



SPECIFICITES CMCAS METZ EDF

LES SUPER SUPPLEMENTS

2022

Les super suppléments sont une volonté du Conseil d'Administration de limiter les restes à charge des bénéficiaires (ouvrant droit et ayant droit) dans le cadre de l'accès aux soins et sont pris sur le budget de la COMMISSION SANTE SOLIDARITE.

Cette participation intervient en tout dernier lieu, après tous les remboursements auxquels vous pouvez prétendre : de la Sécurité Sociale, de la CAMIEG, de Solimut, d'ENERGIE MUTUELLE et toute autre complémentaire.

| | | | 2022 |
|--|---|--|-----------------|
| OPTIQUE |  | Monture et/ou verres <i>pour les + de 18 ans</i> | 100,00 € |
| |  | Lentilles de contact (1 prescription par bénéficiaire et par an) | 50,00 € |
| |  | Produits lentilles (sur présentation d'une facture par an, nominative acquittée) | 40,00 € |
| DENTAIRE |  | Prothèse avec ou sans prise en charge Sécurité Sociale et acte dentaire Hors nomenclature HN 200,00 € par dossier ou acte hors nomenclature limitée à 600,00 € par année civile et par bénéficiaire. | |
| APPAREIL AUDITIF |  | Par oreille appareillée (hors piles et accessoires) <i>pour les + de 20 ans</i> | 460,00 € |
| PROTHESE CAPILLAIRE |  | Toute demande sera étudiée en Commission Santé Solidarité | |
| PROTECTION URINAIRE (incontinence) |  | Participation d'après coefficient social et barème « Santé solidarité » pour les Actifs. Les bénéficiaires <u>Pensionnés</u> se rapprochent d'ASS pour la mise en place d'un PAP ou APA | |
| ORTHESE |  | 1 fois par an et par bénéficiaire sur reste à charge (exemple : semelle orthopédique, genouillère, minerve ...) | 30,00 € |
| OSTEOPATHIE, MICRO KINE OU CHIROPRACTIE |  | Participation 4 fois 10€ par bénéficiaire et par an. | 10,00 € |
| AIDE SEANCES PSYCHOLOGIE |  | Participation 2 fois 10€ par bénéficiaire et par an. (sur présentation d'une facture acquittée nominative) | 10,00 € |

Pour bénéficier d'un éventuel **SUPER SUPPLEMENT**, vous devez transmettre à la CMCAS **tous** les justificatifs nécessaires à l'instruction de votre dossier, ainsi que l'attestation sur l'honneur indiqués au **verso de cette feuille**.

Une demande de participation incomplète ou sans attestation sur l'honneur ne sera pas instruite et ne donnera pas lieu à remboursement.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Objet : Dépassement à ma charge

Je soussigné(e)..... NIA :

Adresse :
.....
.....

***Certifie n'avoir perçu aucun remboursement d'une
autre mutuelle que je posséderai par ailleurs.***

Article 9 de la loi EVIN du 31 décembre 1989.

NATURE DE LA DEMANDE :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> OPTIQUE | <input type="checkbox"/> DENTAIRE |
| <input type="checkbox"/> APPAREIL AUDITIF | <input type="checkbox"/> ORTHESES |
| <input type="checkbox"/> PROTHESE CAPILLAIRE | <input type="checkbox"/> PROTECTIONS URINAIRES |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPATHIE/MICRO KINE <u>OU</u> CHIROPRACTIE | |
| <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGIE | |

Fait à :

Le :

Signature :

- PIECES A JOINDRE :

- Copie du décompte de Sécurité Sociale
- Copie du décompte de la CAMIEG
- Copie du décompte de Solimut ou d'ENERGIE MUTUELLE
- Copie de tout autre décompte de remboursement mutuelle que je possède
- La facture acquittée nominative de la fourniture
- Le Devis accepté de Solimut ou d'ENERGIE MUTUELLE.