

deuxième  
**avis**.fr

 Carte  
blanche

**NUOMA Confort**

A vos côtés, à tout âge

 **Une gamme de prestation  
complète pour une protection  
performante.**

**nuoma**  
Confort



**UN ACCÈS AU RÉSEAU DE  
SOINS CARTE BLANCHE**

- + Des tarifs avantageux en optique, dentaire et audiologie
- + Baisse de votre reste à charge
- + Professionnels près de chez vous



**REMBOURSEMENT  
DES FRAIS ESSENTIELS**

- + Dentaire
- + Optique
- + Hospitalisation
- + Aides auditives



**DES PRESTATIONS  
MEDICO-SOCIALES**

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

# De combien suis-je remboursé en 2025?

NUOMA Confort  Sécurité sociale  Reste à charge



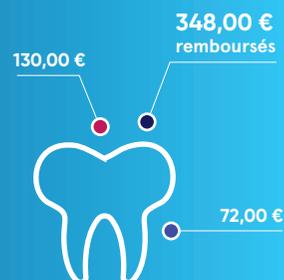
FRAIS ENGAGÉS : 125 €

ÉQUIPEMENT OPTIQUE  
100% SANTÉ



FRAIS ENGAGÉS : 54 €

CONSULTATION  
SPÉCIALISTE DPTAM<sup>(1)</sup>



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.

<sup>(1)</sup> Au 1<sup>er</sup> 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-mutuelle.fr](http://www.nuoma-mutuelle.fr)

## NUOMA Confort

### Le fonctionnement de l'offre

Assure les remboursements de prestations médicales et médico-sociales.

NUOMA Confort est une offre de complémentaire santé qui assure les remboursements de prestations médicales et médico-sociales. Ces services sont des aides supplémentaires proposées aux personnes, en raison de leur âge, de leur santé ou de leur situation de handicap et assurent d'un soutien à la fois médical et social. Les prestations de l'offre **NUOMA Confort** combinent ces besoins en soins médicaux et accompagnement au quotidien.



### Coût mensuel de la cotisation

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

52,33 €  
Jusqu'à  
30 ans

71,94 €  
de 31 ans  
à 40 ans

91,56 €  
de 41 à  
50 ans

111,18 €  
de 51 à  
60 ans

130,80 €  
de 61 ans à  
67 ans

143,90 €  
68 ans et  
plus

Au changement de tranche d'âge, la cotisation s'applique au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> enfant  
90%

2<sup>ème</sup>  
enfant  
80%

3<sup>ème</sup>  
enfant  
70%

4<sup>ème</sup>  
enfant  
gratuit

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<sup>er</sup> 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.

# NUOMA Confort

## Nos prestations santé

### REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1<sup>ER</sup> JANVIER 2025

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

#### HOSPITALISATION

Honoraires	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et actes honoraires médicaux	200% BRRO	180% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgie	220% BRRO	180% BRRO
<b>Frais de séjour</b>	100% BRRO	
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	
<b>Forfait patient urgence</b>	100% FR	
<b>Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et Institut Médico-Éducatif</b>	Aucune prise en charge	
<b>Forfait ambulatoire pour les établissements de santé</b>	20 €/jour	
<b>Chambre particulière</b>		
<b>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.</b>		
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	60 €/jour	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 €/jour	
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>	Frais réels	
<b>Forfait accompagnant</b>	30 € / jour	
<b>Frais de connectivité<sup>(1)</sup></b>	150€ max / 30 jours	

#### 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
<b>Honoraires paramédicaux</b>	110% BRRO	
Séances de psychologue (remboursées par la Sécurité sociale) <sup>(2)</sup>	100% BRRO	
<b>Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire (RO)</b>	100% BRRO	
<b>Transport remboursé par le Régime Obligatoire (RO)</b>	100% BRRO	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100% BRRO	
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>	Frais réels	
<b>Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire (RO)</b>		
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	
<b>Matériel médical</b>		
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 » Équipement de classe I	100% du Prix Limite de Vente
<b>Prothèse auditive</b> Équipements de classe II « hors 100% Santé »	
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 » Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100% du Prix Limite de Vente
<b>Équipement hors « 100% Santé »</b>	
Monture	90 €
<b>Verres :</b>	
Par verre simple	90 €
Par verre complexe	160 €
Par verre hyper complexe	160 €
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
<b>Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)</b>	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	290 € / an
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	290 €/an/bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)</b>	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 :

a) plafond de 1 000 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la mutuelle ;

b) plafond de 1 500 € pour les 12 mois suivants ;

c) 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
<b>Soins Hors « 100% Santé »</b>	
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
<b>Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »</b>	
Prothèses fixes et amovibles	350% BRRO
Couronne sur implant	350% BRRO
Inlays-Core	200% BRRO
<b>Autres prestations dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)</b>	
Implantologie - Pose d'implant	300 €/implant
Implantologie - Scanner dentaire	50 €/acte
Parodontologie	80 €/an/bénéficiaire
<b>Orthodontie</b>	
Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	350% BRRO
Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 <sup>ème</sup> anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum	300 €/semestre

## AUTRES GARANTIES

### Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO)

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

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

Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédiacurie - 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<sup>ème</sup> 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.

(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'adhérent, 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) 12 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 <https://www.info.gouv.fr/actualite/monparcourspsy-un-dispositif-pour-faciliter-lacces-a-un-accompagnement-psychologique>)

**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.

**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.

# NUOMA Confort

## Nos principaux atouts

nuoma  
Confort

- Des soins et des évènements de prévention
- Un reste à charge ZERO sur les équipements 100% santé
- Plus d'augmentation liées à l'âge dès 68 ans
- Accès à nos offres partenaires Macif avantages et Mutlog (assurance emprunteur)
- Un service de téléconsultation avec Médecin Direct
- Un accès au réseau de soins Carte Blanche avec des tarifs avantageux en optique, dentaire et audiologie
- Une aide financière à titre exceptionnelle (sur dossier)
- Pas de questionnaire médical ni droit d'entrée
- Un accès aux services de 2ème avis médical avec plus de 350 médecins experts
- Des prestations médico-sociales

médecin  
direct

carte  
blanche

deuxieme  
avis.fr

 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](http://www.nuoma-mutuelle.fr)



**L'adhésion par courrier** en le demandant ou par téléphone au **N°Cristal 09 69 39 98 00**  
numéro non surtaxé

88%  
de nos adhérents  
sont satisfaits



### Pensez-y !

Dès votre adhésion, nous mettons à votre disposition un espace adhérent dédié sur [www.nuoma-mutuelle.fr](http://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.

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

Pour toute question



Vous pouvez consulter le site internet [www.nuoma-mutuelle.fr](http://www.nuoma-mutuelle.fr) ou nous contacter par téléphone.

**N°Cristal 09 69 39 98 00**  
numéro non surtaxé

NUOMA, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 391 346 236, siège social situé 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.

