



NUOMA Tranquillité

La tranquillité au quotidien

nuoma
Tranquillité

À PARTIR DE

31,79 €*
PAR MOIS

Une offre santé renforcée sur
les postes clés au meilleur
rapport garanties/prix.

Contrat solidaire et responsable conformément à la loi.

* Tarif en vigueur au 1^{er} janvier 2023



REMBOURSEMENT DES FRAIS ESSENTIELS

- + Dentaire
- + Optique
- + Hospitalisation



DES SERVICES NOVATEURS

- + Accès au Service Assistance Santé : aidants familiaux, transfert post-hospitalisation, service de proximité, ...
- + Téléconsultation



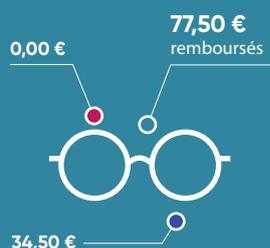
UN ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

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

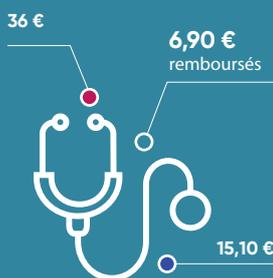


De combien suis-je remboursé en 2023 ?

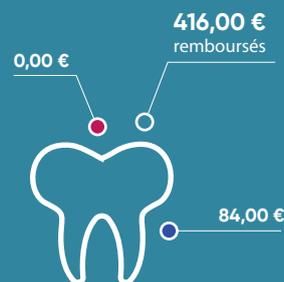
○ NUOMA Tranquillité ● Sécurité sociale ● Reste à charge



FRAIS ENGAGÉS : 112 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE
100% SANTÉ



FRAIS ENGAGÉS : 58 €
CONSULTATION
SPÉCIALISTE HORS DPTAM⁽¹⁾



FRAIS ENGAGÉS : 500 €
PROTHÈSE DENTAIRE
(COURONNE) 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 a 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-mutuelle.fr

Fonctionnement de l'offre

Coût mensuel de la cotisation

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

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| 31,79 € Jusqu'à 30 ans | 43,72 € de 31 ans à 40 ans | 55,64 € de 41 ans à 50 ans | 78,30 € de 51 ans à 61 ans | 90,67 € À partir de 62 ans |
|-------------------------------------|---|---|---|---|

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 :

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|---|
| Conjoint 90 % | 1^{er} enfant 90 % | 2^e enfant 80 % | 3^e enfant 70 % | 4^e enfant gratuit |
|--------------------------------|---|--|--|---|

Seuls les enfants de moins de 25 ans sont concernés.

Les points forts

- + Prise en charge des dépassements
- + Tarif dégressif pour les conjoints et les enfants
- + Reste à charge ZERO sur les équipements 100% santé
- + Soins de prévention
- + Pas de droit d'entrée
- + Offres partenaires : Macif avantages et Mutlog (assurance emprunteur)
- + Événements de prévention
- + Aide financière à titre exceptionnelle (sur dossier)

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.

nuoma

Tranquillité

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{ER} JANVIER 2023

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 | 150% BRRO | 130% BRRO |
| Consultations et actes honoraires chirurgicaux | 150% BRRO | 130% 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 (y compris en cas de changement d'offre) sauf pour le séjour hospitalier en psychiatrie - 30 jours / an / bénéficiaire la troisième année et les années suivantes. | | |
| Séjour hospitalier | 40 €/jour | |
| Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle | 35 €/jour | |
| Forfait accompagnant | 20 €/jour | |
| Participation forfaitaire (actes lourds) | Frais réels | |

SOINS COURANTS

| Honoraires médicaux | DPTAM | HORS DPTAM |
|---|-------------|------------|
| Consultations et visites de médecins généralistes | 140% BRRO | 120% BRRO |
| Consultations et visites de médecins spécialistes | 120% BRRO | 100% BRRO |
| Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie | 120% BRRO | 100% BRRO |
| Actes de radiologie et d'imagerie médicale | 100% BRRO | 100% BRRO |
| Actes d'échographie | 100% BRRO | 100% BRRO |
| Honoraires paramédicaux | 100% 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 | | |
| Médicaments à Service Médical Rendu majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire (RO) | 100% BRRO | |
| Médicaments à Service Médical Rendu faible remboursés par le Régime Obligatoire (RO) | 15% BRRO | |
| Matériel médical (hors prothèses auditives) | | |
| Prothèses mammaires | 150% BRRO | |
| Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapés physiques) | 150% BRRO | |
| Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages | 150% BRRO | |

AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil / oreille tous les 4 ans (classe I ou II) 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 | 500 € par oreille appareillée ⁽⁹⁾ |
| Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité (quelque soit leur âge) | 100% BRRO |
| Autres prestations liées aux aides auditives (entretien et accessoires) | 100% BRRO |
| Actes réalisés par des audioprothésistes | 100% BRRO |

OPTIQUE

Renouvellement limité à 1 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 exception.

| | |
|--|-------------------------------------|
| 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 | 80 € |
| Verres : | |
| Par verre simple | 80 €/verre |
| Par verre complexe | 140 €/verre |
| Par verre hyper complexe | 140 €/verre |
| Adaptation verres de classe B | 100% BRRO |
| Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables) | |
| Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur) | 260 €/an |
| Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) | 260 €/an/bénéficiaire |
| Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) | 194 €/oeil |

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 », pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- plafond de 750 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;
- plafond de 1100 € pour les 12 mois suivants ;
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (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 | 100% BRRO |
| Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO) | 150% BRRO |
| Soins Inlays-Onlays | 150% BRRO |
| Actes de chirurgie dentaire | 100% BRRO |
| Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé » | |
| Prothèses fixes et amovibles | 200% BRRO |
| Couronne sur implant | 200% BRRO |
| Inlays-Core | 150% BRRO |
| Autres prestations dentaires | |
| Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) – Pose d'implant | 165 €/implant |
| Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) | 40 €/an/bénéficiaire |
| Orthodontie | |
| Remboursée par le Régime Obligatoire (RO) | 150% BRRO |
| Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 ^{ème} anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum | 200 € /semestre |

AUTRES GARANTIES

Cures et hébergement remboursés par le Régime Obligatoire (RO)

Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO)

100% BRRO

Hébergement remboursé par le Régime Obligatoire (RO)

100 €/an

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

Kinésithérapie Mézières - Sophrologie - Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie

100 €/an/bénéficiaire avec une limite de 25 €/séance

Prévention et examen

Contraception masculine et féminine

40 €/an/bénéficiaire

Substitut nicotinique

50 €/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

Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)

16 € par an et par bénéficiaire

⁽¹⁾ 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 audiologie. 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.

[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.

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



L'adhésion en ligne

sur le site internet de la Mutuelle : www.nuoma-mutuelle.fr



L'adhésion par courrier

en le demandant par mail ou par téléphone, ou en le téléchargeant 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