédure pour y accéder page 4.

Si vous ne disposez pas d'internet, ou que vous ne maîtrisez pas bien l'informatique, tous les renseignements nécessaires relatifs à votre mutuelle peuvent être demandés au Centre Médical dont vous dépendez du lundi au vendredi entre 9h et 12h. (numéros gratuits) :

CMR Bruxelles 0800/95 482 ([cmrbruxelles@hr-rail.be](mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be))

CMR Mons et Charleroi 0800/95 484 ([cmrmons@hr-rail.be](mailto:cmrmons@hr-rail.be))

CMR Namur, Liège et Libramont 0800/95 485([cmrnamur@hr-rail.be](mailto:cmrnamur@hr-rail.be))

*Les rubriques marquées du signe \* sont des nouveautés ou des interventions de la CSS qui ont été modifiées en 2025.*



JCD

## Table des matières :

	<b>Pages</b>
Comment joindre ma Régionale syndicale par téléphone.....	4
Tableau des Interventions de la Caisse de Solidarité Sociale.....	5 à 12
Assistants Sociaux et points de contacts régionaux ( <b>nouveaux numéros</b> )..	13
Où trouver les formulaires de demande d'intervention.....	22 à 59
Comment se rendre sur le site de hr-rail.be .....	4
Tableau des formulaires disponibles dans cette brochure .....	21
Enveloppes roses .....	14
Relevé des remboursements médicaux .....	14
Assurance hospitalisation (tarifs chambre simple - <b>nouveaux tarifs</b> ).....	14
Que faire en cas de décès .....	15
Indemnités de funérailles et de décès .....	9
Soins de santé à l'étranger .....	15
Lunettes et lentilles de contact ( <b>nouveaux tarifs</b> ).....	15
Chirurgie des yeux .....	16
Cadeaux de fin d'année / Allocation d'hiver .....	16
Comment introduire une demande de billet FIP (P174) .....	17
Liste des billets gratuits internationaux accordés aux pensionnés .....	18
Transport vers les hôpitaux (ambulance et autres - <b>nouveaux tarifs</b> ) .....	19
<b>Nouveaux trains</b> OUIGO Classique Bruxelles Midi-Mons-Paris Nord.....	20

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

- 1- A votre Régionale ou **à la fin de cette brochure** (voir liste page 21).
- 2- Dans la revue « Le Rail » conjointement à l'article mentionnant l'intervention de la CSS (possible de faire photocopie du document)
- 3- \* Par internet sur le site de hr-rail.be (voir procédure page 4)
- 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](mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be))

CMR Mons et Charleroi 0800/95 484 ([cmrmons@hr-rail.be](mailto:cmrmons@hr-rail.be))

CMR Namur, Liège et Arlon 0800/95 485([cmrnamur@hr-rail.be](mailto:cmrnamur@hr-rail.be))

**\* Comment se connecter sur hr-rail.be pour imprimer un formulaire ou commander des enveloppes roses, la carte européenne CEAM, ou des vignettes :**

1- Sur internet dans le moteur de recherche tapez [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be) et lancez la recherche.

2- Ouvrez le site, une fenêtre apparaît, cliquez en haut à droite sur « **se connecter** ».

3- Une nouvelle fenêtre apparaît qui vous propose « **menus - My CSS - Formulaires** », cliquer sur **My CSS**, une nouvelle fenêtre s'ouvre qui vous invite à choisir par quel programme vous souhaitez être authentifié : soit avec itsme (il faut disposer d'un smartphone et charger l'application) ou par un lecteur de carte d'identité ou l'application Account, mais aussi par un mot de passe, un code sms ou un e-mail. Les deux premières propositions sont à privilégier.

4-L'authentification terminée, une fenêtre s'ouvre et propose : « **Vignettes, carte européenne CEAM, Enveloppes roses** » et tout en bas »**Formulaires** » Cliquez sur Formulaires, nouvelle fenêtre, cliquer sur « **Statutaires** » tous les formulaires disponibles apparaissent.

5-Vous pouvez aussi utiliser le moteur de recherche du site en cliquant tout en haut de la page sur « **Rechercher** ».

**NB :** Si vous ne disposez pas d'internet, ou que vous ne maîtrisez pas bien l'informatique, tous les renseignements nécessaires relatifs à votre mutuelle peuvent être demandés au Centre Médical dont vous dépendez du lundi au vendredi entre 9h et 12h. (numéros gratuits) :

CMR Bruxelles 0800/95 482 ([cmrbruxelles@hr-rail.be](mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be))

CMR Mons et Charleroi 0800/95 484 ([cmrmons@hr-rail.be](mailto:cmrmons@hr-rail.be))

CMR Namur, Liège et Libramont 0800/95 485([cmrnamur@hr-rail.be](mailto:cmrnamur@hr-rail.be))

Et aussi auprès des **Assistants Sociaux** (voir tableau page 13)

**\* Comment joindre ma Régionale Syndicale :**

Bruxelles	02/226 13 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	087/69 39 50	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	Gent	09/269 93 48 of 46
Charleroi	071/79 71 11		
Centre	0472/82 07 26 0476/69 15 44		
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 page 13.

**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

<b>Abonnement à un club de sport valable minimum 3 mois *</b>	50 € par année calendrier. Si sports olympiques reconnus + la marche, la danse, la pétanque, le fitness, le yoga, le squash.... Liste complète sur hr-rail.be ou auprès de votre CMR.	Compléter formulaire disponible page 51, 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 par mail ou par courrier.
<b>Aide au sevrage tabagique</b>	150 € pour achat de substituts nicotiques sur prescription médicale ----- 50 € par an pour consultation d'un tabacologue	Forfait unique. Remplir formulaire page 27 et joindre tickets de la pharmacie ----- Remboursement des tickets modérateurs. Faire remplir formulaire page 27 par le tabacologue
<b>Achat et location de matériel médical *</b>	<u>Achat ou location</u> BIM : 90% du montant de la facture Non BIM: 75 % du montant de la facture Remboursements limités à un montant maximum  Contacter l'Assistant Social	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
<b>Activité culturelle/Artistique</b>	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 52 et renvoyer à l'adresse indiquée. + vignette
<b>Aides familiales et ménagères</b>	1,50 € par heure prestée Compléter formulaire page 43	Certificat médical attestant que l'état de santé nécessite une aide à domicile pour les moins de 70 ans
<b>* Allocation d'hiver/ voir aussi cadeau de fin d'année (c'est l'un ou l'autre)</b>	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 page 35 et le transmettre à l'adresse indiquée sur le document avant le 01/10/2026
<b>* Appareils auditifs</b>	Jusqu'à 250 € par appareil monophonique. 500 € pour appareil stéréophonique. Voir les démarches à suivre sur HR-rail.be ou à votre CMR (téléphones page 4).	Perte auditive de 35 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
<b>Assurance hospitalisation</b>	Gratuite en chambre double	Voir tarif pour chambre particulière page 14

## B

<b>Bas de contention *</b>	Grâce au Fonds social, vous pouvez compter sur une intervention pour l'achat de ces bas. Maximum 2 paires de bas par an.	Les bas de contention sont fournis par un bandagiste agréé par l'INAMI. Faites remplir par un bandagiste le formulaire <a href="#">Bas de contention</a> page 39. Envoyez-le, à votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date de fourniture.
<b>Bouchons d'oreilles de protection (standards ou sur mesure)</b>	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

<b>Cadeau de fin d'année aux personnes placées</b>	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 page 35. Non cumulable avec l'allocation d'hiver.
<b>Centre de jour pour personnes âgées</b>	5 € par jour limité au prix réellement payé	Etre âgé de 60 ans et plus. 50 jours par an maximum. Compléter formulaire page 33.
<b>Centre de jour pour personnes handicapées</b>	5 € par jour	La demande doit être introduite dans l'année qui suit les jours de fréquentation. Compléter le formulaire page 49 et transmettre avec la facture.
<b>Chirurgie des yeux ou implant de lentilles.</b>	300 € par œil pour prestations relatives à la correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme. Voir page 16 Intervention de l'assurance hospitalisation jusque 600 €.	Faire compléter le formulaire page 37 par le dispensateur de soins et le renvoyer au CMR accompagné de la facture. N'oubliez pas les vignettes sur les 2 documents. (voir aussi page 16)
<b>Consultation d'un diététicien</b>	20 € par séance, maximum 6 consultations par année.	Compléter le formulaire page 29. Le diététicien devra posséder un n° INAMI. Séances individuelles seulement.
<b>Court séjour en maison de repos *</b>	10 € par jour pour une durée de 90 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 page 32 dans l'année qui suit le dernier jour du séjour.

## D

<b>Don pour les jeunes à la rentrée scolaire*</b>	les enfants de <b>6 ans</b> reçoivent un don de <b>85€</b> .  les enfants de <b>12 ans</b> reçoivent un don de <b>125€</b>  les enfants de <b>18 ans</b> reçoivent un don de <b>400€</b> .  <i>Prenez contact avec le bureau Social Advantages (H-HR.441) au 02 432 2836</i>	Le don est octroyé aux enfants et beaux-enfants des actifs ou <b>pensionnés</b> à condition qu'ils soient affiliés au Fonds social le 1 <sup>er</sup> août de l'année en cours. Une attestation scolaire valide attestant que votre (bel-)enfant est inscrit dans un établissement d'enseignement de plein exercice ou équivalent ou la preuve du paiement des allocations familiales doit être envoyée à HR Solutions H-HR.212 rue de France 89 – 1070 BXL
<b>Don pour noces jubilaires</b>	186 €. Envoyez un extrait d'acte de mariage non timbré muni d'une vignette	Les deux conjoints doivent être en vie à la date des 50 ans de mariage.

	au bureau 10-04 H-HR.441. rue de France 85 – 1060 Bruxelles.	
<b>Don de 1<sup>ère</sup> nécessité en cas de dommages à votre maison</b>	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

## E

<b>Examen de dépistage précoce</b>	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 22 complété et signé par médecin traitant.
------------------------------------	--	--

## G

<b>Garde à domicile des personnes âgées</b>	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 page 31 et le renvoyer avec la facture au CMR dans le courant de l'année qui suit le dernier jour de garde.
<b>Garde à domicile ou placement résidentiel de courte durée pour personne porteuse d'un handicap *</b>	Intervention du Fond Social	Compléter le formulaire de la page 47 et le transmettre à l'adresse indiquée sur le document.

## H

<b>Hospitalisation</b>	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 <a href="http://www.mediassistance.be">www.mediassistance.be</a> .
<b>Homéopathie</b>	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

<b>Incontinence</b>  <b>(Plus de détails dans Le Rail de Janvier/février 2026 pages 20 et 21).</b>	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. Hr-rail versera automatiquement le forfait mensuel en fonction de la durée de votre mini-forfait.  Faire compléter le formulaire page 44 par le médecin. L'intervention doit être demandée tous les 3 ans.  <b>Dans tous les cas</b> faire compléter le formulaire page 44 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	

<b>Indemnité de funérailles en cas de décès d'un pensionné statutaire *</b>	En cas de décès d'un(e) <b>affilié(e) pensionné(e)</b> , l'indemnité de funérailles est égale au montant brut de la dernière pension mensuelle. (L'indemnité est limitée à 75 % d'un douzième du montant prévu (3.317,96 euros) au 01/01/25 et limitée aussi au montant réellement payé.	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 : <a href="mailto:avantages sociaux@hr-rail.be">avantages sociaux@hr-rail.be</a> Utiliser formulaire page 36.
---	--	--

<b>Indemnité de décès octroyé au pensionné statutaire</b>	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 : <a href="mailto:avantages sociaux@hr-rail.be">avantages sociaux@hr-rail.be</a>	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

<b>Lunettes, lentilles et monture *</b>	40 % du montant restant à charge du bénéficiaire limité à maximum 800 € + Montant forfaitaire de 50 € pour la monture. <b>Faire compléter nouveau formulaire par l'opticien.</b>	Verres correcteurs tous les 2 ans, lentilles correctrices de contact une demande tous les ans. Pour les montures 1 demande tous les 2 ans. Plus de détails : page 15 <b>Formulaire page : 53</b>
---	---	---

## M

<b>Médecines parallèles : chiropractie, Acupuncture, Huiles essentielles.</b>	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 et compléter formulaire page 38.
----- <b>ostéopathie</b>	----- 20 € par séance (6 par an)	----- Idem
<b>Médicaments</b>	Quote-part personnelle maximum 5 € ou 3,25 € si BIM	Médicaments repris sur liste D brochure 2024 ou auprès de votre Régionale. Accord du médecin-conseil pour certains médicaments.

## P

<b>Pansements actifs *</b>	30 € par mois	Transmettre vos documents médicaux au CMR qui soumettra au médecin conseil pour autorisation.
----------------------------	---------------	---

<b>Piles et chargeurs de piles pour appareils auditifs *</b>	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. Utiliser formulaire page 28.
<b>Prothèse dentaires amovibles *</b>	Forfait de 200 € si la Caisse des soins de santé intervient S'il n'y a pas de remboursement de la CSS :  Lorsque les conditions de l'intervention de l'assurance obligatoire ne sont pas réunies: Intervention à hauteur de 100% de l'honoraire INAMI correspondant à la prothèse placée	Remplacement de la base deux fois par mâchoire et par période courante de 7 années civiles.  Voir formulaire page 56.
<b>Prothèses dentaires spéciales (dents-pivots, couronnes, bridges, implants)</b>	→ 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 30.

<b>Préservatifs et autotest VIH</b>	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

<b>Secours au conjoint isolé si conjoint(e) en maison de repos</b>	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.
<b>Séjour de convalescence *</b>	25 € par jour Utiliser le <b>formulaire de la page 41</b> à renvoyer à votre CMR. 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.
<b>Semelles orthopédiques *</b>	Remboursement quote-part personnelle à concurrence de 100% du ticket modérateur.  Envoyer dossier complet à votre CMR.	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.
<b>Semelles Podologiques</b>	25 € par semelle. 50€ la paire.	Une fois par an. Compléter formulaire page 40 et renvoyer au CMR
<b>Soins par pédicure *</b>	10,00 € par séance de soins. Pour les plus de 65 ans maximum 9 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 formulaire page 25.
<b>Soutien psychologique *</b>	20 € par séance, maximum 20 consultations par année.	Compléter le formulaire page 24 ou le demander à votre CMR ou en l'imprimant sur le site de hr-rail.

## T

<p><b>Téléassistance</b></p>	<p>120 € par an ou 10 € par mois complet.</p> <p><b>Faire la demande en utilisant le formulaire page 42.</b></p>	<p>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'Assistant Social</p>
<p><b>Transport non urgent de malades *</b></p>	<p>MUTAS organise le transport à votre demande. Voir détails et tarifs page 19 .</p> <p>Si transport en voiture personnelle un défraiement de 0,37 € par km est prévu.</p>	<p>S'adresser à MUTAS (coordonnées sur la carte Mutas) qui organise la gestion, la facturation auprès du CMR et à l'assurance complémentaire. <b>Formulaire à compléter page 23</b></p>
<p><b>Transport URGENT de malades</b></p>	<p>Intervention de 75% de la CSS. Plafond maximum à payer pour l'affilié 20 € (8,75 € si BIM)</p>	<p>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</p>
<p><b>Trouble du sommeil</b></p>	<p>0,25 € par jour. Pris en charge par la CSS.</p>	<p>Utilisation du CPAP</p>

## V

<p><b>Vaccins</b></p>	<p>Ils sont délivrés sur ordonnance gratuitement en officine.</p>	<p>Sauf fièvre jaune remboursé par CMR sur présentation attestation fournie par un Centre Conventionné de médecine de voyage.</p>
-----------------------	---	---

## Assistant(e)s Socia(les)aux (A.S.)

### Coordonnées des points de contacts régionaux

**\*(Dernière mise à jour le 01/01/26)**

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

**À Bruxelles (francophone) et en Région wallonne**

<b>Bruxelles</b>	10-04 H-HR.43BR Rue de France 85 1060 Bruxelles	02/212 82 96 et 02/525 94 40 0800 95 482 gratuit <a href="mailto:pointaccueilbruxelles@hr-rail.be">pointaccueilbruxelles@hr-rail.be</a>
------------------	---	---

<b>Charleroi</b>	60-02 H-HR.43C Square des Martyrs du 18 août,1, 6000 Charleroi	071/60 22 84 ou 60 20 80 ou 0800 95 484 gratuit <a href="mailto:pointaccueilcharleroi@hr-rail.be">pointaccueilcharleroi@hr-rail.be</a>
------------------	--	--

<b>Liège</b>	40-01 H-HR 43L Rue Serrurier-Bovy 4000 Liège	04/241 20 03 ou 0800 95 485 gratuit <a href="mailto:pointaccueilliege@hr-rail.be">pointaccueilliege@hr-rail.be</a>
--------------	--	--

<b>Libramont</b>	68-01 H-HR 43LI Place de la Gare 1 6800 Libramont	081/25 25 77 ou 25 29 16 ou 0800 95 485 gratuit <b>Envoyer courrier à Namur.</b> <a href="mailto:pointaccueilarlon@hr-rail.be">pointaccueilarlon@hr-rail.be</a>
------------------	---	--

<b>Mons</b>	70-02 H-HR 43M Rue du Musée François Duesberg,1 - 7000 Mons	065/58 25 84 ou 58 20 54 ou 0800 95 484 gratuit <a href="mailto:pointaccueilmons@hr-rail.be">pointaccueilmons@hr-rail.be</a>
-------------	---	--

<b>Namur</b>	50-03 H-HR 43N Rue Léanne 15 5000 Namur	081/25 29 16 ou 081/25 25 77 ou 0800 95 485 <a href="mailto:pointaccueilnamur@hr-rail.be">pointaccueilnamur@hr-rail.be</a>
--------------	---	--

## Quelques infos utiles

### \* Enveloppes roses :

Elles sont à commander soit :

- En allant sur le site [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be) (voir procédure page 4)
- En envoyant un mail à [pinkenveloppe@hr-rail.be](mailto:pinkenveloppe@hr-rail.be)
- En téléphonant au 02/525 35 59 et en laissant un message sur le répondeur qui vous proposera de choisir votre langue et vous demandera votre numéro d'identification.

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 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, dans l'application [MyCSS](#) vous pouvez voir à tout moment vos remboursements jusqu'à 2 ans en arrière, tant pour vous-même que pour vos personnes à charge. Rendez-vous sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be) et connectez-vous. Suivez la procédure décrite page 4.

&&&&&&&

### \* Assurance hospitalisation Gratuite en chambre à deux lits

Tarifs 2026 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	383,72 €
65 ans et plus	A charge de HR Rail	942,08 €

Non-affilié à la Caisse de Soins de Santé		
Âge	Chambre double	Chambre individuelle
De 18 à 64 ans	107,84 €	535,39 €
65 ans et plus	288,95 €	1265,35 €

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

## **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 par téléphone ou par mail, avec l'Assistant(e) Social(e) qui vous aidera à entreprendre les démarches nécessaires (voir page 13). 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 9 lettre I).

&&&&&&&&

### **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](http://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 « Remboursement de soins à l'étranger » (page 57 et 58) en y mentionnant le numéro de dossier que Mutas vous a attribué. Ce formulaire est également disponible sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be), mais aussi sur demande auprès de votre CMR.

**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](http://www.mediassistance.be).

&&&&&&&&

### **Lunettes et lentilles de contact.**

#### **Démarches à suivre pour obtenir les interventions**

Fournir les documents suivants à votre CMR :

- \* Le formulaire de la page 53 complété par l'opticien.
- 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.

&&&&&&&&

## **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 page 7 lettre C → Cadeau de fin d'année. Non cumulable.

Le formulaire à remplir sont en annexe de cette brochure (pages 35).



## **\* Comment introduire une demande de billet international FIP ?**

Remplissez le formulaire électronique sur **FIP-Tickets** que vous trouverez sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be). Cliquez sur « me connecter » et suivre la procédure décrite page 4. Si vous n'avez pas d'ordinateur demandez le P174 au Point d'accueil Régional du Centre Médical (voir page 2).

**Un exemplaire est également annexé à la présente brochure page 59.**

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,

10-03 HR Solutions

Rue de France, 85

1060 Bruxelles

- 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.





**\* Transports vers les hôpitaux et retour en vue d'une hospitalisation ou d'un traitement :**

Différents cas peuvent se présenter :

**Transport urgent vers un hôpital :**

- Toujours via le 112
- Interventions sur les frais de transport : voir tableau page 12.
- 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 internet sur HR-Rail.be dans « Formulaires » 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 0,37 € par km.

## **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. Il vous est loisible d'acheter un billet sur le site « OUIGO CLASSIC » Si vous ne disposez pas d'internet, vous pouvez acheter votre ticket dans l'une des gares reprises ci-dessus, il vous coûtera 12 € plus cher (ouverture du dossier). De plus le titre de transport sera à retirer quatre jours après à la gare où vous l'avez commandé.**



**\* Liste des formulaires disponibles en annexe :**

Pages	
22	<u>Consultation médicale en vue d'un examen de dépistage</u>
23	<u>Transport non urgent pour raison médicale</u>
24	<u>Consultations d'un psychologue</u>
25	<u>Soins par pédicure</u>
26	<u>Déclaration spontanée d'accident</u>
27	<u>Aide au sevrage tabagique</u>
28	<u>Piles et chargeur de piles pour appareils auditifs</u>
29	<u>Diététique</u>
30	<u>Intervention dans le coût des prothèses dentaires spéciales</u>
31	<u>Garde à domicile des personnes âgées</u>
32	<u>Court séjour en maison de repos</u>
33	<u>Centre de jour pour personnes âgées</u>
34	<u>Vacances des enfants porteurs d'un handicap</u>
35	<u>Allocation d'hiver/Cadeau de fin d'année aux personnes placées</u>
36	<u>Demande d'allocation funéraire</u>
37	<u>Chirurgie des yeux</u>
38	<u>Homéopathie, phytothérapie, huiles essentielles</u>
39	<u>Bas de contention</u>
40	<u>Semelles podologiques</u>
41	<u>Séjour de convalescence</u>
42	<u>Téléassistance</u>
43	<u>Aide familiale et ménagère</u>
44	<u>Incontinence</u>
45	<u>Compléments nutritionnels médicaux</u>
46	<u>Lait infantile pour raison médicale</u>
47	<u>Garde à domicile ou placement résidentiel de courte durée pour les personnes porteuses d'un handicap</u>
48	<u>Accompagnement des personnes porteuses d'un handicap</u>
49	<u>Centre de jour pour personnes porteuses d'un handicap</u>
50	<u>Intervention Camps et plaines de jeux</u>
51	<u>Abonnement à un club sportif</u>
52	<u>Abonnement à une activité artistique</u>
53	<u>Monture, lunettes et lentilles</u>
54	<u>Formulaire de plainte CSS &amp; Fonds social</u>
55	<u>Signalement de fraude</u>
56	<u>Prothèses dentaires amovibles</u>
57	<u>Demande de remboursement de soins à l'étranger (partie 1)</u>
58	<u>Partie 2</u>
59	<u>P 174 Demande de facilités de circulation internationales</u>



## EXAMEN DE DÉPISTAGE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 15 € max.** pour une seule consultation par an

**CODE DE REMBOURSEMENT : 035**

### À 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 :

- cancer                       maladies cardio-vasculaires                       affections respiratoires  
 allergies                       diabète                       ostéoporose

Date : .....

Cachet et signature du médecin traitant :

*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 la prestation. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet.  
Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)

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

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 :

- 0,36 €/km (transport entre le 01/07/2025 et le 31/12/2025 inclus)
- 0,37 €/km pour les transports effectués à partir du 01/01/2026

CODE DE REMBOURSEMENT : 024

**REMARQUE :** Annexez à votre demande un document prouvant le rendez-vous médical dans un hôpital ou un centre de revalidation agréé. Tous les documents doivent être munis d'une vignette d'identification.

**Attention :** Le Fonds social n'intervient pas en cas de transport pour un rendez-vous médical à un cabinet privé. Seuls les trajets en présence de la personne concernée par le rendez-vous médical sont pris en charge.

Vous ne devez pas remplir ce formulaire dans le cadre de la dialyse et du traitement du cancer car il existe un remboursement automatique de la CSS.

	Date du transport	Adresse de départ (= domicile officiel)	Adresse d'arrivée (= hôpital ou centre de revalidation agréé)	Aller- Retour	Nombre total de km parcours
1				oui / non	
2				oui / non	
3				oui / non	
4				oui / non	
5				oui / non	
					<b>Total :</b> ..... km

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 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 [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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



## CONSULTATION D'UN PSYCHOLOGUE

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 :

**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					

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 introduit auprès de votre CMR 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 [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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



# FONDS SOCIAL



## SOINS PAR PÉDICURE (par un(e) pédicure ou un(e) podologue reconnu(e) par l'INAMI)

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 10 € max.** par séance

**NOMBRE DE SÉANCES :**

- 6 max. par année calendrier pour les prestations jusqu'au 31/12/2025
- 9 max. par année calendrier pour les prestations à partir du 1/01/2026

**CODE DE REMBOURSEMENT : 084**

**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
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

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 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 [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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

Dossier: .....

**Déclaration spontanée d'un accident dont une autre personne pourrait être responsable**

Cet accident concerne :

- un accident de la circulation (*pas sur le chemin du travail*)
- un autre accident (*pas un accident du travail*)

**A. Données de la victime**

Nom et prénom : .....

Vignette

- La victime est
- agent
  - pensionné
  - personne à charge de :

Notez ici le numéro de téléphone ou de GSM auquel nous pouvons vous joindre pendant les heures de bureau : .....

**B. Description des faits**

**1. Quand se sont produits les faits?**

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

Heure : ..... h .....

**2. Où se sont produits les faits?**

Rue: .....N°: ..... Boîte: .....

Code postal: ..... Commune: .....

Pays : .....

**3. Comment se sont produits les faits? (Donnez une brève description)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Date :

Signature :

.... / .... / 20...

.....

**Renvoyez ce document via la poste interne ou la poste normale :**

Caisse des Soins de Santé de HR Rail  
 10-03 CSS- Bur Central  
 Rue de France 85  
 1060 BRUXELLES

Vous pouvez aussi le scanner le renvoyer par mail à : [css@hr-rail.be](mailto:css@hr-rail.be)

**Protection de la vie privée :**

La CSS utilise ces données dans le cadre de l'application de l'article 136 § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'article 295 de l'AR du 3 juillet 1996.

L'ayant droit :

- a le droit de vérifier et de corriger ses données personnelles (GDPR). Si il souhaite en faire usage, il doit contacter la CSS par écrit ;

- il peut également obtenir plus d'informations sur le traitement des données.



# FONDS SOCIAL



## 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 unique de 150 € (payable éventuellement en plusieurs fois)

**CODE DE REMBOURSEMENT :** 003

Prescrits par (nom du médecin) :

Montant total payé :

### CONSULTATION TABACOLOGUE (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 :

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 au centre médical régional dans l'année qui suit la 1<sup>re</sup> consultation ou du 1<sup>er</sup> ticket BVAC. Pas de remboursement si le formulaire est incomplet et si les tickets BVAC ne sont pas joints. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)



## PILES ET CHARGEUR DE PILES POUR APPAREILS AUDITIFS

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Appareil auditif acheté avant le 01/07/2025

**Pour l'achat de piles :**

**i** MONTANT DE L'INTERVENTION : 40 € max. une fois par année calendrier  
 CODE DE REMBOURSEMENT : 083

*Remarque : le formulaire ne peut être envoyé qu'une seule fois par an à votre CMR.*

**OU**

**Pour l'achat d'un chargeur de piles ou de piles rechargeables pour appareil auditif.**

**i** 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 : .....

Envoyez ce formulaire, accompagné de la/des facture(s), 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 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 jointes. Plus d'infos sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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


Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

**NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (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					

*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 la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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



## 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 du Fonds Social 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 : .....

Envoyez ce formulaire, accompagné de la/des facture(s), 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 la première séance. 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).

**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)



**FONDS  
SOCIAL**



## GARDE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

Demande d'intervention

Vignette d'identification du bénéficiaire  
dont l'état requiert la présence  
d'une garde à domicile

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Je sollicite l'intervention du Fonds Social dans les frais de garde à domicile.

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

### LA FACTURE DE L'ORGANISME QUI A ASSURÉ LA GARDE DOIT ÊTRE ANNEXÉE.

La facture doit mentionner clairement :

- La dénomination de l'organisme ;
- La date de la garde ;
- Le nombre d'heures de garde ;
- Les nom, prénom et date de naissance de la personne dont l'état de santé nécessite la présence d'une garde ;
- Le montant payé.

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 au centre médical régional dans l'année qui suit la journée ou la nuit de garde.  
Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)



**COURT SÉJOUR EN MAISON DE REPOS**  
Demande d'intervention

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

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

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....



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

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

- Le bénéficiaire est âgé(e) d'au moins 70 ans ;
- 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 : .....

*Envoyez ce document par mail ou par voie postale au bureau Social Advantages*

**Social Advantages**  
02 432 28 36 • [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 au bureau  
Social Advantages dans un délai d'un an suivant le  
dernier jour du séjour. Les conditions détaillées de  
l'intervention sont disponibles sur  
[www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).



# FONDS SOCIAL



## CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

Demande d'intervention

Vignette d'identification de la personne qui fréquente le centre

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance :

.....

N° de téléphone :


.....

Adresse e-mail :

.....

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais de fréquentation d'un centre de jour pour personnes âgées.

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

 **MONTANT DE L'INTERVENTION** : max. 5 € par jour (intervention limitée à 50 jours par année civile).  
L'intervention n'est versée qu'à l'issue du séjour et pour autant que :  
→ Le/la bénéficiaire est âgé(e) de 60 ans et plus.

**CODE DE REMBOURSEMENT** : 044

**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 : .....

Envoyez ce document par mail ou par voie postale au bureau Social Avantages

**Social Avantages**  
02 525 39 97 • [avantages sociaux@hr-rail.be](mailto:avantages sociaux@hr-rail.be)  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85 - 1060 Bruxelles

La demande doit être introduite au bureau Social Avantages dans un délai d'un an suivant le jour du séjour. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).



**FONDS  
SOCIAL**



## VACANCES DES ENFANTS PORTEURS D'UN HANDICAP

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

.....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais exposés pour les vacances de mon enfant repris ci-dessous :

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

.....

Date de naissance : .....

**RÉSERVÉ À L'ORGANISATION** (à compléter par l'organisateur après participation)

Je soussigné(e) : .....

responsable de l'organisation (*nom et n° de téléphone*) .....

.....

atteste que l'enfant précité a participé au séjour organisé à : .....

.....

du ..... au ..... Montant payé : .....

Date et signature de l'organisateur : .....

Cachet de l'organisateur

Si l'enfant a séjourné dans un hôtel, un camping ou une maison de location, il convient de nous transmettre à l'issue du séjour :

- soit la facture de l'établissement hôtelier ou du camping (la date du séjour et le prix payé doivent y figurer obligatoirement) ;
- soit le contrat de location de la maison ou de l'appartement loué ainsi que la preuve du paiement de la location.

S'il s'agit d'une première demande, l'attestation de reconnaissance du handicap doit accompagner ce document.

Date : .....

Signature : .....

Social Advantages  
02 432 28 36 • [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 Social Advantages  
dans l'année qui suit le dernier jour du séjour.



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

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

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 2024.

	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 (uniquement pour l'allocation d'hiver (si couple). Il n'est pas tenu compte des frais d'hébergement pour le cadeau aux personnes placées.)

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 pensionné(e) : .....

Signature du conjoint : (marié ou cohabitant légal)

**Social Advantages**

02 432 28 36 • 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, de préférence avant le 1<sup>er</sup> octobre 2025 et au  
plus tard le 31 décembre 2025\*.

\*Nous effectuons le paiement au cours du mois d'octobre. Les demandes introduites après le 31 décembre 2025 ne seront pas traitées.



**FONDS  
SOCIAL**



## DEMANDE D'ALLOCATION FUNÉRAIRE (pensionnés)

Demande de remboursement des frais d'obsèques d'une personne ayant droit à une pension de retraite

Vignette au nom du défunt

NOM et PRÉNOM du/de la défunt(e) (en majuscule) :

.....

Décédé(e) le : .....

### MONTANT



#### Conjoint(e) ou héritiers en ligne directe :

1 mois de pension brute, limitée à 75% du 1/12<sup>e</sup> du montant déterminé par l'art. 39, 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéa de la loi sur les accidents du travail du 10/04/1971 (pour plus d'informations sur le salaire de base maximum et minimum, consultez fedris.be)

Autre personne physique ou morale : les frais réels encourus (avec le même maximum que ci-dessus).

Ce montant ne doit pas être inclus dans l'actif de la succession.  
(informations complémentaires - [www.sfpd.fgov.be/fr/decès/indemnité-de-funeraillles](http://www.sfpd.fgov.be/fr/decès/indemnité-de-funeraillles))

Je demande une allocation funéraire pour la personne mentionnée ci-dessus qui a droit à une pension de retraite en tant que :

- époux/épouse (ni divorcé(e) ni séparé(e)) - (compléter les informations au point 1)
- héritier(e) en ligne directe (compléter les détails aux points 1 et 1A)
- autre personne physique ou juridique (compléter les informations visées aux points 1 et 1B)

### 1. Données du demandeur (personne qui recevra l'allocation funéraire)

NOM et PRÉNOM (en majuscule) : .....

Adresse e-mail : .....

Numéro de compte : IBAN ..... BIC .....

### 1A. Procuration pour recevoir l'allocation funéraire

Les héritiers en ligne directe donnent une procuration à l'un(e) d'entre eux ou à un tiers/notaire (énumérés ci-dessus en tant que le demandeur) pour recevoir le paiement des frais funéraires. Si une procuration n'a pas été donnée par l'un ou l'ensemble des héritiers, l'indemnité funéraire sera versée à la personne qui peut produire la facture acquittée.

#### Social Avantages

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

Envoyez ce formulaire au bureau  
Social Avantages (H-HR. 441) dans  
les 12 mois qui suivent le décès.



**CHIRURGIE DES YEUX**  
Demande d'intervention

Envoyez ce formulaire accompagné de votre facture dans un délai d'un an après l'opération.

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 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. Cela signifie qu'il n'y a pas d'intervention du Fonds social, par exemple en cas d'une opération de la cataracte...

**i** MONTANT DE L'INTERVENTION : 300 € max. par œil  
CODE DE REMBOURSEMENT : 076

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE TRAITANT**

Je déclare que le patient ci-dessus a subi une intervention chirurgicale le : ..... (date)  
pour corriger une/un :

- Myopie
- Presbytie
- Astigmatisme
- Hypermétropie

Œil traité :             Droit             Gauche             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-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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



**FONDS  
SOCIAL**



## **HOMÉOPATHIE, PHYTOTHÉRAPIE, HUILES ESSENTIELLES**

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 :**

Je soussigné(e), ..... ,  
déclare sur l'honneur avoir reçu les produits pour mon usage personnel.

Fait à ..... le ..... (date)

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

### Conditions

- 🔗 Ce formulaire peut être rentré si le montant maximum est atteint ou maximum 2 fois par an.
- 🔗 Le Fonds social prévoit une intervention de 50% du montant payé, limitée à 125 euros par an.
- 🔗 Code de remboursement : 070

*Remarque : aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet.*

*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 première date de fourniture.  
Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)



**FONDS  
SOCIAL**



**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-rail.be](http://www.hr-rail.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)



**FONDS  
SOCIAL**



**SEMELLES PODOLOGIQUES**  
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 :

**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 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-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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

## ← SÉJOUR DE CONVALESCENCE

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom de la personne qui fréquente le séjour de convalescence

NOM et PRÉNOM (en majuscule) : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....


Adresse e-mail : .....

### LES CONDITIONS

- L'établissement doit se situer en **Belgique** (sauf pour les frontaliers si l'établissement étranger est plus proche de chez eux);
- Le séjour commence à la fin d'un traitement pour maladie grave ou dans les **8 jours** suivant la fin de l'hospitalisation. Par maladie grave, il faut entendre toutes les maladies qui sont reconnues comme telles dans le cadre de l'assurance collective hospitalisation.

### À JOINDRE À CETTE DEMANDE

- Le certificat médical attestant la maladie grave ou la fin de l'hospitalisation;
- La facture de l'établissement, indiquant qu'il s'agit d'un séjour de convalescence et reprenant les dates de séjour et le prix payé.



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 25 € par jour**

- limitée à une période de 30 jours calendriers au maximum par année civile (du 01/01 au 31/12)
- les jours peuvent être répartis sur maximum deux périodes interrompues

**CODE DE REMBOURSEMENT : 036**

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 accompagnée du certificat médical et de la facture doit être envoyée à votre centre médical régional. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur <a href="http://www.hr-rail.be">www.hr-rail.be</a> .		
<b>CMR Bruxelles (910)</b> 10-03 CSS – CMR Bruxelles Rue de France 89 – 1070 Bruxelles 0800 95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be	<b>CMR Mons (950, 951)</b> 70-02 CSS – CMR Mons Rue du Musée François Duesberg 1 – 7000 Mons 0800 95 484 · cmrmons@hr-rail.be	<b>CMR Namur (940,941,942)</b> 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 (en majuscule) :

.....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

### LES CONDITIONS

- Vous ne séjournez pas dans une résidence communautaire.
- Vous vivez seul ou en couple et êtes (partiellement) isolé pendant toute la journée ou une majeure partie de celle-ci.

### À JOINDRE À CETTE DEMANDE

- La facture (et la preuve de paiement si la facture ne mentionne pas qu'il a été effectué).
- Pour les bénéficiaires de moins de 65 ans : un certificat médical, et ce à chaque renouvellement d'abonnement.



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 10 € par mois**

**CODE DE REMBOURSEMENT : 088**

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 accompagnée de la facture (et éventuellement votre preuve de paiement) et, le cas échéant, d'un certificat médical doit être envoyée à votre centre médical régional. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)

## AIDE FAMILIALE ET MÉNAGÈRE

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom  
du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

Adresse (rue et n°) :

Commune + code postal :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais d'aide familiale et ménagère.

Les tâches sont effectuées par un organisme agréé d'aide à domicile, d'aide aux personnes âgées ou d'aide-ménagère, par une société de titres-services agréée ou par un service d'aide-ménagère d'un CPAS ou d'une entreprise d'économie sociale A.L.E.-Titres-services.



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 1,5 €** par heure prestée

**CODE DE REMBOURSEMENT : 092**

### JOINDRE À CETTE DEMANDE LES FACTURES PAYÉES

Je soussigné(e) : .....  
déclare me trouver dans une des situations suivantes :

- J'ai 70 ans et plus.
- J'ai moins de 70 ans et je dispose d'un certificat médical attestant que mon état de santé nécessite une aide à domicile.
- Je suis enceinte de plus de 3 mois et je joins à cette demande le certificat médical attestant mon état.
- Je viens d'accoucher et je joins à cette demande un document reprenant la date de naissance de mon enfant.

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 accompagnée des factures payées et, le cas échéant, du certificat médical requis doit être envoyée à votre centre médical régional dans l'année qui suit le premier jour de prestation.  
Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.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)



Envoyez ce formulaire à votre CMR

## INCONTINENCE

Demande d'intervention (suivez le schéma au verso pour savoir si vous avez droit à une intervention)

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

### À FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE (cocher la mention utile)

Je soussigné, ....., médecin traitant, certifie que mon patient souffre :

d'incontinence uniquement fécale non traitable

d'incontinence uniquement fécale traitable

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

- à une opération pratiquée le ..... (date) pour la raison suivante

.....

- autre :

.....

d'incontinence urinaire traitable

Cette incontinence urinaire traitable s'est déclenchée suite :

- à une opération pratiquée le ..... (date) pour la raison suivante

.....

- 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 :

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 au centre médical régional. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be) 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](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)



## COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS MÉDICAUX

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), ....., médecin, déclare que l'état de santé de l'affilié susmentionné nécessite l'absorption d'un complément nutritionnel médical de type Fortimel, Fresubin, Cubitan... Il ne peut s'agir en aucun cas de compléments de vitamines, de sels minéraux, etc.

N° INAMI : .....

Diagnostic : .....

Motivation : .....

Date de demande de la nutrition complémentaire : .....

Fréquence : ..... (Maximum 3 compléments par jour)

Durée : .....

Signature et cachet du prescripteur :

Date : .....

#### Conditions :

- 🔗 Remboursement à 50% du prix payé et de maximum de 3 compléments par jour.
- 🔗 Le complément nutritionnel médical doit toujours être acheté sur prescription médicale en pharmacie.
- 🔗 Aucune intervention n'est versée pour les achats en ligne.
- 🔗 La demande est valable pour un an et doit être introduite annuellement.

#### Remarque :

- 🔗 Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet.
- 🔗 Code de remboursement : 921 (à partir du 1/01/2026)

*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, de préférence par mail, auprès de votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date du début du traitement. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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



## LAIT INFANTILE POUR RAISON MÉDICALE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### À COMPLÉTER PAR LE PÉDIATRE TRAITANT

Je, soussigné(e) ..... , pédiatre,

N° INAMI : .....

déclare que l'enfant susmentionné, bénéficiaire de la CSS, présente l'une des conditions suivantes (à cocher) pour laquelle le lait infantile spécifique est nécessaire :

- Reflux
- Crampes
- Allergie aux protéines du lait de vache, qui ne répond pas aux conditions de l'INAMI

Type de lait infantile : .....

Date de début du lait infantile spécifique : .....

Signature et cachet du prescripteur :

Date : .....

#### Conditions :

- 🔗 Remboursement à 50% du prix payé.
- 🔗 Jusqu'au 2<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant affilié à la CSS.
- 🔗 Ce formulaire doit être rempli par le pédiatre traitant.
- 🔗 Pas d'achat en ligne. Achats en pharmacie sur prescription médicale.

#### Remarque :

- 🔗 Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet.
- 🔗 Code de remboursement: 920 (à partir du 01/01/26)

*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, de préférence par mail, auprès de votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date du début du traitement. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

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



## GARDE À DOMICILE OU PLACEMENT RÉSIDENTIEL DE COURTE DURÉE POUR LES PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais de garde à domicile ou de placement pour la personne porteuse d'un handicap suivante :

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance :

.....

**La demande de remboursement concerne :** (cochez le type d'aide choisi)

- une garde à domicile
- un placement résidentiel de courte durée
- une offre de loisirs adaptés

### LA FACTURE DE L'INSTITUTION PRESTATAIRE DU SERVICE DOIT ÊTRE ANNEXÉE.

La facture doit mentionner clairement :

- ➔ La dénomination de l'institution ;
- ➔ Les nom et prénom de la personne qui a été prise en charge ;
- ➔ Les dates de prise en charge ;
- ➔ Le nombre de jours ou d'heures prise en charge ;
- ➔ La somme payée à l'institution

S'il s'agit d'une première demande, l'attestation de reconnaissance du handicap doit accompagner ce document.

Date : .....

Signature : .....



#### Social Avantages

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 Avantages dans l'année qui suit la journée ou la garde à domicile.



**ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP**

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais d'accompagnement pour la personne porteuse d'un handicap suivante :

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance : .....

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

**LA FACTURE DE L'INSTITUTION PRESTATAIRE DU SERVICE DOIT ÊTRE ANNEXÉE.**

La facture doit mentionner clairement :

- ➔ La dénomination de l'institution ;
- ➔ Les nom et prénom de la personne qui a été prise en charge ;
- ➔ Les dates de prise en charge ;
- ➔ Le nombre de jours ou d'heures prise en charge ;
- ➔ La somme payée à l'institution.

S'il s'agit d'une première demande, l'attestation de reconnaissance du handicap doit accompagner ce document.

Date : .....

Signature : .....



**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 l'année qui suit la prestation.

**CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES PORTEUSES D'UN HANDICAP**  
Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

**NOM et PRÉNOM (en majuscule) :**

.....

**Date de naissance :** .....

**N° de téléphone :** .....

**Adresse e-mail :** .....

Je sollicite l'intervention du Fonds social 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 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 :** .....



**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 l'année qui suit le jour de fréquentation.



**FONDS  
SOCIAL**



**CAMPS ET PLAINES DE JEUX** (pensionnés)

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

**NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :**

.....

**N° de téléphone :**

.....

**Adresse e-mail :**

.....

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans les frais exposés par la fréquentation d'une plaine de jeux ou stage, une classe de dépaysement, un camp avec le mouvement de jeunesse (ou l'affiliation).

Envoyez ce formulaire au bureau Social Advantages dans l'année qui suit le dernier jour de participation.  
Par exemple, si votre participation prend fin le 16 février 2025, vous devez envoyer le formulaire au plus tard le 16 février 2026.

**NOM et PRÉNOM de l'enfant (en majuscule) :**

.....

**Date de naissance :**

.....

Je demande une intervention pour : (indiquez ce qui correspond)

Plaine de jeux ou stage

Classe de dépaysement

Camp mouvement de jeunesse

Affiliation mouvement de jeunesse

Nombre de jours : ..... (ne s'applique pas si vous demandez une intervention pour l'affiliation à un mouvement de jeunesse)

**RÉSERVÉ À L'ORGANISATION (à compléter après participation)**

Je soussigné(e) : .....

responsable de la plaine de jeux, stage, classe de dépaysement ou mouvement de jeunesse

(nom, adresse et n° de téléphone) :

.....

.....

atteste que l'enfant repris ci-dessus a fréquenté l'activité.

Période de l'activité: du ..... au ..... (date)

Cachet de l'organisation  
ou de l'école

Date :

Signature de l'organisateur :

Social Advantages  
02 432 28 36 • avantagessociaux@hr-rail.be  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85 - 1060 Bruxelles

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



## ABONNEMENT À UN CLUB DE SPORT (pensionnés)

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom de l'abonné(e)

NOM et PRÉNOM de l'abonné(e) (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(e) repris(e) 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 e-mail ou par voie postale au bureau Social Avantages

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. Aucun remboursement ne sera accordé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be).

Social Avantages

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 Avantages dans un délai d'un an par rapport à  
la date de fin de l'abonnement.



**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 Avantages**

02 432 28 36 • [avantages sociaux@hr-rail.be](mailto:avantages sociaux@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 Avantages dans un délai d'un an par rapport à  
la date de la fin de l'année académique.**

## MONTURE, LUNETTES ET LENTILLES

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

**À REMPLIR PAR L'OPTICIEN**

Je, soussigné(e), .....  
certifie sur l'honneur avoir contrôlé la vision ou avoir fourni sur prescription une monture, des verres  
et/ ou des lentilles en date du ..... en faveur de :

Nom et prénom : .....

Montant effectivement payé (réduction, promotion déduite) :

- Pour la monture : ..... €
- Pour les verres : ..... €
- Pour les lentilles : ..... €

Une annexe 15 a été délivrée pour les fournitures ci-dessus.  
 Aucune annexe 15 n'a été délivrée pour les fournitures ci-dessus.

(Cochez ce qui vous convient)

Date : .....

Signature et cachet de l'opticien :

Conditions :

- 👉 La facture doit être jointe à ce formulaire. Pas de facture = aucun remboursement.
- 👉 Un formulaire incomplet = aucun remboursement.
- 👉 Achat auprès d'un opticien possédant un numéro INAMI (pour un achat en Belgique).
- 👉 Achat en ligne non autorisé (même avec retrait en magasin).
- 👉 Achat en leasing (Lunettes sans soucis de Pearle...) non autorisé.
- 👉 Maximum une demande par délai de renouvellement. (Tous les 2 ans pour les montures, tous les 2 ans pour les verres pour les plus de 19 ans, chaque année pour les verres jusqu'au 19<sup>ième</sup> anniversaire).

*Envoyez ce formulaire avec la facture par voie postale à votre CMR*

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de délivrance des lunettes ou lentilles. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur <a href="http://www.hr-rail.be">www.hr-rail.be</a> .		
<p><b>CMR Bruxelles (910)</b> 10-03 CSS - CMR Bruxelles Rue de France 89 - 1070 Bruxelles 0800 95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Mons (950, 951)</b> 70-02 CSS - CMR Mons Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000 Mons 0800 95 484 · cmrmons@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Namur (940,941,942)</b> 50-03 CSS - CMR Namur Rue Léanne 15 - 5000 Namur 0800 95 485 · cmrnamur@hr-rail.be</p>





**SIGNALEMENT DE FRAUDE**

**1. Vos coordonnées** (Afin de pouvoir investiguer votre signalement, nous avons besoin de vos coordonnées, mais nous ne les transmettrons pas au prestataire concerné ou à l'institution concernée.)

- Nom: .....
- Prénom: .....
- Adresse:.....
- Adresse E-mail: .....
- N° de téléphone: .....
- N° de registre national: .....

Indiquez ce qui est d'application:

- Je suis affilié à la CSS:             oui             non
- Je suis prestataire:                 oui             non
- autre: .....

**2. Votre signalement**

Sur quel prestataire ou institution porte votre signalement?

- Nom: .....
- Adresse:.....
- Type: (ex : médecin généraliste, dentiste, hôpital, ...).....

Que voulez-vous signaler?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Annexes à ce signalement?             non  oui – nombre: .....

**Date**  
..... / ..... / .....

**Signature:**  
.....

Renvoyez nous le formulaire dûment complété et signé:  
via mail (scanné): [css@hr-rail.be](mailto:css@hr-rail.be)  
via la poste: 10-03 CSS Bur ctrl (Point de signalement fraude)- Rue de France 85 - 1060 Bruxelles

## PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du bénéficiaire

NOM et PRÉNOM du bénéficiaire (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Je sollicite l'intervention du Fonds social dans le coût des prothèses amovibles.

*Cette intervention ne concerne que les prestations pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue. Les documents complétés par un prothésiste dentaire ne sont pas acceptés.*

### À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e), .....

certifie avoir procédé au placement d'une prothèse dentaire le (date) .....

en faveur de : ..... (Nom et prénom)

Je déclare sur l'honneur qu'aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est possible.

	N° code nomenclature INAMI correspondant à la prestation effectuée	Date de placement	Montant payé par l'affilié(e)
<b>Prothèse amovible</b>	Remboursé sous le code 251		
<input type="checkbox"/> Supérieure			
<input type="checkbox"/> Inférieure			
<b>Remplacement de la base</b>	Remboursé sous le code 256		
<input type="checkbox"/> Supérieure			
<input type="checkbox"/> Inférieure			
<b>Réparation</b>	Remboursé sous le code 255		
<input type="checkbox"/> Supérieure			
<input type="checkbox"/> Inférieure			
<b>N° de dent(s) + Code nomenclature</b>			
<b>Adjonction</b>	Remboursé sous le code 254		

Date : .....

Cachet et signature du dentiste :

*Envoyez ce formulaire avec la facture par voie postale à votre CMR*

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

Coller une vignette ici

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS À L'ÉTRANGER**

Complétez soigneusement ce formulaire et envoyez le avec tous les documents accompagnants à votre CMR :

10-03 CSS-GGC Bruxelles Rue de France 89 1070 Bruxelles  
 35-01 KGV-Ha – GGC Stationsplein 2-6 3500 Hasselt  
 80-02 KGV-Bg – GGC Brugge Hendrik Brugmansstraat 7/01.01 8000 Brugge  
 50-03 CSS-Na – CMR Namur Rue Léanne 15 5000 Namur  
 70-02 CSS-Ms – CMR Mons Rue du Musée François Duesberg 1 7000 Mons

1. Les données de la personne qui a reçu les soins : ..... (nom et prénom)  
 Nationalité:.....  
 GSM- ou numéro de téléphone: .....  
 Email : .....

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

3. Durée prévue du séjour dans ce pays : du...../...../20.....au ...../...../20...

4. Cochez s'il s'agit de soins imprévus **OU** de soins programmés et indiquez si nécessaire votre préférence.

- Soins imprévus/nécessaires lors d'un séjour temporaire à l'étranger**  
 La CSS vous propose de préférence (et si les conditions sont remplies) un remboursement de 75% pour les soins que vous avez reçus dans les pays de l'EEE et la Suisse, en Algérie, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Macédoine du Nord, Maroc, Monténégro, Serbie, Turquie ou Tunisie.  
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** = vous ne souhaitez pas recevoir ces soins en Belgique, vous avez planifié ce traitement expressément à l'étranger (à l'occasion d'un séjour temporaire ou pendant un séjour spécifique pour ce traitement)  
 A cocher si je peux bénéficier de l'OBR pour ces soins en tant que résident dans la zone transfrontalière Allemagne

5. Informations générales sur les soins reçus :

a) Décrivez les circonstances dans lesquelles vous avez dû recevoir des soins :  
 .....  
 .....

b) S'agit-il de soins consécutifs à un accident dont un tiers pourrait être responsable ?  
 Oui  NON

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

6. Avez-vous fait appel à une assurance complémentaire ? Si oui, cochez ce qui est d'application :

- J'ai téléphoné aux services de Mutas- numéro de dossier : .....
- J'ai 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

.....  
.....

8. Aperçu des frais pour lesquels un remboursement est demandé

Numérotez tous les documents (attestations de soin ou factures) que vous annexeZ.

Notez ensuite pour chaque document les informations demandées dans le tableau ci-dessous. Ajoutez une feuille si nécessaire.

Joignez les factures originales déjà payées.

Nr	Date des soins reçus	Type de soins reçus (intitulé précis)	Type de prestataire	Montant payé	Devise (euros ou autres)
1					
2					
3					
4					

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

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

**Renvoyez le formulaire dûment complété avec les documents nécessaires (factures et attestations de soins originales, preuve de paiement...) à votre CMR.**

**Veillez prendre note que le délai de remboursement pour des soins à l'étranger est (beaucoup) plus long que le remboursement pour des soins reçus en Belgique.**



<b>Nom et prénom du demandeur :</b>		<b>Numéro d'identification :</b>	
Je souhaite que Les billets soient envoyés à l'adresse suivante :			
email :			
téléphone :			
<b>PERIODE DE VALIDITÉ DES BILLETS <sup>(1)</sup> :</b>			
<b>Date de début :</b>		<b>Date de fin :</b>	
<b>NOM ET PRÉNOM DES VOYAGEURS<sup>(2)</sup></b>			
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
<b>RÉSEAUX / PAYS SOLLICITÉS</b>			
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	
<b>Trajet détaillé / Remarques</b>			
<i>Trajet à préciser pour les pays suivants : France, Hongrie, Pologne, Suisse, Turquie, Tunisie et Algérie</i>			
<b>DESTINATAIRE</b>		<b>DATE ET SIGNATURE <sup>(3)</sup></b>	
<p>10-03 H-HR.212  <a href="mailto:HRsolutions@hr-rail.be">HRsolutions@hr-rail.be</a> Rue de France,              85 1060              Bruxelles</p>			
<p>(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. Inclure le demandeur si celui-ci voyage également.              (3) Signature facultative en cas d'envoi par email.</p>			