

88%
de nos adhérents
sont satisfaits !



NUOMA Essentielle

L'essentiel de votre protection santé

nuoma
Essentielle

+ Un ensemble de prestations essentielles pour une bonne protection santé.



DES SERVICES NOVATEURS

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

UN ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

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



REMBOURSEMENT DES FRAIS ESSENTIELS

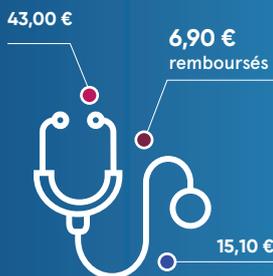
- + Dentaire
- + Optique
- + Hospitalisation
- + Aides auditives

De combien suis-je remboursé en 2024 ?

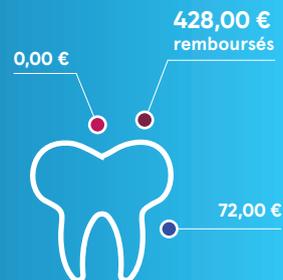
● NUOMA Essentielle ● Sécurité sociale ● Reste à charge



FRAIS ENGAGÉS : 125 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE
100% SANTÉ
(verres unifocaux)



FRAIS ENGAGÉS : 65 €
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 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

• Fonctionnement de l'offre

Coût mensuel de la cotisation

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

22,52 €
Jusqu'à
30 ans

31,90 €
de 31 ans
à 40 ans

40,51 €
de 41 à
50 ans

57,38 €
de 51 à
61 ans

68,88 €
de 62 ans
et plus

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

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

● Un reste à charge ZERO sur les équipements 100% santé

● Plus d'augmentation liées à l'âge dès 62 ans

● Pas de droit d'entrée

● Accès à nos offres partenaires
Macif avantages et Mutlog
(assurance emprunteur)

● Un service de téléconsultation
avec Médecin Direct

● Une aide financière à titre
exceptionnelle (sur dossier)

● Des soins et des événements
de prévention

nuoma

Essentielle

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	100% BRRO	100% 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	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	130% BRRO	110% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	100% BRRO	100% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	100% 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 remboursés par le Régime Obligatoire (RO)		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur (65%) et modéré (30%)	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu faible (15%)	15% BRRO	
Matériel médical (hors prothèses auditives)		
Prothèses mammaires	100% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapés physiques)	100% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	100% BRRO	

⁽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)

AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à un 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 1 700 € par oreille appareillée.

Équipement « 100% Santé » <i>Équipement de classe I</i>	100% du Prix Limite de Vente
Prothèse auditive <i>Équipement de classe II</i>	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus*	100% BRRO
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	100% 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 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	40 €
Verres :	
Par verre simple	30 €/verre
Par verre complexe	80 €/verre
Par verre hyper complexe	80 €/verre
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	150 €/an
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100 €/an/bénéficiaire

DENTAIRE

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)	100% BRRO
Soins Inlays-Onlays	100% BRRO
Actes de chirurgie dentaire	100% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »	
Prothèses fixes et amovibles	100% BRRO
Couronne sur implant	100% BRRO
Inlays-Core	100% BRRO
Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	
Cures	100% BRRO
Prévention et examen	
Contraception masculine et féminine	40 €/an/bénéficiaire
Substitut nicotinique	50 €/an/bénéficiaire <i>Au-delà du forfait annuel, pour les actes remboursés par la sécurité sociale, les actes de prévention seront pris en charge au Ticket Modérateur</i>

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.

Contrat solidaire et responsable conformément à la législation en vigueur.

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.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires chirurgie, anesthésie, accouchement	50% BRRO
--	----------

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.

35 €/jour

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites de médecins généralistes	50% BRRO
---	----------

Consultations et visites de médecins spécialistes	50% BRRO
---	----------

Actes techniques médicaux, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	30% BRRO
---	----------

Actes de radiologie et d'imagerie médicale	30% BRRO
--	----------

Actes d'échographie	30% BRRO
---------------------	----------

Honoraires paramédicaux	40% BRRO
--------------------------------	----------

Analyses et examens de laboratoire	40% BRRO
---	----------

Matériel médical

Prothèses mammaires	65% BRRO
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapés physiques)	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	

AIDES AUDITIVES

Prothèse auditive	65% BRRO
--------------------------	----------

OPTIQUE

Montures / verres / lentilles remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100 € /an
---	-----------

Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	50 € /an
---	----------

DENTAIRE

Plafond annuel au titre de la ligne prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) :

- 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 à la mutuelle (y compris en cas de changement d'offre).

Soins dentaires

Actes et soins dentaires	100% BRRO
--------------------------	-----------

Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO
--	-----------

Soins Inlays-Onlays	30% BRRO
---------------------	----------

Actes de chirurgie dentaire	100% BRRO
-----------------------------	-----------

Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO)

Prothèses fixes	200% BRRO
-----------------	-----------

Prothèses amovibles	200% BRRO
---------------------	-----------

Inlays-Core	100% BRRO
-------------	-----------

Orthodontie

Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO
---	-----------

AUTRES GARANTIES

Prévention et examen

Contraception masculine et féminine	80 €/an
-------------------------------------	---------

Scellement des sillons	10 €/unité
------------------------	------------

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.

Une couverture pensée pour vous faire bénéficier de prestations de qualité à un prix minimum.

Pour adhérer à l'offre NUOMA Essentielle, 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