



Découvrez nos offres de complémentaire santé

Plaquette des garanties et services 2026

VOTRE MUTUELLE SANTÉ



Pour toute question
www.nuoma-mutuelle.fr

La mutuelle NUOMA, solide et solidaire

Affiliée au groupe AEMA, NUOMA Mutuelle est une structure indépendante, financièrement solide, engagée depuis de nombreuses années dans la protection santé.

Fondée sur un principe de solidarité, elle propose des garanties qui vont au-delà des besoins essentiels, avec une réelle solidarité intergénérationnelle sur l'ensemble de ses couvertures.

Grâce à des frais de gestion parmi les plus bas du marché, NUOMA Mutuelle protège aujourd'hui **près de 50 000 personnes**, affirmant son rôle d'acteur à taille humaine, proche et à l'écoute de ses adhérents.



→ Des garanties adaptées à vos besoins

Les offres de NUOMA sont conçues pour s'adapter aux besoins de chacun, en proposant des garanties renforcées sur les postes essentiels du quotidien, tels que le dentaire, l'optique ou l'hospitalisation.

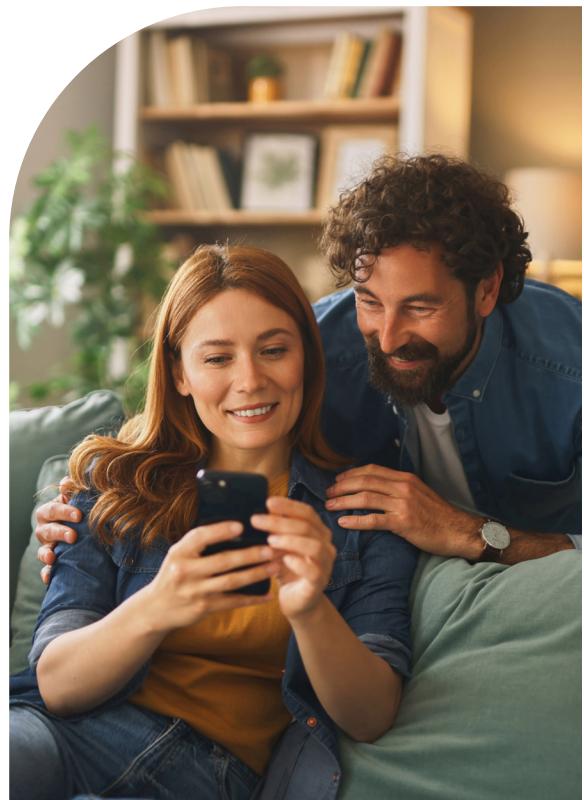
Conscients de l'importance pour les adhérents de bien comprendre leurs garanties et cotisations, nous concevons des offres claires et simples d'accès.

→ Un excellent taux de satisfaction adhérent

Chez NUOMA Mutuelle, la santé et la sécurité de nos adhérents sont une priorité absolue.

Cet engagement se reflète dans **un taux de satisfaction de près de 90%**, preuve de la confiance que nous accordent nos adhérents. Soucieux de répondre à leurs attentes, nous développons continuellement des services innovants, accessibles et utiles au quotidien.

Cette satisfaction est pour nous une source de motivation constante pour aller toujours plus loin dans l'accompagnement personnalisé.



Pour adhérer à la mutuelle NUOMA, c'est simple !

1 Échange et conseil personnalisés

Avec écoute et savoir-faire, nos conseillers vous accompagnent vers les offres qui vous conviennent.

2 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.

4 Votre carte Tiers Payant

Vous recevez 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 !



Les cotisations 2026

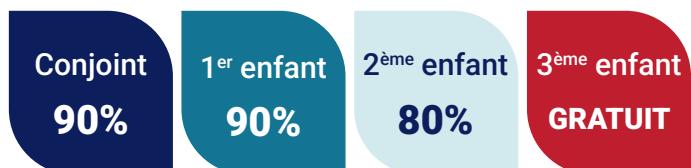
Vos cotisations mensuelles par bénéficiaire concerné et par couverture.

Âge de l'adhérent	Essentielle	Tranquillité	Confort	Sérénité
Cotisations mensuelles par adulte bénéficiaire (adhérent principal uniquement)				
de 0 à 30 ans	24,30 €	36,02 €	53,38 €	82,53 €
de 31 à 40 ans	34,42 €	49,54 €	73,39 €	103,85 €
de 41 à 50 ans	43,71 €	63,05 €	93,39 €	125,15 €
de 51 à 60 ans	53,00 €	76,55 €	113,40 €	146,46 €
de 61 à 67 ans	62,31 €	90,06 €	133,42 €	167,80 €
de 68 ans et plus	74,34 €	102,73 €	146,78 €	196,27 €

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

Tarif dégressif pour mon conjoint et/ou mes enfants*

Seuls les enfants de moins de 25 ans sont concernés.



*non applicable avec l'offre Essentielle

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.

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.



Répondez 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

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)							
		Essentielle		Tranquilité		Confort		Sérénité	
HOSPITALISATION		RAC	RAC	RAC	RAC	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 €	40,00	20,00 €	60,00 €	0,00 €	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 de verres unifocaux	372,00 €	100,00 €	272,00 €	240,00 €	132,00 €	270,00 €	102,00 €	300,00 €	72,00 €
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 €	324,00€	26,00 €
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 €	0,00,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	566,50 €	120,00 €	446,50 €	240,00 €	326,50 €	420,00 €	146,50 €	516,00 €	50,50 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	441,99 €	240,00 €	321,99 €	420,00 €	141,99 €	516,00 €	45,99 €
Implant dentaire	900,00 €	0,00 €	900,00 €	165,00 €	735,00 €	300,00 €	600,00 €	400,00 €	500,00 €
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 €	950,00 €	565,00 €
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 €	40,00 €	13,00 €	48,00 €	5,00 €	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 €	37,10 €	28,90 €	44,00 €	22,00 €
Séance d'ostéopathie	50,00 €	0,00 €	50,00 €	25,00 €	25,00 €	30,00 €	20,00 €	40,00 €	10,00 €

Tableau des remboursements 2026		Essentielle		Tranquillité		Confort		Sérénité	
		Incluant les remboursements du Régime Obligatoire (RO)							
		DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM	DPTAM	Hors DPTAM
HOSPITALISATION									
Honoriaires	Consultations et actes honoraires médicaux	100% BRRO	150% BRRO	130% BRRO	200% BRRO	180% BRRO	280% BRRO	200% BRRO	
	Consultations et actes honoraires chirurgicaux	100% BRRO	150% BRRO	130% BRRO	220% BRRO	180% BRRO	300% BRRO	200% BRRO	
Frais de séjour		100% BRRO							
Forfait patient urgence		100% Frais réels							
Forfait journalier hospitalier		100% Frais réels							
Frais de connectivité⁽¹⁾		néant				150 € max / 30 jours			
Chambre particulière par jour ⁽²⁾	Hôpital	néant	40 €		60 €		75 €		
	Psychiatrie		20 €		20 €		20 €		
	Forfait ambulatoire		35 €		55 €		55 €		
	Maison de repos, maternité, convalescence, rééducation fonctionnelle	néant	20 €		30 €		46 €		
	Lit accompagnant (enfant -12 ans par jour)	néant	20 €		30 €				
	Lit accompagnant (enfant +12 ans par jour)								

SOINS COURANTS

Actes 100% santé**		Frais réels, dans la limite du montant des frais engagés et des prix limites de vente						
Généralistes (consultations et visites)	130% BRRO	110% BRRO	140% BRRO	120% BRRO	165% BRRO	145% BRRO	190% BRRO	170% BRRO
Spécialistes (consultations et visites)	100% BRRO		120% BRRO	100% BRRO	190% BRRO	170% BRRO	245% BRRO	200% BRRO
Actes techniques médicaux « ATM » obstétriques, anesthésie, chirurgie	100% BRRO		120% BRRO	100% BRRO	180% BRRO	160% BRRO	190% BRRO	170% BRRO
Actes de radiologie, d'imagerie médicale	100% BRRO		100% BRRO		140% BRRO	120% BRRO	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	100% BRRO		100% BRRO		140% BRRO	120% BRRO	165% BRRO	145% BRRO
Honoraires paramédicaux	100% BRRO		100% BRRO		110% BRRO		110% BRRO	
Analyses et examens de laboratoire	100% BRRO		100% BRRO		100% BRRO		110% BRRO	
Médicaments à SMR majeur et modéré remboursés par le RO					100% BRRO			
Médicaments à SMR faible (15%) remboursés par le RO	15% BRRO		15% BRRO		15% BRRO		30% BRRO	
Matériel médical, prothèses mammaires	100% BRRO		150% BRRO		280% BRRO		450% BRRO	
Orthopédie, pansements, accessoires et autres petits appareillages	100% BRRO		150% BRRO		250% BRRO		260% BRRO	
Grand appareillage : prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique**	100% BRRO		150% BRRO		200% BRRO		300% BRRO	
Transport remboursé par le RO					100% BRRO			
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le RO					100% BRRO			
Participation forfaitaire (actes lourds)					Frais réels			

AIDES AUDITIVES

Frais réels, dans la limite du montant des frais engagés et des prix limites de vente						
Actes 100% santé**						
Prothèses auditives plus de 20 ans	100% BRRO	500 €/ oreille	750 €/ oreille	950 € / oreille		
Prothèses auditives moins de 20 ans ou atteint de cécité>(*quel que soit l'âge)	100% BRRO					
Actes réalisés par des audioprothésistes	100% BRRO		110% BRRO			
Piles et autres prestations liées aux aides auditives	100% BRRO					
<i>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.</i>						

(1) Connectivité : 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.

Tableau des remboursements 2026

	Essentielle	Tranquillité	Confort	Sérénité		
Incluant les remboursements du Régime Obligatoire (RO)						
OPTIQUE						
Actes 100% santé**	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente					
Monture (hors 100% santé)	40 €	80 €	90 €	100 €		
Verres (hors 100% santé)	Par verre simple	30 € / verre	80 € / verre	90 € / verre		
	Par verre complexe	80 € / verre	140 € / verre	100 € / verre		
	Par verre très complexe			200 € / verre		
Adaptation verres de classe B						
Lentilles remboursées par le RO (y compris jetables)	150 € / an	260 € / an	290 € / an	324 € / an		
Lentilles non remboursées par le RO	100 € / an					
Implants multifocaux	néant	néant	néant	450 € / œil		
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO	néant	194 € / œil	259 € / œil	450 € / œil		
Forfait assistance vision (loupe)	néant	néant	néant	50 €		
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verre) 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 RO, ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour tous les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception.</i>						
DENTAIRE (3)						
Actes 100% santé**	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires de facturation					
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 hors 100% santé	100% BRRO	100 % BRRO	130 % BRRO	130 % BRRO		
Inlays Onlays	100% BRRO	150% BRRO	160% BRRO	220% BRRO		
Actes de chirurgie dentaire en « DC »	100 % BRRO	100 % BRRO	130 % BRRO	150 % BRRO		
Parodontie remboursée par le RO	100% BRRO	150% BRRO	150% BRRO	150% BRRO		
Prothèses remboursées par le RO fixes, amovibles, couronne sur implant	100% BRRO	200% BRRO	350% BRRO	430% BRRO		
Prothèses remboursées par le RO Inlay-core	100% BRRO	150% BRRO	200% BRRO	240% BRRO		
Prothèses définitives non remboursées par le RO fixes	néant	néant	néant	258 € / dent		
Prothèses définitives non remboursées par le RO amovibles	néant	néant	néant	52 € / dent		
Pose d'implant non remboursé par le RO	néant	165 € / implant	300 € / implant	400 € / implant		
Implantologie - Scanner dentaire	néant	néant	50 € / acte	70 € / acte		
Parodontologie non remboursée par le RO	néant	40 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire	175 € / an / bénéficiaire		
Orthodontie remboursée par le RO	100% BRRO	150% BRRO	350% BRRO	370% BRRO		
Orthodontie non remboursée par le RO : soins débutés avant le 20^{me} anniversaire remboursés pendant 6 semestres max.	néant	200 €/semestre	300 € / semestre	520 €/semestre		
AUTRES GARANTIES						
Cure thermale remboursée par le RO	néant	100 % BRRO				
Indemnité forfaitaire d'hébergement (sous condition de ressource)	néant	100 € / an	100 € / an	100 € / an		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, pédicurie, Ergothérapie, Kinésithérapie Mézière, Sophrologie	néant	100 € / an / bénéficiaire une limite de 25 € / séance	125 € / an / bénéficiaire une limite de 30 € / séance	160 € / an / bénéficiaire une limite de 40 € / séance		
Psychomotricité - forfait /an/bénéficiaire	néant	néant				
Contraception masculine et féminine	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire	Forfait global 100 €/an/bénéficiaire	Forfait global de 150 €/an/bénéficiaire		
Substitue nicotinique	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire				
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale	néant	néant				
Scellement des sillons						
Amniocentèse, Rebasage						
Test dépistage Trisomie 21						
Procréation médicalement assistée non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	néant			216 € / acte		
IVG non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	néant			53,35 € / acte		
Vaccins non remboursés par le RO	néant	16 € / an	30 € / an/bénéficiaire	30 € / an/bénéficiaire		
Séances de psychologue remboursées par le RO⁽⁴⁾	100 % BRRO					

Les prestations médico-sociales

	Confort	Sérénité
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 Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap Frais de séjour	Equivalent 1 AAH mensuelle de base (jusqu'à 20 ans) 200 € (jusqu'à 20 ans) néant	Equivalent 1,5 AAH mensuelle de base (jusqu'à 20 ans) 200 € (jusqu'à 20 ans) 50% de la dépense limitée à 14 € / jour
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	200 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)	350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)
GIR 3 ou 4	350 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)	450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)
GIR 1 ou 2	500 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)	650 € / mois (limité à 36 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.

⁽²⁾ **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.

⁽³⁾ **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) pour l'offre Tranquillité : plafond de 750 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la mutuelle ; pour l'offre Confort, ce plafond s'élève à 1 000 € ; pour l'offre Sérénité, ce plafond s'élève à 1 400 €.
- b) pour l'offre Tranquillité : plafond de 1 100 € dans les 12 mois suivants, pour l'offre Confort : plafond de 1 500 € pour les 12 mois suivants ; pour l'offre Sérénité ce plafond s'élève à 1 800€.
- c) pour toutes les offres, il n'y a 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).

⁽⁴⁾ **Psychologue :** 12 séances par an, dans la limite du montant imposé au professionnel de santé conventionné au dispositif gouvernemental «Mon Psy».

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.

Vos démarches en ligne



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 !

Votre contact privilégié chez NUOMA Mutuelle

Notre Centre de gestion de la relation adhérent

09 69 39 98 00 appel non surtaxé

www.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

