



En partenariat avec votre association



Découvrez nos offres de complémentaire santé

Plaquette des garanties et services 2026

LA MUTUELLE

ASSOCIATION



Pour toute question

mutuelle-asso@nuoma-mutuelle.fr

La mutuelle associative, qu'est-ce que c'est ?

La mutuelle associative est une complémentaire santé mise en place par les associations afin de permettre à leurs adhérents ou aux publics qu'elles accompagnent de bénéficier d'une couverture santé avantageuse, à un tarif négocié collectivement.

De nombreuses associations, engagées dans l'action sociale ou solidaire, développent des initiatives locales pour améliorer l'accès aux soins. Elles constatent que certaines personnes, notamment celles sans contrat de mutuelle d'entreprise, renoncent à une complémentaire santé pour des raisons financières.



→ Quels avantages pour les adhérents ?

Notre mutuelle associative permet un accès rapide à une complémentaire santé complète sans délai de carence, ni limite d'âge : hospitalisation, soins courants, optique, dentaire...

C'est également la garantie d'un tarif avantageux par rapport aux offres individuelles classiques, le tout, grâce aux conseils d'un conseiller mutualiste de proximité dédié à votre association.

→ Quels bénéfices pour les associations ?

La mise en place d'une mutuelle associative ne nécessite pas d'investissement financier direct de la part de l'association partenaire.

Les membres de l'association prennent à cœur le rôle social et solidaire auprès des adhérents et participent à la lutte contre le renoncement aux soins pour des raisons financières.



Adhérer à la mutuelle associative, c'est simple !

1 Échange et conseil personnalisés

Des échanges téléphoniques sont organisés pour réaliser ensemble un comparatif de vos garanties.

Proposition adaptée

Nos conseillers mutualistes vous proposeront l'offre la plus adaptée à vos besoins de santé.

3 Mise en place du contrat

Avec votre accord, nous vous accompagnons dans vos démarches de résiliation et/ou d'adhésion.

Votre carte Tiers Payant

Vous recevrez à votre domicile, votre Carte Tiers Payant ainsi que des éléments relatifs à votre contrat.

5

Suivi de vos remboursements

Depuis le site internet de la mutuelle, connectez-vous sur votre **Espace Adhérent** pour envoyer vos documents et suivre vos remboursements !



Bénéficiez de nos services



- Avec un réseau de professionnels (optique, audioprothèse, dentaire, ...)
- Tarifs négociés
- Actualités santé

ASSISTANCE SANTÉ

- Soutenir les aidants familiaux
- Faciliter votre vie familiale quelle que soit votre situation (hospitalisation, dépendance temporaire, ...)
- Accompagner ponctuellement en cas d'urgence ou de façon prolongée en cas de coup dur.



2^{ÈME} AVIS MÉDICAL

L'avis d'un médecin spécialiste de votre pathologie en cas de doute, en moins de 7 jours, sans vous déplacer !



TÉLÉCONSULTATION 24h/24 et 7j/7

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112.



Répondre à vos maux du quotidien de manière naturelle



MAPATHO, la plateforme numérique de ressources pour les malades chroniques

- Informations sur les pathologies
- Annuaire des médecins spécialisés
- Suivi des consultations et prescriptions
- Accès à la communauté Mapatho

et bien plus encore sur votre Espace adhérent www.nuoma-mutuelle.fr

Les cotisations 2026

Vos cotisations mensuelles par bénéficiaire concerné et par couverture.

Âge de l'adhérent	L'Initiale Asso	L'Essentiel Asso	Confort Asso	L'Optimale Asso
Cotisations mensuelles par adulte bénéficiaire (adhérent, conjoint ou concubin)				
de 16 à 35 ans	26,19 €	36,70 €	54,11 €	68,14 €
de 36 à 45 ans	30,67 €	43,02 €	68,60 €	88,55 €
de 46 à 55 ans	41,14 €	57,64 €	81,96 €	110,18 €
de 56 à 65 ans	53,91 €	75,57 €	102,40 €	136,47 €
de 66 ans et plus	66,19 €	92,78 €	125,06 €	161,67 €
Cotisations mensuelles par enfant ou ascendant à charge (gratuité à partir du troisième enfant ou ascendant) ⁽¹⁾				
Quel que soit l'âge de l'adhérent	27,28 €	33,90 €	39,66 €	45,52 €

La cotisation annuelle NUOMA Assistance est incluse dans le montant forfaitaire de la cotisation.

Le changement de tranche d'âge intervient au 1^{er} jour du mois suivant la date d'anniversaire de l'année des 36, 46, 56 et 66 ans.

(1) Enfant à charge fiscalement du membre participant ou du conjoint (et assimilé) jusqu'au 31 décembre de leur 26^{ème} anniversaire. Ascendants à charge s'ils bénéficient du RO sur le compte du membre participant ou du conjoint (et assimilé).

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. Contrat solidaire et responsable conformément à la législation en vigueur.

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

Les remboursements

Exemples de remboursements (Régime Obligatoire compris), dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés. Les exemples de frais réels sont basés sur les prix moyens pratiqués ou bien les tarifs règlementés.

Types de prestations	Frais réels	Vos remboursements & RAC (Reste à Charge)							
		L'Initiale Asso		L'Essentiel Asso		Confort Asso		L'Optimale Asso	
HOSPITALISATION			RAC		RAC		RAC		RAC
Forfait journalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	443,00 €	295,70 €	147,30 €	431,55 €	11,45 €	443,00 €	0,00 €	443,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	486,00 €	295,70 €	190,30 €	377,21 €	108,79 €	486,00 €	0,00 €	486,00 €	0,00 €
Chambre particulière	60,00 €	0,00 €	60,00 €	38,00	22,00 €	56,00 €	4,00 €	60,00 €	0,00 €
OPTIQUE									
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé)	125,00 €	125,00 €	0,00 €	125,00 €	0,00 €	125,00 €	0,00 €	125,00 €	0,00 €
Equipement optique de classe B (monture 145,00 € + verres 200,00 €) de verres unifocaux	372,00 €	100,00 €	272,00 €	240,00 €	132,00 €	290,00 €	82,00 €	345,00 €	27,00 €
Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale (budget annuel)	350,00 €	100,00 €	250,00 €	260,00 €	90,00 €	290,00 €	60,00 €	300,00€	50,00 €
DENTAIRE									
Détartrage	43,38 €	43,38 €	0,00 €	43,38 €	0,00 €	43,38 €	0,00 €	43,38 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % santé)	515,00 €	515,00 €	0,00 €	515,00 €	0,00 €	515,00 €	0,00 €	515,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	566,50 €	120,00 €	446,50 €	240,00 €	326,50 €	360,00 €	206,50 €	420,00 €	146,50 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	441,99 €	240,00 €	321,99 €	360,00 €	201,99 €	420,00 €	141,99 €
Implant dentaire	900,00 €	0,00 €	900,00 €	165,00 €	735,00 €	330,00 €	570,00 €	500,00 €	400,00 €
AIDES AUDITIVES									
Aide auditive de classe I par oreille adulte (équipement 100 % santé)	950,00 €	950,00 €	0,00 €	950,00 €	0,00 €	950,00 €	0,00 €	950,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille adulte	1 515,00 €	400,00 €	1 115,00 €	500,00 €	1 015,00 €	750,00 €	765,00 €	900,00 €	615,00 €
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30,00 €	28,00 €	2,00 €	28,00 €	2,00 €	28,00 €	2,00 €	28,00 €	2,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	40,00 €	38,00 €	2,00 €	38,00 €	2,00 €	38,00 €	2,00 €	38,00 €	2,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	53,00 €	38,00 €	15,00 €	46,00 €	7,00 €	51,00 €	2,00 €	51,00€	2,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	66,00 €	21,00 €	45,00 €	21,00 €	45,00 €	27,90 €	38,10 €	39,40 €	26,60 €
Séance d'ostéopathie	50,00 €	0,00 €	50,00 €	25,00 €	25,00 €	29,00 €	21,00 €	33,00 €	17,00 €

Tableau
des remboursements
2026

L'Initiale Asso		L'Essentiel Asso		Confort Asso		L'Optimale Asso	
Incluant les remboursements du Régime Obligatoire (RO)							
DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM

HOSPITALISATION

Honoraires	Consultations et actes honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % BRSS	150 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	180 % BRSS	250 % BRSS	200 % BRSS
Frais de séjour		100 % BRSS						
Transport remboursé par le RO		100 % BRSS						
Forfait patient urgence		Frais réels						
Forfait journalier		Frais réels						
Frais de connectivité ⁽¹⁾		néant			150 € max / 30 jours			
Chambre particulière par jour	Hôpital ⁽²⁾	néant	38 €	56 €		70 €		
	Psychiatrie ⁽³⁾							
	Ambulatoire	néant	18 €	27 €		27 €		
	Maison de repos, maternité,convalescence, rééducation fonctionnelle	néant	38 €	56 €		70 €		
	Lit accompagnant (enfant -12 ans par jour)	néant	16 €	16 €		20 €		
	Lit accompagnant (enfant +12 ans par jour)		15 €	15 €				

DENTAIRE⁽⁴⁾

Actes 100 % santé**

Soins et prothèses 100 % santé	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires de facturation			
Actes et soins dentaires ⁽⁴⁾ hors 100 % santé	100 % BRSS			
Inlays Onlays	100 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Parodontie non remboursée par le Régime Obligatoire	néant	37 € / acte plaf. ann. 222 €	74 € / acte plaf. ann. 444 €	74 € / acte plaf. ann. 444 €
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire	150 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire fixes, amovibles, couronne sur implant	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire Inlay-core	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS
Prothèse ou couronne sur implant non prise en charge par le Régime Obligatoire - hors prothèse sur dent vivante	néant	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS
Prothèses provisoires remboursées par le Régime Obligatoire	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS
Prothèses provisoires non remboursées par le Régime Obligatoire	10 % du remboursement (RO+Mutuelle) de la prothèse définitive			
Pose d'implant - non remboursé par le Régime Obligatoire	néant	165 € / implant plaf. ann. 495 €	330 € / implant plaf. ann. 990 €	500 € / implant plaf. ann. 1500 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire ⁽⁵⁾	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	245 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire ⁽⁵⁾	néant	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS

SOINS COURANTS

Actes 100 % santé** Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente

Honoraires paramédicaux - Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	125 % BRSS
--	------------	------------

Médicaments à SMR majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire (<i>hors SMR faible médicament à 15 %</i>)	100 % BRSS
--	------------

Actes 100 % santé**	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente
----------------------------	---

Monture (<i>hors 100 % santé</i>)	40 €	80 €	90 €	100 €
--	------	------	------	-------

Lentilles remboursées par le Régime Obligatoire ⁽⁸⁾	100 % BRSS	260 € / an	290 € / an	300 € / an
---	------------	------------	------------	------------

AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾

Actes 100 % santé** de vente	Frais réels, dans la limite du montant des frais engagés et des prix limites
--	--

Prothèses auditives plus de 20 ans	100 % BRSS	500 €	750 €	900 €
---	------------	-------	-------	-------

Piles	100% BRSS
--------------	-----------

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans (classe I ou II) à compter du dernier remboursement effectué par le RO. Le remboursement de la mutuelle et du RO est limité à 1700 € par oreille appareillée.

AUTRES GARANTIES

Cure thermique remboursée par le Régime Obligatoire	néant	100 % BRSS		
Indemnité forfaitaire d'hébergement	néant	178 €/ an	223 €/ an	270 €/ an
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie	néant	25 € / séance plaf.ann. 125 €	29 € / séance plaf.ann. 145 €	33 € / séance plaf.ann. 165 €
Pilule contraceptive	néant	33 € / an	33 € / an	33 € / an
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire	néant	16 € / an	16 € / an	16 € / an
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le RO	néant	44 € / an	44 € / an	44 € / an
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le RO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Kinésithérapie selon la méthode Mézière ou Bousquet non prise en charge par le Régime Obligatoire	néant	9,00 € / séance / plaf.ann. 90,00 €	11,00 € / séance / plaf.ann. 110,00 €	
Pédicurie, podologie non prise en charge par le Régime Obligatoire	néant	50 % des frais engagés dans la limite des 40 € par an et par bénéficiaire		

Toutes les garanties exprimées en forfait s'entendent comme un maximum. Le montant remboursé RO + NUOMA ne saurait excéder les frais engagés. Le **Régime Obligatoire (RO)** désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du Régime Général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100 %, régime particulier, régime Alsace-Moselle...). Attention, le remboursement total perçu par l'adhérent (RO + NUOMA) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO de l'adhérent. La BRSS est la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

****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 ».

(1) Sur présentation d'une facture acquittée, prise en charge des frais d'accès pour la location d'un téléviseur, d'un téléphone fixe ou internet dans les cas suivants :

- accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours de l'adhérents, de son conjoint ou d'un enfant
- accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 8 jours pour l'adhérent ou son conjoint.

(2) Chambre particulière en hospitalisation : plafonnée à 10 jours pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion puis à 20 jours pour les 12 mois suivants. Après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle, aucun plafond ne s'appliquera.

(3) Chambre particulière en psychiatrie plafonnée à 30 jours pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion, 60 jours pour les 12 mois suivants et 90 jours à compter de la 3^{ème} année et pour l'ensemble des bénéficiaires.

(4) Pour le Dentaire (hors soins courants et 100 % santé) sur l'offre Initiale Asso, plafonnement à 750 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et 1 100 € pour les 12 mois suivants. Pour les offres L'Essentiel Asso, Confort Asso et l'Optimale Asso, plafonnement à 1 000 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et 1 500 € pour les 12 mois suivants.

(5) Prestation limitée à un traitement de 3 ans maximum, coté 540 TO au total.

(6) Appareillage plafonné à 1 000 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et également à 1 500 € pour les 12 mois suivants. Pour toute dépense supérieure, une demande peut être faite à la Commission des Affaires Sociales. Dans tous les cas, le remboursement au ticket modérateur est dû.

(7) Le remboursement est limité à un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires à partir de 16 ans, ramené à un an en cas d'évolution de la vue. La prise en charge est limitée à un équipement tous les ans pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, sauf dans le cas d'une évolution de la vue. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois sous certaines conditions. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Les niveaux de remboursement respectent les limites des contrats responsables.

(8) Dans tous les cas, le ticket modérateur est dû.

(9) Équipement limité à un remboursement tous les 4 ans suivant la dernière facturation prise en charge par le Régime Obligatoire.

Dans le respect des règles relatives au « contrat responsable », la mutuelle NUOMA ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire de 2€ sur tout acte médical,
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,
- les médicaments remboursés à 15 % par le régime obligatoire,
- les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires.

Vos démarches en ligne

www.nuoma-mutuelle.fr



Dès votre adhésion, NUOMA Mutuelle met à votre disposition sur son site internet et son application un espace adhérent dédié où vous pourrez :

- Consulter vos remboursements
- Envoyer vos justificatifs
- Télécharger votre Carte Tiers Payant dématérialisée
- Gérer votre contrat
- Accéder aux services
- Et aux nombreuses actualités de la mutuelle !

Vos contacts privilégiés chez NUOMA Mutuelle

Nos Conseillers Mutualistes pour la mutuelle associative :

0 805 952 909 appel non surtaxé

NUOMA Mutuelle Angers, 1^{er} étage bât.B, 9 rue Vaucanson - 49 100 Angers

NUOMA Mutuelle Orléans, 122-124 rue du Faubourg Bannier - 45 000 Orléans

NUOMA Mutuelle Belfort, 6 rue du Rhône - 90 000 Belfort

mutuelle-asso@nuoma-mutuelle.fr

Pour suivre votre dossier :

→ Depuis le site internet de la mutuelle

En vous connectant sur www.nuoma-mutuelle.fr / rubrique **Espace Adhérent**

→ Par téléphone en nous contactant directement :

Du lundi au vendredi de 09h à 17h30 **au 09 69 39 98 00** (appel non surtaxé)

→ Par courrier postal en nous écrivant :

Envoyez vos documents par courrier à l'adresse suivante :

NUOMA Mutuelle

Centre de Gestion

CS 30 000

79077 NIORT Cedex 09

Je souhaite
savoir si mon
remboursement
est en cours ?



NUOMA, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 391 346 236, siège social situé au 122-124 rue du Faubourg Bannier, 45000 Orléans, soumise au contrôle de l'ACPR sise au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 9

