

88%
de nos adhérents
sont satisfaits !

NUOMA Confort

A vos côtés à tout âge

nuoma
Confort

+ Une gamme de prestations complète pour une protection performante.



DES SERVICES NOVATEURS



UN ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

- + Baisse de votre reste à charge
- + Professionnel proche de chez vous



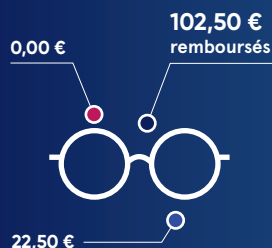
DES PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

- + Aide à l'autonomie
- + Enfance handicapée
- + Aide à domicile

- + Téléconsultation avec Médecin Direct
- + Accès au Service Assistance Santé : aidants familiaux, transfert post-hospitalisation, service de proximité, ...
- + Service de second avis médical **Best Doctors**

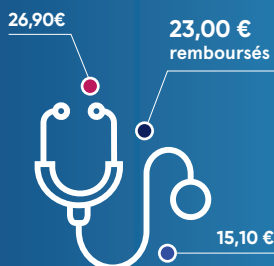
De combien suis-je remboursé en 2024 ?

○ NUOMA Confort ○ Sécurité sociale ● Reste à charge



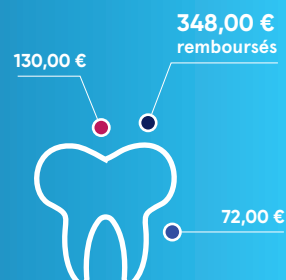
FRAIS ENGAGÉS : 125 €

ÉQUIPEMENT OPTIQUE
100% SANTÉ



FRAIS ENGAGÉS : 65 €

CONSULTATION
SPÉCIALISTE HORS DPTAM⁽¹⁾



FRAIS ENGAGÉS : 550 €

PROTHÈSE DENTAIRE
(COURONNE) HORS 100% SANTÉ

Valeurs hors franchise / Valeurs correspondant aux actes réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour les actes hors parcours de soins, le reste à charge peut être supérieur. / Les participations forfaitaires et les franchises imposées par la loi ne peuvent pas être remboursées par un contrat responsable.

⁽¹⁾ Au 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins à été remplacé par un dispositif plus attractif, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - DPTAM.

Retrouvez plus d'exemples de remboursements sur le site www.nuoma-mutuella.fr

• Fonctionnement de l'offre

Coût mensuel de la cotisation

Le coût de la cotisation par mois et par adhérent est de :



Au changement de tranche d'âge, la cotisation s'applique au 1^{er} du mois suivant la date anniversaire.

Tarif dégressif pour mon conjoint et/ou mes enfants

Le montant de la cotisation est un pourcentage de la cotisation de leur tranche d'âge :



Seuls les enfants de moins de 25 ans sont concernés.

Le délai minimum d'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle annuellement, par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Pour plus de détails sur l'application de nos offres, se référer au barème de prestations du Règlement Mutualiste de votre offre.

Les points forts

- Des soins et des événements de prévention
- Un reste à charge ZERO sur les équipements 100% santé
- Accès à nos offres partenaires Macif avantages et Mutlog (assurance emprunteur)
- Remboursement de certains actes non pris en charge par le Régime Obligatoire
- Une aide financière à titre exceptionnelle (sur dossier)
- Plus d'augmentation liées à l'âge dès 62 ans
- Des services de téléconsultation

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{ER} JANVIER 2024

La plupart des montants sont exprimés en % de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO) y compris le remboursement de la sécurité sociale.

Les prestations santé

HOSPITALISATION

Honoraires	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et actes honoraires médicaux	200% BRRO	180% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgie	220% BRRO	180% BRRO
Frais de séjour	100% BRRO	
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Forfait patient urgence	100% FR	
Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et Institut Médico-Éducatif	Aucune prise en charge	
Forfait ambulatoire pour les établissements de santé	20 €/jour	
Chambre particulière		
Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.		
Plafond annuel global pour la chambre particulière et le forfait accompagnant :		
- 10 jours dans les 12 premiers mois d'adhésion à la mutuelle ;		
- 20 jours pour les 12 mois suivants ;		
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la mutuelle (<i>y compris en cas de changement d'offre</i>)		
sauf pour le séjour hospitalier en psychiatrie	30 jours/an/bénéficiaire la troisième année et les années suivantes	
Séjour hospitalier	60 €/jour	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 €/jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
Forfait accompagnant	30 € / jour	

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	165% BRRO	145% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	190% BRRO	170% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	180% BRRO	160% BRRO
Actes de radiologie et d'imagerie médicale	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	140% BRRO	120% BRRO
Honoraires paramédicaux	110% BRRO	
Séances de psychologue (remboursées par la Sécurité sociale) ⁽¹⁾	100% BRRO	
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Transport remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Analyses et examens de laboratoire	100% BRRO	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire (RO)		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur (65%) et modéré (30%) remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu faible (15%) remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	15% BRRO	
Matériel médical		
Prothèses mammaires	280% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapés physiques)	200% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	250% BRRO	

AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à un appareil/oreille tous les 4 ans à compter du dernier remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Le remboursement de la mutuelle et du Régime Obligatoire (RO) est limité à 1700 € par oreille appareillée

Équipement « 100% Santé » <i>Équipement de classe I</i>	100% du Prix Limite de Vente
Prothèse auditive <i>Équipements de classe II « hors 100% Santé »</i>	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	750 € par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité (quel que soit leur âge)	100% BRRO
Autres prestations liées aux aides auditives (entretien et accessoires)	100% BRRO
Actes réalisés par des audioprothésistes	110% BRRO

OPTIQUE

Renouvellement limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire (RO), ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions.

Équipement « 100% Santé » <i>Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres</i>	100% du Prix Limite de Vente
Équipement hors « 100% Santé »	
Monture	90 €
Verres :	
Par verre simple	90 €
Par verre complexe	160 €
Par verre hyper complexe	160 €
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	290 € / an
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	290 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	259 €/œil

DENTAIRE

Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.

Plafond annuel au titre des lignes « soins et prothèses dentaires 100% Santé, prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- plafond de 1 000 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la mutuelle ;
- plafond de 1 500 € pour les 12 mois suivants ;
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion (y compris en cas de changement d'offre).

Dans les cas a) et b) ci-dessus, lorsque le plafond est atteint :

- les remboursements hors 100% Santé sont limités au Ticket Modérateur ;
- les remboursements des soins et prothèses dentaires du 100% Santé sont maintenus à 100% dans la limite des Honoraires limites de facturation du 100% Santé moins le remboursement du Régime Obligatoire (RO).

Soins et prothèses dentaires « 100% Santé »	100% du Prix Limite de Vente
Soins Hors « 100% Santé »	
Actes et soins dentaires	130% BRRO
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150% BRRO
Soins Inlays-Onlays	160% BRRO
Actes de chirurgie dentaire	130% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »	
Prothèses fixes et amovibles	350% BRRO
Couronne sur implant	350% BRRO
Inlays-Core	200% BRRO
Autres prestations dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	
Implantologie - Pose d'implant	300 €/implant
Implantologie - Scanner dentaire	50 €/acte
Parodontologie	80 €/an/bénéficiaire
Orthodontie	
Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	350% BRRO
Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 ^{ème} anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum	300 €/semestre

AUTRES GARANTIES

Cures remboursés par le Régime Obligatoire (RO)

Cures	100% BRRO
Hébergement remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100€/an

Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)

Ostéopathie – Chiropractie – Etiopathie – Pédicurie – Ergothérapie – Psychomotricité Kinésithérapie Mézières – Sophrologie	125 €/an/bénéficiaire avec une limite de 30 € par séance
---	--

Prévention et examen

Contraception masculine et féminine	Forfait global de 100 €/an/ bénéficiaire Au-delà du forfait annuel, pour les actes remboursés par la sécurité sociale, les actes de prévention seront pris en charge au Ticket Modérateur
Substitut nicotinique	
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale	
Scellement des sillons	
Amniocentèse	
Rebasage	

Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)

30 €/an/bénéficiaire

Les prestations médico-sociales

PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

Pour toutes les prestations médico-sociales, un délai de carence de 36 mois s'applique pour les personnes (membres participants, ayants-droit) qui adhèrent à la mutuelle au-delà de leur 71^{ème} anniversaire.

Enfance handicapée

Indemnité annuelle versée	Equivalent AAH mensuelle de base (jusqu'à 20 ans)
Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap	200 € (jusqu'à 20 ans)

Aide à domicile (*)

Aide à domicile à la suite d'une grossesse, d'un acte technique médical, d'une hospitalisation pris(e) en charge par la sécurité sociale	100 h/année civile 5 €/heure plafonnée à 50% du reste à charge
--	--

Aide complémentaire à l'autonomie (*)

Taux invalidité > ou = 80%	250 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)
GIR 3 ou 4	350 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)
GIR 1 ou 2	500 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)

(*) Les prestations « aide à domicile » et « aide complémentaire à l'autonomie » ne sont en aucune manière cumulatives pour une même personne et une même période donnée. La Mutuelle ne fait pas de prise en charge directe avec les prestataires de services.

(†) 8 séances par an, dans la limite du montant imposé au professionnel de santé conventionné au dispositif gouvernemental « Mon Psy » (plus d'information sur le site monpsy.sante.gouv.fr)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend l'assuré, qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, de la maternité ou du régime accidents du travail / maladies professionnelles.

BRRO : Base de Remboursement du Régime Obligatoire (montant fixé par le régime obligatoire servant de base au calcul de remboursement des frais médicaux). En secteur non conventionné, la BRRO correspond au Tarif d'Autorité (TA).

DPTAM : Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) regroupe les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, comme le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).

100% Santé : Réforme qui permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. Ces offres sont obligatoires dans un contrat « responsable » et sont définies par la réglementation. La mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) ou des Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire. Avant l'entrée en vigueur progressive des mesures de cette réforme, la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% Santé ».

FR : Frais réels ou dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

TM : Ticket Modérateur - partie restant à charge de l'assuré après participation de la sécurité sociale pour atteindre 100% de la base RO.

AAH : Allocation Adulte Handicapé.

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Seul le règlement mutualiste de l'offre fait foi.

Pour plus de détails sur l'application de nos offres, se référer au barème de prestations du règlement mutualiste de votre offre.

Contrat solidaire et responsable conformément à la législation en vigueur.

Assure les remboursements de prestations médicales et médico-sociales.

Pour adhérer à l'offre NUOMA Confort, 2 possibilités s'offrent à vous :

 **L'adhésion en ligne** en vous connectant sur le site internet de la mutuelle : www.nuoma-mutuelle.fr

 **L'adhésion par courrier** en le demandant par mail ou par téléphone au  **N°Cristal 09 69 39 98 00** ou sur www.nuoma-mutuelle.fr



Pensez-y !

Dès votre adhésion, nous mettons à votre disposition un espace adhérent dédié sur

www.nuoma-mutuelle.fr

Rapide : Vous recevez par email la notification de tout remboursement effectué par la mutuelle

Simple : Via notre formulaire envoyez-nous en 2 clics vos justificatifs

Sûr : Vos relevés sont archivés pendant 24 mois dans votre Espace Adhérent

Écologique : Cet abonnement remplace l'envoi des relevés par courrier.



Pour toute question

Vous pouvez consulter le site internet www.nuoma-mutuelle.fr ou nous contacter par téléphone.

 **N°Cristal 09 69 39 98 00**

numéro non surtaxé