










LES SUPER SUPPLEMENTS 2020

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 CSMR, d'ENERGIE MUTUELLE et toute autre complémentaire.

			2020
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 400,00 € 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 <u>Actifs</u> . 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 OU CHIROPRACTIE		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 :

- OPTIQUE DENTAIRE OSTÉOPATHIE OU CHIROPRACTIE
- APPAREIL AUDITIF ORTHÈSES
- PROTHÈSE CAPILLAIRE 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 CSMR ou ENERGIE MUTUELLE
- Copie de tout **autre décompte** de remboursement mutuelle que je possède
- La **facture acquittée nominative** de la fourniture
- Le **Devis accepté** de la CSMR ou ENERGIE MUTUELLE.