










LES SUPER SUPPLEMENTS 2018

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 la MUTIEG, de la CSM, de la CSMR et toute autre complémentaire.

			2018
OPTIQUE		Monture et/ou verres <i>pour les + de 18 ans</i>	120,00 €
		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 800,00 € par année civile et par bénéficiaire.	
APPAREIL AUDITIF		Par oreille appareillée <i>Pour les + de 20 ans</i>	460,00 €
PROTHESE CAPILLAIRE		Sur prescription médicale, hors accessoires, par année civile	300,00 €
PROTECTION URINAIRE (incontinence)		Participation d'après coefficient social et barème « Santé solidarité »	
ORTHESE		Par orthèse fournie (exemple : semelle orthopédique, genouillère, minerve ...)	30,00 €
OSTEOPATHIE	Nouveau 	Participation 2 fois 10€ par bénéficiaire et par an.	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.

TOUTE FAUSSE DECLARATION ENTRAINERA DES POURSUITES.



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 |

Fait à :

Le :

Signature :

PIECES A JOINDRE :

- Copie du **décompte** de Sécurité Sociale
- Copie du **décompte** de la CAMIEG
- Copie du **décompte** de la MUTIEG
- Copie de tout **autre décompte** de remboursement mutuelle que je possède
- La **facture acquittée nominative** de la fourniture
- Le **Devis accepté** de la MUTIEG