















# SPECIFICITES C.A.S METZ EDF

## LES SUPER SUPPLEMENTS 2023

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.

<b>OPTIQUE</b>		<b>Monture et/ou verres</b> <i>pour les + de 18 ans</i>	<b>100,00 €</b>
		<b>Lentilles de contact</b> (1 prescription par bénéficiaire et par an)	<b>50,00 €</b>
		<b>Produits lentilles</b> (sur présentation d'une facture par an, nominative acquittée)	<b>40,00 €</b>
<b>DENTAIRE</b>		Prothèse avec ou sans prise en charge Sécurité Sociale et acte dentaire Hors nomenclature HN <b>200,00 € par dossier,</b> <b>limité à 600,00 € par année civile et par bénéficiaire.</b>	
<b>APPAREIL AUDITIF</b>		Par oreille appareillée (hors piles et accessoires) <i>Pour les + de 20 ans</i>	<b>460,00 €</b>
<b>PROTHESE CAPILLAIRE</b>		Toute demande sera étudiée en Commission Santé Solidarité	
<b>PROTECTION URINAIRE (incontinence)</b>		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	
<b>ORTHESE</b>		1 fois par an et par bénéficiaire sur reste à charge (exemple : semelle orthopédique, genouillère, minerve ...)	<b>30,00 €</b>
<b>OSTEOPATHIE, MICRO KINE OU CHIROPRACTIE</b>		Participation 4 fois 10€ par bénéficiaire et par an.	
<b>AIDE SEANCES PSYCHOLOGIE</b>		Participation 2 fois 10€ par bénéficiaire et par an. (sur présentation d'une facture acquittée nominative)	<b>10,00 €</b>
<b>PRODUIT INFILTRATION ARTICULATIONS (ACIDE HYALURONIQUE)</b>		Participation 1 fois 50€ par bénéficiaire et par an. (sur présentation d'une facture acquittée nominative)	
<b>COURSE SOLIDARITE CANCER DU SEIN</b>		Participation 1 fois 10€ par bénéficiaire et par an pour une course contre le cancer du sein (sur présentation d'une facture acquittée nominative)	

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.

**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  
 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
- 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.