nuoma mutuelle

Carte blanche

deuxieme avis.fr

NUOMA Sérénité

Une couverture de qualité

L'offre haut de gamme pour l'étendue de ses prestations et l'excellence de ses remboursements.

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

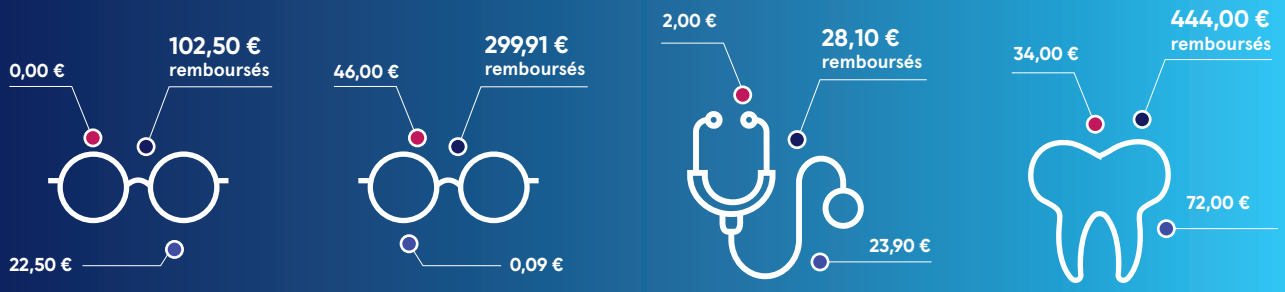
+ Dentaire
+ Optique
+ Hospitalisation
+ Aides auditives

DES PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

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

De combien suis-je remboursé en 2025 ?

NUOMA Sérénité · Sécurité sociale · Reste à charge



FRAIS ENGAGÉS : **125 €**

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ

FRAIS ENGAGÉS : **346 €**

ÉQUIPEMENT OPTIQUE verres unifocaux

FRAIS ENGAGÉS : **54 €**

CONSULTATION SPÉCIALISTE DPTAM[1]

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.

[1] *Au 1er 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

NUOMA Sérénité

Le fonctionnement de l'offre

Assure les remboursements de prestations médicales et médico-sociales.

NUOMA Sérénité 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 Sérénité** 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 :

- **80,90 €** Jusqu'à 30 ans
- **101,81 €** de 31 ans à 40 ans
- **122,69 €** de 41 à 50 ans
- **143,59 €** de 51 à 60 ans
- **164,50 €** de 61 ans à 67 ans
- **192,42 €** 68 ans et plus

Au changement de tranche d'âge, la cotisation s'applique au 1er 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%
- 1er enfant 90%
- 2ème enfant 80%
- 3ème enfant 70%
- 4ème 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 1er 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 Sérénité
Nos prestations santé

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO – 1ER 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	280% BRRO	200% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgicaux	300% BRRO	200% BRRO
Frais de séjour	100% BRRO	
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Forfait patient ugence	100% FR	
Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée et Foyer d'Accueil Médicalisé	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	75 €/jour
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 €/jour
Forfait accompagnant	
bénéficiaire de moins de 12 ans	46 €/jour
bénéficiaire de plus de 12 ans	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels
Frais de connectivité [1]	150€ max / 30 jours

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	190% BRRO	170% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	245% BRRO	200% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	190% BRRO	170% BRRO
Actes de radiologie et d'imagerie médicale	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	165% BRRO	145% BRRO
Honoraires paramédicaux	110% BRRO	
Séances de psychologue (remboursées par la sécurité sociale)[2]	100% BRRO	
Majorations et indemnités de déplacement remboursées Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Transport remboursé Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Analyses et examens de laboratoire	110% BRRO	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
Médicaments remboursés Régime Obligatoire (RO)		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur (65%) et modéré (30%)	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu faible (15%)	30% BRRO	
Matériel médical		
Prothèses mammaires	450% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapés physiques)	300% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	260% 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 1 700 € par oreille appareillée

Équipement « 100% Santé » *Équipement de classe I*	**100% du Prix Limite de Vente**
Prothèse auditive *Équipements de classe II « hors 100% Santé »*	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	950 € 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)	
Actes réalisés par des audioprothésistes	110% 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 1 700 € par oreille appareillée

Équipement « 100% Santé » *Équipement de classe I*	**100% du Prix Limite de Vente**
Prothèse auditive *Équipements de classe II « hors 100% Santé »*	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	950 € 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)	
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**
Equipement hors « 100% Santé »	
Monture : par monture	100 €
Verres :	
Par verre simple	100 €
Par verre complexe	200 €
Par verre hyper complexe	300 €
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices *(y compris lentilles jetables)*	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	324 €/an
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	324 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	450 €/œil
Implants multifocaux	450 €/œil
Forfait assistance vision (loupe)	50 €

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 dans les 12 premiers mois d'adhésion ;	1 400 €
b) plafond pour les 12 mois suivants ;	1 800 €
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**
Soins Hors « 100% Santé »*	
Actes et soins dentaires	130% BRRO
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150% BRRO
Soins Inlays-Onlays	220% BRRO
Actes de chirurgie dentaire en « DC »	150% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »*	
Prothèses fixes et amovibles	430% BRRO
Couronne sur implant	
Inlays-Core	240% BRRO
Prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	
Prothèses Fixes	258 €/dent
Prothèses Amovibles	52 €/dent
Autres prestations dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	
Implantologie - Pose d'implant	400 €/implant
Implantologie - Scanner dentaire	70 €/acte
Parodontologie	175 €/an/bénéficiaire
Orthodontie	
Remboursée Régime Obligatoire (RO)	370% BRRO
Non remboursée Régime Obligatoire (RO) : *soins débutés avant le 20ème anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum*	520 €/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) *(sous conditions de ressources)*	100 €/an
Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	
Kinésithérapie Mézières - Sophrologie	160 €/an/bénéficiaire avec une limite de 40 € par séance
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie	
Psychomotricité - forfait/an/bénéficiaire	20 €/séance (max. 10 séances)
Prévention et examen[7]	
Contraception masculine et féminine	Forfait global de 150 € /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	
Test dépistage trisomie 21	
Procréation médicalement assistée non remboursée Régime Obligatoire (RO)	216 €/acte
IVG non remboursée Régime Obligatoire (RO)	53,35 €/acte
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 71ème anniversaire.	
Enfance handicapée	
Indemnité annuelle versée	Equivalent 1,5 AAH mensuelle de base (jusqu'à 20 ans)
Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap	600 € (jusqu'à 20 ans)
Frais de séjour	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	200 h/année civile 5 €/heure plafonnée à 50% du reste à charge
Aide complémentaire à l'autonomie (*)	
Taux invalidité > ou = 80%	350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)
GIR 3 ou 4	450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)
GIR 1 ou 2	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.*

(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 entrainant 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 Sérénité
Nos principaux atouts

nuoma Sérénité

- 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 Sérénité, 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 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**

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 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.

NUOMA Plaquette Sérénité 1023

@credit istock- impression ESAT JEAN PINAUD