



88%
de nos adhérents
sont satisfaits !



NUOMA Tranquillité

La tranquillité au quotidien

nuoma
Tranquillité

+ Une offre de santé renforcée sur les postes clés
au meilleur rapport garanties/prix.



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

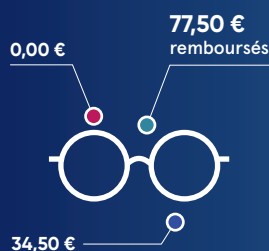
REMBOURSEMENT DES FRAIS ESSENTIELS

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

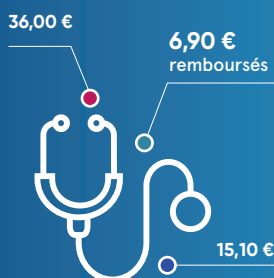


De combien suis-je remboursé en 2024 ?

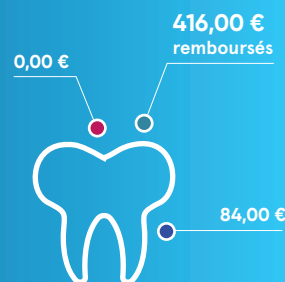
○ NUOMA Tranquillité ○ Sécurité sociale ● Reste à charge



FRAIS ENGAGÉS : 112 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE
100% SANTÉ



FRAIS ENGAGÉS : 58 €
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 :



Au changement de tranche d'âge, la cotisation s'applique au 1^{er} 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 :



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^{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

● Des soins et des événements de prévention

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

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

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

● Une aide financière à titre exceptionnelle (sur dossier)

● Un service de téléconsultation avec Médecin Direct

nuoma

Tranquillité

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 honoraires médicaux	150% BRRO	130% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgicaux	150% BRRO	130% 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	
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	40 €/jour	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	35 €/jour	
Forfait accompagnant	20 €/jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	DPTAM	HORS DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	140% BRRO	120% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	120% BRRO	100% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	120% 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	150% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapés physiques)	150% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	150% BRRO	

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>Équipements de classe II « hors 100% Santé »</i>	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	500 € 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	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	80 €
Verres :	
Par verre simple	80 €/verre
Par verre complexe	140 €/verre
Par verre hyper complexe	140 €/verre
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	260 €/an
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	260 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	194 €/oeil

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 », pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- plafond de 750 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la mutuelle ;
- plafond de 1 100 € pour les 12 mois suivants ;
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la mutuelle (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	100% BRRO
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150% BRRO
Soins Inlays-Onlays	150% BRRO
Actes de chirurgie dentaire	100% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »	
Prothèses fixes et amovibles	200% BRRO
Couronne sur implant	200% BRRO
Inlays-Core	150% BRRO
Autres prestations dentaires	
Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) – Pose d'implant	165 €/implant
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	40 €/an/bénéficiaire
Orthodontie	
Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150% BRRO
Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 ^{ème} anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum	200 € /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)

100 €/an

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

Kinésithérapie Mézières - Sophrologie - Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie -
Pédicurie - Ergothérapie

100 €/an/bénéficiaire avec une limite
de 25 €/séance

Prévention et examen

Contraception masculine et féminine

40 €/an/bénéficiaire

Substitut nicotinique

50 €/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*

Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)

16 € par an et par bénéficiaire

⁽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)

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.

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.

Une offre santé renforcée sur les postes clés au meilleur rapport garanties/prix.

Pour adhérer à l'offre NUOMA Tranquillité, 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