



SPECIFICITES C.A.S METZ EDF

LES SUPER SUPPLEMENTS 2024

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.

OPTIQUE		Monture et/ou verres (sauf sur la 2 ^{ème} paire et solaires) <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, limité 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>	250,00 €
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 €
PRODUIT INFILTRATION ARTICULATIONS (ACIDE HYALURONIQUE)		Participation 1 fois 50€ par bénéficiaire et par an. (sur présentation d'une facture acquittée nominative)	50,00 €
COURSE SOLIDARITE CANCER DU SEIN		Participation 1 fois 10€ par bénéficiaire et par an pour une course contre le cancer du sein (sur présentation d'une facture acquittée nominative)	10,00 €

Pour bénéficier d'un éventuel **SUPER SUPPLEMENT**, vous devez transmettre à la CAS **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.





**Délai moyen de traitement
de votre dossier : 4 semaines**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Objet : Dépassement à ma charge

Nom/Prénom de l'ouvrant droit :

NIA :

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

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

POUR LES INACTIFS : Je ne possède pas de mutuelle (autre que la Camieg 2^{ème} niveau)

NATURE DE LA DEMANDE (1 DOSSIER PAR DEMANDE):

OPTIQUE

DENTAIRE

APPAREIL AUDITIF

ORTHESES

OSTEOPTHIE/MICRO KINE OU CHIROPRACTIE

PSYCHOLOGIE

PRODUIT INFILTRATION (ACIDE HYALURONIQUE)

Fait à :

Le :

Signature :

PIECES A JOINDRE :

- Copie du **décompte** de Sécurité Sociale et/ou 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

TOUTE FAUSSE DECLARATION ENTRAINERA DES POURSUITES