



Mutuelle Communale

Pour se sentir chaque jour épaulé

Garanties offres Mairie

nuoma

L'Essentiel mairie



Fédération Française
Mutuelle Santé Citoyenne
LE PREMIER COLLECTIF CITOYEN



Pour toute question

mutuelle-communale@nuoma-mutuelle.fr

Les cotisations

2023

Vos cotisations mensuelles par bénéficiaire concerné et par couverture.

Âge de l'adhérent	nuoma L'Initiale mairie	nuoma L'Essentiel mairie	nuoma Confort mairie
Cotisations mensuelles par adulte bénéficiaire (adhérent, conjoint ou concubin)			
de 16 à 35 ans	21,58 €	29,97 €	45,01 €
de 36 à 45 ans	25,28 €	35,13 €	57,07 €
de 46 à 55 ans	33,89 €	47,08 €	68,18 €
de 56 à 65 ans	44,42 €	61,70 €	85,18 €
de 66 ans et plus	54,55 €	75,75 €	104,04 €
Cotisations mensuelles par enfant ou ascendant à charge (gratuité à partir du troisième enfant ou ascendant)⁽¹⁾			
Quel que soit l'âge de l'adhérent	11,43 €	14,22 €	16,79 €

La cotisation annuelle NUOMA Assistance est incluse dans le montant forfaitaire de la cotisation.

Le changement de tranche d'âge intervient au 1^{er} jour du mois suivant la date d'anniversaire de l'année des 36, 46, 56 et 66 ans.

(1) Enfant à charge fiscalement du membre participant ou du conjoint (et assimilé) jusqu'au 31 décembre de leur 26^{ème} anniversaire. Ascendants à charge s'ils bénéficient du RO sur le compte du membre participant ou du conjoint (et assimilé).

Les remboursements

Exemples de remboursements (Régime Obligatoire compris), dans le cadre du respect du parcours de soin. Les exemples de frais réels sont basés sur les prix moyens pratiqués ou bien les tarifs règlementés.

Types de prestations	Frais réels	L'Essentiel mairie	
			RAC
Hospitalisation			
Forfait journalier en court séjour	20,00 €	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	355,00 €	355,00 €	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	431,00 €	353,21 €	77,79 €
Chambre particulière	55,00 €	38,00	17,00 €
Optique			
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé)	125,00 €	125,00 €	0,00 €
Equipement optique de classe B (monture 145,00 € + verres 200,00 €) de verres unifocaux	345,00 €	240,00 €	105,00 €
Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale (budget annuel)	350,00 €	260,00 €	90,00 €
Dentaire			
Détartrage	28,92 €	28,92 €	0,00 €
Couronne céramico-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % santé)	500,00 €	500,00 €	0,00 €
Couronne céramico-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	240,00 €	298,70 €
Couronne céramico-métallique sur molaires	538,70 €	240,00 €	298,70 €
Implant dentaire	800,00 €	165,00 €	635,00 €
Aides auditives			
Aide auditive de classe I par oreille adulte (équipement 100 % santé)	950,00 €	950,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille adulte	1 476,00 €	500,00 €	976,00 €
Soins courants			
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	24,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	29,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	35,00 €	9,00 €
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	22,00 €	34,00 €
Séance d'ostéopathie	50,00 €	25,00 €	25,00 €

Les prestations santé

Types de prestations		Remboursement Régime Obligatoire *	L'Essentiel mairie	
			NUOMA **	RO+NUOMA
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Généralistes	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	70% BRSS	50% BRSS	120% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾		30% BRSS	100% BRSS
Spécialistes et psychiatres	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	70% BRSS	50% BRSS	120% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾		30% BRSS	100% BRSS
Actes techniques médicaux	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	70% BRSS	50% BRSS	120% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾		30% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux				
Radiologie	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾		30% BRSS	100% BRSS
Soins des auxiliaires médicaux		60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
Ostéopathie, chiropractie et étioopathie <i>non remboursées par le RO</i>		néant	25,00 € par séance / plaf. ann. 125,00 €	
Kinésithérapie selon la méthode Mézières ou Bousquet <i>non prise en charge par le RO (par bénéficiaire)</i>		néant	9,00 € par séance / plaf. ann. 90,00 €	
Podologie/pédicurie <i>non prise en charge par le RO</i>		néant	50 % des frais engagés dans la limite de 40 € par an et par bénéficiaire	
Analyses et examens de laboratoire				
Prélèvements - analyses - soins infirmiers		60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
Médicaments				
Médicaments		30% / 65%	70% / 35%	100% BRSS
Matériel médical				
Orthopédiques - appareillage ⁽⁹⁾		60% BRSS	90% BRSS	150% BRSS
Dentaire ***				
Actes 100 % santé **				
Soins et prothèses 100 % santé		70% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes ne relevant pas du dispositif 100 % santé ⁽²⁾				
Soins dentaires pris en charge par le RO		70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS
Inlay onlay pris en charge par le RO		70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
Prothèse dentaire, couronne sur implant, inlay onlay core et à clavette pris en charge par le RO		70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
Prothèse dentaire ou couronne sur implant non prise en charge par le RO - hors prothèse sur dent vivante		néant	200% BRSS	200% BRSS
Prothèses provisoires ou transitoires prises en charge par le RO		70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
Prothèses provisoires ou transitoires non prise en charge par le RO		néant	10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive	
Parodontie prise en charge par le RO		70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
Parodontie ou autre non prise en charge par le RO		néant	37,00 € par acte / plaf. ann. 222,00 €	
Orthodontie prise en charge par le RO ⁽³⁾		100% BRSS	50% BRSS	150% BRSS
Orthodontie non prise en charge par le RO ⁽³⁾		néant	100% BRSS	100% BRSS
Implants dentaires non pris en charge par le RO		néant	165,00 € l'implant plafond annuel 495,00 €	

Types de prestations	Remboursement Régime Obligatoire *	L'Essentiel mairie	
		NUOMA **	RO+NUOMA
Optique ⁽⁴⁾			
Equipements 100 % santé **			
Verre correcteur simple	60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
Verre correcteur complexe ou très complexe	60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
Monture	60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
Autres prestations optique (appairage, ...)	Selon le type de prestation	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
Equipements ne relevant pas du dispositif 100 % santé			
Verre correcteur simple (par verre)	60% BRSS	80,00 € - 60% BRSS	80,00 €
Verre correcteur complexe ou très complexe (par verre)	60% BRSS	140,00 € - 60% BRSS	140,00 €
Monture limitée à 1 sur 2 ans	60% BRSS	80,00 € - 60% BRSS	80,00 €
Lentilles cornéennes (<i>plafond annuel</i>) ⁽⁵⁾	60% BRSS	260,00 € - 60% BRSS	260,00 €
Lentilles cornéennes non prises en charge par le RO (<i>plafond annuel</i>)	néant	260,00 €	260,00 €
Chirurgie ophtalmique (<i>forfait par œil</i>)	néant	194,00 €	194,00 €
Aides auditives ⁽⁶⁾			
Appareils 100 % santé **			
Equipement adulte (<i>par oreille</i>)	60% BRSS	Frais réels, dans la limite du montant de frais engagés et des prix limites de vente	
Equipement enfant (<i>par oreille</i>)	60% BRSS	Frais réels, dans la limite du montant de frais engagés et des prix limites de vente	
Appareils ne relevant pas du dispositif 100 % santé			
Equipement adulte (<i>par oreille</i>)	60% BRSS	500,00 € - 60% BRSS	500,00 €
Equipement enfant (<i>par oreille</i>)	60% BRSS	1 200,00 € - 60% BRSS	1 200,00 €
Piles	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
Hospitalisation et soins de suite et de réadaptation			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non - frais de salle d'opération	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	néant	< frais réels >	
Honoraires des spécialistes / chirurgiens / anesthésistes / ATM	Adhèrent à l'OPTAM CO ⁽¹⁾ Non adhérent à l'OPTAM CO ⁽¹⁾	80% / 100% BRSS	70% / 50 % BRSS 50% / 30 % BRSS
			150% BRSS 130% BRSS
Chambre particulière en hospitalisation (<i>par jour</i>)	néant	38,00 €	38,00 €
Chambre particulière en psychiatrie (<i>par jour</i>) ⁽⁷⁾	néant	38,00 €	38,00 €
Chambre en ambulatoire	néant	18,00 €	18,00 €
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans (<i>par jour</i>)	néant		16,00 €
Lit d'accompagnant d'un bénéficiaire de plus de 12 ans (<i>par jour</i>) ⁽⁸⁾	néant		15,00 €
Transport			
Frais de transport	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS

Types de prestations	Remboursement Régime Obligatoire *	L'Essentiel mairie		
		NUOMA **	RO+NUOMA	
Maternité				
Honoraires des spécialistes / chirurgiens / anesthésistes au titre de la maternité	Adhérent à l'OPTAM CO ⁽¹⁾	80% / 100% BRSS	70% / 50 % BRSS	150% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM CO ⁽¹⁾		50% / 30 % BRSS	130% BRSS
Chambre particulière (par jour)		néant	38,00 €	38,00 €
Bien-être				
Cures thermales				
Soins remboursés au titre de la cure		65% à 70% BRSS	35% / 30% BRSS	100% BRSS
Indemnité forfaitaire d'hébergement		néant	178,00 €	178,00 €
Prévention				
Vaccin non remboursé par le RO (plafond par an)		néant		16,00 €
Examen densitométrie osseuse non remboursé par le RO (1 examen / 2 ans)		néant		maximum 44,00 €
Pilule contraceptive non remboursé RO (plafond par an)		néant		maximum 33,00 €
Examen densitométrie osseuse remboursé par le RO		70% BRSS	30% BRSS	100%BRSS

Toutes les garanties exprimées en forfait s'entendent comme un maximum. Le montant remboursé RO + NUOMA ne saurait excéder les frais engagés.

* Le Régime Obligatoire (RO) désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du Régime Général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100 %, régime particulier, régime Alsace-Moselle,...). Attention, le remboursement total perçu par l'adhérent (RO + NUOMA) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO de l'adhérent.

La **BRSS** est la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** La prise en charge à 100 % s'applique conformément au calendrier réglementaire dans le cadre du dispositif 100 % santé. Pour plus de renseignements, vous trouverez des informations complémentaires sur le site www.ameli.fr.

*** Les remboursements des prestations dentaires sont susceptibles d'évoluer compte-tenu de la mise en place de la nouvelle nomenclature.

(1) **OPTAM** : médecin qui adhère au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - **NON OPTAM** : médecin non adhérent au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - **OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

(2) Dentaire (hors soins courants) plafonné à 1 500 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et 2 500 € pour les 12 mois suivants. Dans tous les cas, le remboursement au ticket modérateur est dû

(3) Prestation limitée à un traitement de 3 ans maximum, coté 540 TO au total.

(4) Le remboursement est limité à un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires à partir de 16 ans, ramené à un an en cas d'évolution de la vue. La prise en charge est limitée à un équipement tous les ans pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, sauf dans le cas d'une évolution de la vue. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois sous certaines conditions. Les différents délais sont également applicables pour le

renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Les niveaux de remboursement respectent les limites des contrats responsables.

(5) Dans tous les cas, le ticket modérateur est dû.

(6) Équipement limité à un remboursement tous les 4 ans suivant la dernière facturation prise en charge par le Régime obligatoire.

(7) Chambre particulière en psychiatrie plafonnée à 30 jours pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion (soit 1 080 € pour NUOMA l'Essentiel mairie et 1 620 € pour NUOMA Confort mairie), 60 jours pour les 12 mois suivants (2 160 € pour NUOMA l'Essentiel mairie et 3 240 € pour NUOMA Confort mairie) et 90 jours à compter de la 3^{ème} année et pour l'ensemble des bénéficiaires (3 240 € pour NUOMA l'Essentiel mairie et 4 860 € pour NUOMA Confort mairie).

(8) Prestations limitées à 15 jours par an.

(9) Appareillage plafonné à 1 000 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et également à 1 500 € pour les 12 mois suivants. Pour toute dépense supérieure, une demande peut être faite à la Commission des Affaires Sociales. Dans tous les cas, le remboursement au ticket modérateur est dû.

Non remboursé par le régime obligatoire (RO) = acte non codifié par le RO.

Dans le respect des règles relatives au « contrat responsable », la NUOMA ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire d'1 € sur tout acte médical,
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins,
- les médicaments remboursés à 15 % par le régime obligatoire,
- les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires.

Les services



Carte de Tiers payant

- + Pour la pharmacie, les laboratoires, les infirmiers libéraux, les centres mutualistes (optique, audition, dentaire...)



Carte Blanche

- + Offre des prestations de qualité à des taux maîtrisés en optique et audioprothèse



Devis

- + Évaluation de vos remboursements sur les postes coûteux (Optique - Dentaire - Appareillage, etc.)



Remboursements directs (pas de décompte à envoyer)

- + Télétransmission du régime obligatoire à la mutuelle



Consultation des décomptes de remboursement

- + Connectez-vous sur le site internet www.nuoma-mutuelle.fr pour consulter vos décomptes



Réception des décomptes de remboursement par email (courriel)

- + Économie, respect de l'environnement et facilité d'archivage.



Commission des Affaires Sociales

- + Des aides financières exceptionnelles en cas de maladie ou d'accident.



Assistance

- + En cas d'hospitalisation :
 - Aide à domicile
 - Location d'un téléviseur
 - Garde d'animaux domestiques
 - Aide aux aidants
 - ...
- + Tél : **09.69.32.20.38**



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.



Assurance Complémentaire Santé Mairie

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : NUOMA, Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité et soumise au contrôle de l'ACPR, sise au 4 place de Budapest, CS92459 75436 Paris Cedex 09. Immatriculée le 22/07/2002 sous le numéro SIREN 391 346 236 et agréée par arrêté ministériel du 24/03/2003.



Nom du Produit : complémentaire santé proposant 3 couvertures santé - NUOMA l'Initiale Mairie, NUOMA l'Essentiel Mairie et NUOMA Confort Mairie - à ses membres participants et à leurs familles, en tant que résidents d'une commune permettant d'adhérer à titre individuel au contrat, ou agents territoriaux de la commune, même s'ils résident dans une autre commune.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat (Règlement Mutualiste NUOMA Mairie). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des garanties en annexe à ce Règlement.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations peuvent être soumis à des plafonds soit journaliers, soit annuels, qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

PRESTATIONS PRISES EN CHARGE EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

- ✓ Hospitalisation et maternité : Honoraires médicaux, frais de séjour, transport, forfait patient urgence
- ✓ Soins courants et prescription médicale : Consultations, actes techniques médicaux, examens médicaux dont radiologie, analyse et examen de laboratoire, soins des auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée à 65 % ou à 30 % par la Sécurité Sociale.
- ✓ Frais d'optique : Lunettes (montures et verres) - prise en compte du 100 % santé
- ✓ Lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes ou amovibles (couronnes, bridges, inlays, onlays, implants), prothèses provisoires ou transitoires, orthodontie, parodontie - prise en compte du 100 % santé
- ✓ Appareils : prothèses et orthèses
- ✓ Aides auditives - prise en compte du 100 % santé
- ✓ Cures thermales : soins de cure

LES PLUS DE LA MUTUELLE : PRESTATIONS PRISES EN CHARGE NON REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE

- ✓ Chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, chambre en ambulatoire
- ✓ Prothèses dentaires fixes ou amovibles (couronnes, bridges, inlays, onlays, implants, prothèses provisoires ou transitoires), gingivectomie, parodontie, orthodontie
- ✓ Chirurgie réfractive et lentilles
- ✓ Médecine douce conformément à la liste des soins externes énumérés dans le tableau des garanties
- ✓ Examen de densitométrie osseuse
- ✓ Cures thermales : frais d'hébergement
- ✓ Vaccins et certaines pilules contraceptives

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins composé de professionnels de Santé répartis sur l'ensemble du territoire
- ✓ Service via l'espace adhérent sur le site Web

L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- ✓ Prise en charge du déplacement d'un proche

✗ Qu'est ce qui n'est pas assuré à titre principal ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier et les journées d'hospitalisation médicale facturés par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)

! Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soin
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée règlementairement pour les médecins n'adhérant pas un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ! En cas de non-respect du parcours de soin, les remboursements sont réduits
- ! Les médicaments remboursés à 15 %
- ! Les soins de toutes natures dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet de l'adhésion

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Limitation de la prise en charge :

- ! Pour les chambres particulières en psychiatrie sur le nombre de jours
- ! Pour l'optique à un équipement tous les deux ans à partir de 16 ans, réduite à un an en cas d'évolution de la vue ou pour un mineur ayant entre 6 et 16 ans
- ! Pour les aides auditives à une aide auditive par oreille tous les 4 ans
- ! Pour les prothèses dentaires à :
 - 1 500 € dans les 12 premiers mois à compter de l'adhésion
 - 2 500 € pour les 12 mois suivants
- ! Pour les appareillages autres que les aides auditives à :
 - 1 000 € dans les 12 premiers mois à compter de l'adhésion
 - 1 500 € pour les 12 mois suivants



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger,
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée, sur justificatif.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de : suspension des garanties (défaut de paiement), de nullité de la garantie ou d'exclusion (fausse déclaration intentionnelle) ou de résiliation du contrat (fraude).

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue, selon la périodicité choisie, dès la prise d'effet du contrat.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation selon la périodicité choisie,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ou tout élément ayant une incidence sur les cotisations,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date d'édition du bordereau de la Sécurité Sociale ou, à défaut, de l'évènement qui y donne naissance,
- Informer la mutuelle par écrit, dans le délai imparti, de tout changement de situation (changement de domicile, modification de la composition familiale - mariage, divorce, décès, etc... -, situation vis-à-vis des régimes obligatoires de Sécurité Sociale d'assurance maladie et maternité) ou de coordonnées bancaires et fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à la date indiquée dans l'échéancier relatif au contrat conformément au Règlement Mutualiste de l'offre souscrite.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvements automatiques ou par tout autre moyen de paiement admis par la Mutuelle.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Offre ouverte à toute personne résidente d'une commune permettant d'adhérer à titre individuel au Règlement Mutualiste NUOMA Mairie ou bien aux agents territoriaux de la commune, même s'ils résident dans une autre commune.

La date d'effet du contrat est celle précisée dans le courrier ou courriel envoyé par la mutuelle. En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion. Le contrat est familial et porte sur une durée minimale de 12 mois allant de la date d'effet du contrat à sa date d'échéance le 31 décembre de l'année d'expiration des 12 mois. Il se renouvelle automatiquement d'année en année à cette date d'échéance, sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat, à l'initiative de la Mutuelle ou à l'initiative de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, dans les formes prévues au Règlement Mutualiste NUOMA Mairie, dans les cas suivants :

- Au plus tard au moins un mois avant l'échéance annuelle, fixée selon le cas au 31 décembre de l'année d'expiration de la durée initiale de 12 mois, puis les années suivantes au 31 décembre de l'année en cours.
- En cas de modification de votre situation personnelle ayant une influence directe sur les risques garantis suivant l'évènement, dans les trois mois après la date de survenance de l'évènement ou de sa révélation.
- En exerçant votre droit de dénonciation de la reconduction annuelle du contrat, lorsque la date limite d'exercice du droit de dénonciation ne vous est pas parvenue dans les délais prévus par la réglementation.
- En exerçant un droit de dénonciation, sans frais, ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de votre première adhésion, sans avoir à en préciser le motif, le contrat prenant fin un mois après réception par la Mutuelle de cette dénonciation.

Nous contacter

Pour adhérer
ou prendre rendez-vous,
contactez :

-  Au numéro de téléphone :
03 20 55 97 01
-  Par mail :
contact@ffmsc.fr
-  Par internet :
https://ffmsc.fr
-  Par courrier :
Solidaire Assur
517, avenue de la République
59700 Marcq en Baroeul



Solidaire Assur
LA FORCE DU COLLECTIF

Suivi de vos dossiers
de remboursements, contactez-nous :

-  Soit par internet :
Depuis le site www.nuoma-mutuelle.fr
rubrique Accès Espace Personnel
-  Soit par téléphone :
Centre d'appels : 09 69 39 98 00
(appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
et le samedi de 9h à 12h
-  Soit par courrier :
Mutuelle NUOMA
Centre de gestion
CS 30 000
79077 Niort Cedex 09