

TABLEAU DE GARANTIE MACD AU 1^{ER} JANVIER 2018

Remboursement Sécurité Sociale et Macd sur la base des tarifs de convention de la Sécurité Sociale dans le cadre du parcours de soins et ne pouvant pas dépasser le montant des dépenses réellement engagées

FAMILLES DE SOINS	Sécurité Sociale	Remboursement Macd	Sécurité sociale + Macd
ACTES MEDICAUX (1)			
Visite - Consultations- Radiologie. Dans l'OPTAM	70%	55%	125%
Visite - Consultations- Radiologie. Hors OPTAM	70%	30%	100%
ATM, ADC, ADA dans l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	55%	125%
ATM, ADC, ADA Hors OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	100%
ACTES PARAMEDICAUX			
Soins infirmiers-orthophonie-orthoptie	60%	40%	100%
Kinésithérapie	60%	40%	100%
Laboratoire	60%	40%	100%
PHARMACIE (2)			
Vignette bleue	30%	70%	100%
Vignette blanche	65%	35%	100%
Vignette orange	15%	85%	100%
Homéopathie	30%	70%	100%
Vaccin anti grippe			Frais réels
APPAREILLAGE (3)			
Orthopédie-autres prothèses, orthèses	60%	40%	100%
Forfait orthèses diverses (codifiées par la Sécurité Sociale en PA, DVO)			100€/an
Prothèses auditives	65%	35%+350€	100%+350€
OPTIQUE (4)			
Verres, monture, lentilles remboursement Sécurité Sociale	60%	40%	100%
Forfait optique verres simples (remboursement tous les deux ans) voir tableau en annexe			230€
OU			
Forfait optique verres complexes, très complexes (tous les deux ans) voir tableau en annexe			350€
Forfait monture (remboursement tous les deux ans)			80€
Forfait lentilles annuel			100€
DENTAIRE (5)			
Soins conservateur- radiologie dentaire	70%	30%	100%
Forfait Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	100%	400€/an	100%+ 400€
Forfait Orthodontie refusée par la sécurité sociale			195€/an
Prothèses dentaires limitées à 5 par an	70%	170%	240%
Forfait implants dentaires limités à 2 par an			200€/implant/an
HOSPITALISATION (6)			
Hospitalisation médicale-chirurgicale	80% ou 100%	20% ou 0	100%
Participation forfaitaire à un acte chirurgical supérieur à 120€			18€
Forfait hospitalier médical, chirurgical illimité			Frais réels
Forfait hospitalier psychiatrie illimité			Frais réels
Chambre particulière, limité à 30 jours			38€/jour/30jours
Accompagnement enfant de -12 ans, limité à 10 jours			16€/jour/10jours
Transport médical	65%	35%	100%
Dépassement honoraires ATM dans l'OPTAM			122€
Dépassement honoraires ATM hors OPTAM			80% des frais réels dans la limite de 97.60€
Dépassement honoraires ADC en hospitalisation dans l'OPTAM-CO			122€/jour
Dépassement honoraires ADC en hospitalisation hors OPTAM-CO			80% des frais réels dans la limite de 97.60€/jour
Dépassement honoraires ADA en hospitalisation dans l'OPTAM			70% du tarif de convention
Dépassement honoraires ADA en hospitalisation hors OPTAM			50% du tarif de convention
DIVERS - MEDECINE DOUCE (7)			
Densitométrie osseuse			40€
Opération de la myopie			100€
Acupuncture ou ostéopathe ou podologue ou pédicure			80€/an
Forfait pilule contraceptive (non remboursée par la Sécurité Sociale)			30€/an
ALLOCATIONS - PRIMES			
Allocation Naissance			250€
Allocation Obsèques			500€
Garantie assistance NOVAMUT (voir les conditions jointes)			

contrat assuré par l'UNMI - Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 784718207- Siège social 50 avenue Daumesnil 75012 PARIS

RMA Union technique d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 444269682- Siège social 46 rue du moulin 44121 VERTOU Cedex

Nouveau

La Macd propose un contrat responsable qui intègre les prestations de prévention prévues par la loi et la diffusion des frais généraux sur les appels annuels de cotisations

HONORAIRES MEDICAUX (1)

OPTAM et OPTAM-CO : « Option pratique tarifaire maîtrisée ».

OPTAM : C'est une convention signée entre l'assurance maladie et les médecins spécialistes secteur deux.

OPTAM-CO : C'est une convention signée entre l'assurance maladie et les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

En pratique : les médecins généralistes ou spécialistes secteur 2 exerçant en ville ou en milieu hospitalier, signataires de l'OPTAM ; les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique signataires de l'OPTAM-CO contribuent à améliorer la prise en charge de leurs patients. Ils s'engagent à maintenir leur pratique tarifaire, à stabiliser leur taux moyen de dépassement d'honoraires, à réaliser une part de leurs actes à tarif opposable (sans dépassement d'honoraires).

Pour l'adhérent de la Macd qui consulte un médecin signataire de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO, c'est un remboursement supplémentaire qui s'ajoute au ticket modérateur et versé dans la limite des frais engagés (voir le tableau de garantie).

Nous vous invitons à vous rendre sur le site :

<http://www.annuaire.sante.ameli.fr>, rubrique « professionnel de santé ». Cet outil vous permet de savoir pour un médecin donné s'il est signataire de l'OPTAM ou pas et également de rechercher par département un médecin ayant signé l'OPTAM ou OPTAM-CO.

La Mutuelle exclut partiellement la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas d'absence de signature par le médecin consulté d'un contrat d'accès aux soins.

La Mutuelle exclut la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins.

PHARMACIE (2)

Vaccin antigrippe : adresser la prescription, la facture de la pharmacie et la vignette pour un remboursement.

APPAREILLAGE (3)

Le **forfait prothèses auditives** est versé dans la limite des frais réels sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale et de la facture acquittée.

Le **forfait orthèse** pour les actes codifiés en PA et DVO sur présentation des factures acquittées et du décompte de la sécurité sociale.

OPTIQUE (4) voir tableau en page 3

Les **forfaits verres et monture** sont versés tous les deux ans en plus du ticket modérateur du tarif de convention, sur présentation des factures acquittées, de l'ordonnance et du décompte de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réels. Ces forfaits verres peuvent sous certaines conditions être remboursés annuellement (-jusqu'à 16 ans pour les enfants, -lors de changement de correction supérieur à 0.50 dioptrie, (seuls les verres sont remboursés))

Le **forfait lentilles** est versé annuellement sur présentation de l'ordonnance, de la facture acquittée et du décompte de la Sécurité Sociale pour les lentilles prises en charge.

DENTAIRE (5)

Le **forfait orthodontie** est versé sur deux semestres sur présentation de la facture acquittée et le décompte de la Sécurité Sociale.

Le **forfait orthodontie refusée par la sécurité sociale** est versé une fois par an sur présentation de la facture acquittée.

Les actes en **prothèses dentaires** remboursés à 170% par la Macd, sont les actes codifiés par la Sécurité Sociale en PAM, PAR, PDT, PFC, PFM et IMP. Ces actes sont limités à 5 par an.

Le **forfait implants** dentaires est limité à deux actes par an.

HOSPITALISATION (6)

La **participation forfaitaire PAS, PAT** sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60K, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, dans un établissement de santé (hôpital, clinique) ou dans le cadre de consultations externes.

Le **forfait hospitalier médical ou chirurgical** est illimité.

Le **forfait journalier en psychiatrie** est illimité.

La **chambre particulière** en hospitalisation 38€ par jour est limitée à 30 jours par an. (hors ambulatoire).

L'**accompagnement d'un enfant** de moins de 12 ans en hospitalisation est limité à 16€/jour pendant 10 jours.

Les **forfaits ATM, ADC et ADA** seront versés sur présentation de la facture acquittée, du bulletin d'entrée et sortie pour la chirurgie et l'anesthésie.

DIVERS - MEDECINE DOUCE (7)

Le **forfait densitométrie osseuse** est versé sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée une fois par an.

La participation à une **opération de la myopie** est versée une seule fois par an et par bénéficiaire sur présentation de la facture acquittée.

Le **forfait médecine douce** à 80€ est versé sur quatre consultations, soit 20€ par consultation sur présentation de la facture acquittée

Le **forfait pilule contraceptive** non remboursée par la Sécurité Sociale, est versé sur présentation de la facture acquittée une seule fois par an.

QUELQUES TERMES DE L'ASSURANCE MALADIE

TC : tarif conventionnel, montant des honoraires établis par convention entre l'Assurance Maladie et les fédérations des différents professionnels de santé.

TM : ticket modérateur, différence entre le tarif conventionnel et le montant du remboursement de l'Assurance Maladie.

TR : tarif de responsabilité, base de calcul des prestations versées par l'Assurance Maladie.

RO : régime obligatoire d'Assurance Maladie.

PA : Petit Appareillage

DVO : Divers Orthèse

PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, IMP : Prothèses dentaires

PAS, PAT : participation forfaitaire demandée par la Sécurité sociale dès lors que les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €.

ATM : Acte de Technique Médicale

ADC : Acte de Chirurgie

ADA : Acte d'Anesthésie

LES DOCUMENTS A ADRESSER A LA MACD

Pour bénéficier des forfaits du tableau de garantie, vous devez nous adresser les factures acquittées, les ordonnances et les décomptes de sécurité sociale.

Si vous acquittez le ticket modérateur à la pharmacie ou au laboratoire, vous devez nous adresser la facture.

Pour la mise à jour de votre dossier, vous devez nous adresser l'attestation de l'Assurance Maladie ou de votre régime obligatoire (RSI, RAM...), vos coordonnées bancaires, les certificats de scolarité des enfants à partir de 16 ans jusqu'à leur 26 ans, les adresses postales et tout renseignement sur un changement dans votre situation familiale.

Vous pouvez suivre vos remboursements sur le site : www.mutuelle-macd.fr

Et suivez la Mutuelle sur Facebook : Mutuelle des auteurs et compositeurs dramatiques

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

1. L'optique

La prise en charge de l'optique par la Mutuelle des Auteurs et Compositeurs Dramatiques dans la limite des frais réels, la Macd vous rembourse le ticket modérateur et un forfait optique SIMPLE **OU** COMPLEXE tous les deux ans (voir exceptions page 2).

Forfaits optiques	Verres	Monture
Forfait optique simple		
Montures et verres simple foyer (sphère = -6,00 et +6,00 ou cylindre ≤ à +4,00)	230.00€	80.00€
Montures et verres simple foyer (sphère >-6,00 et +6,00 ou cylindre >à 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs) et pour le matériel pour amblyopie	230.00€	80.00€
Montures et 1 verre simple foyer (sphère = -6,00 et +6,00 ou cylindre ≤à +4,00) et 1 verre simple foyer (sphère >-6,00 et +6,00 ou cylindre >à 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs)	230.00€	80.00€
Forfait optique complexe		
Montures et verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (sphère hors zone de -8,00 à +8,00) ou sphériques (sphère hors zone de -4,00à +4,00)	350.00€	80.00€
Montures et 1 verre simple foyer (sphère = -6,00 et +6,00 ou cylindre ≤à +4,00) et 1 verre multifocal ou progressifs sphéro-cylindriques (sphère hors zone de -8,00 à +8,00) ou sphériques (sphère hors zone de -4,00 à +4,00)	350.00€	80.00€
Montures et 1 verre simple foyer (sphère >-6,00 et +6,00 ou cylindre >à 4,00 et à verre multifocal ou progressif) et 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (sphère hors zone de-8,00 à +8,00) ou sphérique (sphère hors zone de -4,00à +4,00)	350.00€	80.00€

2. Avec la Mutuelle des Auteurs et Compositeurs Dramatiques comment êtes vous remboursés ?

Actes médicaux	Frais réels	Tarif de convention (TC)	Remboursement Sécurité sociale	Mutuelle	Reste à charge
Consultation médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires (secteur 2) adhésion à l'OPTAM	55€	25€	17.5€ - 1€ forfait sécurité sociale	13.75€	24.75€
Equipement optique verres simples (verres et monture)	365€	11.07€	6.64€	310€+4.43€	43.93€
Prothèses dentaires	550€	107.25€	75.25€	182.33€	292.42€