

Les remboursements de la MACD se font sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) dans le cadre du parcours de soins et dans la limite des dépenses réellement engagées. 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 cotisation.

SOINS COURANTS (1)	SECURITE SOCIALE	MUTUELLE MACD	SECURITE SOCIALE + MACD
Médecins généralistes, spécialistes et visites (OPTAM)	70%	80%	150%
Médecins généralistes, spécialistes et visites (Hors OPTAM)	70%	55%	125%
Actes techniques médicaux (OPTAM)	70%	155%	225%
Actes techniques médicaux (Hors OPTAM)	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux et paramédicaux (infirmiers, kiné, ...)	70%	30%	100%
Actes d'imagerie (OPTAM)	70%	55%	125%
Actes d'imagerie (Hors OPTAM)	70%	30%	100%
Analyses médicales	60%	40%	100%
Pharmacie	65%, 30% et 15%	35%, 70% et 85%	100%
Homéopathie (sur prescription médicale)*		100 % Frais réels	
Petit appareillage*	60%	40% + 100€/an	100% + 100€/an
AIDES AUDITIVES (2)			
Equipement « 100% santé », dans la limite du prix limite de vente fixé par la réglementation (tous les quatre ans) - Catégorie 1			Zéro reste à charge
Prothèses auditives* (par appareil et tous les quatre ans) – Catégorie 2	60%	40% + 350€	100% + 350€
OPTIQUE (3)			
Equipement « 100% santé », dans la limite du prix limite de vente fixé par la réglementation (tous les deux ans) - Classe A			Zéro reste à charge
Forfait verres simples* (tous les deux ans) – Classe B	60%	40% + 230€	100% + 230€
Forfait verres complexes* (tous les deux ans) – Classe B	60%	40% + 350€	100% + 350€
Monture* (tous les deux ans)	60%	40% + 80€	100% + 80€
Forfait lentilles*		100€/an	
DENTAIRE (4)			
Equipement « 100% santé », dans la limite du prix limite de vente fixé par la réglementation			Zéro reste à charge
Soins dentaires	70%	30%	100%
Inlay-core avec ou sans clavette - Paniers maîtrisés et libres	70%	30%	100%
Prothèses dentaires provisoires - Paniers maîtrisés et libres	70%	30%	100%
Prothèses dentaires* (limité à 5 par an) - Paniers maîtrisés et libres	70%	170%	240%
Forfait implants dentaires* (limité à 2 par an)		200€/acte	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale*	100%	400€/an	100% + 400€
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale*		195€/an	
HOSPITALISATION (5)			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Forfait journalier illimité*		Frais réels	
Chambre particulière (30 jours/an) *		38€/jour	
Accompagnement enfant de -12 ans (10 jours/an) *		16€/jour	
Participation forfaitaire actes lourds*		Frais réels	
Transport médical	65%	35%	100%
Actes de chirurgie codifiés ADC ou ADO * (OPTAM-CO)	100%	125%	225%
Actes de chirurgie codifiés ADC ou ADO * (Hors OPTAM-CO)	100%	100%	200%
Actes d'anesthésie codifiés ADA* (OPTAM)	100%	70%	170%
Actes d'anesthésie codifiés ADA* (Hors OPTAM)	100%	50%	150%
PREVENTION ET BIEN ÊTRE (6)			
Densitométrie osseuse*		40€/an	
Forfait détartrage et/ou surfaçage* (limité à 2 actes par an)		50€/acte	
Médecines douces* (limité à 4 séances par an)		25€/séance	
Opération de la myopie*		100€	
Patchs anti-tabac*		50€/an	
Pilule contraceptive*		30€/an	
PSC1* - Formation aux premiers secours civiques		60€	
Forfait Psychologue (limité à 3 séances par an)		30€ /séance	
Vaccin anti-grippe*		Frais réel	
ALLOCATIONS			
Allocation naissance**		250€	Voir conditions jointes
Allocation obsèques**		500€	Voir conditions jointes
Garantie assistance***			Voir conditions jointes

***L'ENSEMBLE DES FORAITS DU TABLEAU DE GARANTIE SONT VERSES SUR PRESENTATION DE LA FACTURE ACQUITTEE.**

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

*** Contrat assuré par NOVAMUT - RMA Union technique d'assistance régie par le Livre II du code de la mutualité - immatriculée sous le SIREN 444269682 - Siège social 46 rue du moulin 44121 VERTOU Cedex

SOINS COURANTS (1)

La Mutuelle exclut partiellement la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas d'absence de signature de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO par le médecin consulté.
La Mutuelle exclut la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins.

Le **forfait acte technique médical** est versé sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la Sécurité Sociale.

Le remboursement des dépassements d'honoraires pour les actes ATM des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale dans la limite du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

L'**Homéopathie** est remboursée à 100% des frais réels sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

Le **forfait petit appareillage** est versé pour les actes codifiés en **AAD, COR, DVO, MAC, MAD et PA** sur présentation des factures acquittées et du décompte de la sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES (2)

Le **forfait prothèses auditives** est versé tous les 4 ans sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale et de la facture acquittée.

Les délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné.

Prise en charge 100% santé :

La prise en charge des équipements auditifs dans le cadre du 100% santé est intégrale dans la limite « des prix limites de vente TTC » fixés par la législation en vigueur.

OPTIQUE (3) voir tableaux en page 3

Les **forfaits verres simple, complexes et montures** sont versés tous les deux ans sur présentation de la facture acquittée, de l'ordonnance et du décompte de la Sécurité Sociale. **Les délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné.** Un renouvellement anticipé est autorisé au terme d'une période minimale d'un an dans les conditions suivantes :

- jusqu'à 15 ans inclus pour les enfants,
- lors de changement de corrections pour les adultes (voir tableau page 3),
 (Seuls les verres sont remboursés)

Prise en charge dérogatoire :

Les personnes présentant un déficit de vision de près et de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, peuvent prétendre à la prise en charge de deux équipements verres simples et monture corrégeant chacun un des deux déficits. La mention de ce cas particulier par l'ophtalmologue sur l'ordonnance est **indispensable** à cette prise en charge dérogatoire.

Prise en charge 100% santé :

La prise en charge des équipements optiques dans le cadre du 100% santé est intégrale dans la limite « des prix limites de vente TTC » fixés par la législation en vigueur.

Le **forfait lentilles** est versé annuellement en une ou plusieurs fois sur présentation de l'ordonnance, de la ou des facture(s) acquittée(s) et du décompte de la Sécurité Sociale pour les lentilles prises en charge.

DENTAIRE (4)

Le **forfait prothèses dentaires** est versé pour 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.

Le **forfait orthodontie** est versé annuellement en une ou plusieurs fois sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s) 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 délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné.

Prise en charge 100% santé :

La prise en charge des soins dentaires, inlay-core, prothèses dentaires, ... dans le cadre du 100% santé est intégrale dans la limite des prix limites de vente fixés par la législation en vigueur.

OPTAM et OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée)

OPTAM : C'est une option souscrite par les médecins de secteur deux qui les autorise à facturer des dépassements d'honoraires.

OPTAM-CO : C'est une option souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique de secteur 2 qui les autorise à facturer des dépassements d'honoraires.

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, 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://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.

HOSPITALISATION (5)

La **participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale (PAS, PAT)** est applicable 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** 38€ par jour et limitée à 30 jours par an.

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

Les **forfaits chirurgie et anesthésie** seront versés sur présentation de la facture acquittée.

Le remboursement des dépassements d'honoraires pour les actes de chirurgie et d'anesthésie des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale dans la limite du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

PREVENTION ET BIEN ÊTRE (6)

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

Le **forfait détartrage et/ou surfacage** est versé sur présentation de la facture acquittée et est limité à 2 actes par an.

Le **forfait médecine douce** de 25 € par séance et est limité à 4 séances dans l'année. Il inclut la consultation d'acuponcteur, **chiropracteur**, diététicien, **hypnothérapeute**, naturopathe, nutritionniste, ostéopathe, pédicure et podologue.

Le **forfait opération de la myopie** est versé une seule fois par an sur présentation de la facture acquittée.

Le **forfait patch anti-tabac** est versé en une ou plusieurs fois sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s).

Le **forfait pilule contraceptive** non remboursée par la Sécurité Sociale, est versé en une ou plusieurs fois sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s).

Le **forfait Psychologue** est versé sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée du psychologue, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire.

Le **Vaccin antigrippe** : est versé sur présentation de la facture acquittée de la pharmacie

La **Formation aux premiers secours civiques (PSC1)** est remboursée sur présentation de la facture et du diplôme délivré lors de la formation une fois par bénéficiaire à partir de 10 ans sur toute la durée du contrat. Vous pouvez réaliser cette formation auprès des sapeurs-pompiers ou d'une association agréée de sécurité civile tel que la Protection civile, la Croix-Rouge ou autre.

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.

Vous changez d'adresse, de coordonnées bancaires, pensez à nous transmettre, par mail ou par courrier, tous documents utiles à la tenue de votre dossier.

Vous pouvez suivre vos remboursements sur le site : https://macd.mutualit.fr/portail_adh/srv_login_adherent

Vous pouvez contacter la mutuelle MACD : macd-contact@sacd.fr

1. FORFAIT EQUIPEMENT OPTIQUE – PANIER LIBRE

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

FORFAITS OPTIQUES	VERRES	MONTURE
Forfait optique simple		
Monture et verres simples foyer	230,00€	80,00€
Forfait optique complexe		
Monture et verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	350,00€	80,00€
Monture et 1 verre simple foyer et 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques ou sphérique	350,00€	80,00€

2. TABLEAU DE RENOUELEMENT ANTICIPE D'UN EQUIPEMENT OPTIQUE POUR LES ADULTES

Types de modifications des verres	Œil Gauche	Œil Droit	Remplacement anticipé
Variation de Dioptrie Sphère ou Cylindre	0,25	0,25	Oui
	0,25	-	Non
	-	0,25	Non
	0,5	-	Oui
	-	0,5	Oui
Modification de l'axe	Minimum de 20° pour un cylindre <1,25 dioptries		Oui
	Minimum de 10° pour un cylindre compris entre >1,25 et <4 dioptries		Oui
	Minimum de 5° pour un cylindre >4 dioptries		Oui
Raisons médicales	Liste limitative sur justification de l'ophtalmologue (Point 3 de la présente page)		Oui y compris le renouvellement de la monture

3. LISTE DES RAISONS MEDICALES POUR UN RENOUELEMENT ANTICIPE D'UN EQUIPEMENT OPTIQUE

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières précisées par la liste ci-dessous et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- Glaucome
- Hypertension intraoculaire isolée
- DMLA et atteintes maculaires évolutives
- Rétinopathie diabétique
- Opération de la cataracte datant de moins de 1 an
- Cataracte évolutive à composante réfractive
- Tumeurs oculaires et palpébrales
- Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
- Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
- Greffe de cornée datant de moins de 1 an
- Kératocône évolutif
- Kératopathies évolutives
- Dystrophie cornéenne
- Amblyopie
- Diplopie récente ou évolutive

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

C'est le tarif déterminé par la Sécurité sociale (souvent appelé tarif de convention) pour chaque acte, produit ou prestation médicale. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement.

Tiers Payant

Le tiers payant permet de ne pas faire l'avance de frais correspondant à la part remboursée par la Sécurité sociale et la MACD des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MACD à la pharmacie ou au laboratoire permet de ne pas faire d'avance de frais.

Franchises médicales

La franchise médicale est déduite de vos remboursements par la Sécurité sociale sur les boîtes de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et de transport. Dans le respect de la législation relative aux contrats responsables, la MACD ne peut pas la prendre en charge.

Dépassement d'honoraires

C'est la différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de convention de la Sécurité sociale.

Ticket modérateur (TM)

C'est la partie de vos dépenses de santé laissée à votre charge entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La MACD prend en charge le ticket modérateur.

Honoraires de dispensation

Il s'agit d'honoraires forfaitaires appliqués par les pharmaciens selon le conditionnement ou pour une ordonnance de médicaments dite complexe. Ils sont remboursés par la Sécurité sociale au même taux et selon les mêmes modalités que le médicament auquel ils se rapportent.

Participation forfaitaire de 1€

Elle s'applique sur toutes les consultations ou acte réalisé par un médecin, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Dans le respect de la législation relative aux contrats responsables, la MACD ne peut pas la prendre en charge.

Exemples de remboursements

AVEC LA MUTUELLE DES AUTEURS ET COMPOSITEURS DRAMATIQUES COMMENT ETES VOUS REMBOURSES ?

Les exemples ci-dessous sont donnés à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle des Auteurs et Compositeurs Dramatiques dans le remboursement de vos soins.

Les remboursements de la MACD se font sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et sont susceptibles d'évoluer en fonction des décisions de la sécurité sociale.

Actes médicaux	Frais réels*	BRSS**	Sécurité Sociale	MACD	Reste à charge		
SOINS COURANTS							
Consultation OPTAM	40€	25,00€	17,50€	20,00€	2,50€		
Consultation Hors OPTAM	40€	25,00€	17,50€	13,75€	8,75€		
Acte Technique Médical OPTAM	70€	28,29€	19,80€	43,85€	6,35€		
Acte Technique Médical Hors OPTAM	70€	28,29€	19,80€	36,77€	13,43€		
Acte d'imagerie OPTAM	40€	29,29€	20,50€	8,79€	10,71€		
Acte d'imagerie Hors OPTAM	40€	29,29€	20,50€	16,11€	3,39€		
Médecine douce	50€	-	-	25€	25€		
Forfait psychologue	70€	-	-	30€	40€		
APPAREILLAGES							
Petit appareillage	150€	44,80€	26,88€	117,92€	5,20€		
Prothèse auditive	Panier libre	1 300€	300,00€	180,00€	470,00€	650,00€	
	Panier 100% Santé	950€	400,00€	240,00€	710,00€	0,00€	
DENTAIRE							
Détartrage	80€	28,92€	20,24€	58,68€	1,08€		
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	800€	193,50€	193,50€	400€	206,50€		
Prothèses dentaires	Panier modéré et libre	500€	120,00€	84,00€	204,00€	296,00€	
	Panier 100% santé	500€	120,00€	84,00€	416,00€	0,00€	
OPTIQUE							
Equipement optique simple	Panier libre	Enfant	250€	0,15€	0,09€	249,91€	0,00€
		Adulte	350€	0,15€	0,09€	310,06€	39,85€
	Panier 100% Santé	115€	34,50€	20,70€	94,30€	0,00€	
Equipement optique complexe	Panier libre	Enfant	500€	0,15€	0,09€	430,06€	69,85€
		Adulte	650€	0,15€	0,09€	430,06€	219,85€
	Panier 100% Santé	220€	63,00€	37,80€	182,20€	0,00€	
HOSPITALISATION							
Acte de chirurgie OPTAM-CO	300€	83,60€	83,60€	104,50€	111,90€		
Acte de chirurgie Hors OPTAM-CO	300€	83,60€	83,60€	83,60€	132,80€		
Acte de chirurgie OPTAM-CO	800€	271,70€	271,70€	339,62€	188,68€		
Acte de chirurgie Hors OPTAM-CO	800€	271,70€	271,70€	271,70€	256,60€		
Acte d'anesthésie OPTAM	250€	115,40€	115,40€	80,78€	53,82€		
Acte d'anesthésie Hors OPTAM-CO	250€	115,40€	115,40€	57,70€	76,90€		

*Frais réels donnés à titre d'exemple

**Base de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur en 2022 et susceptible de modifications