

Bienvenue dans **votre mutuelle**



**Radiance
mutuelle**

groupe malakoff humanis

[radiance.fr](https://www.radiance.fr)

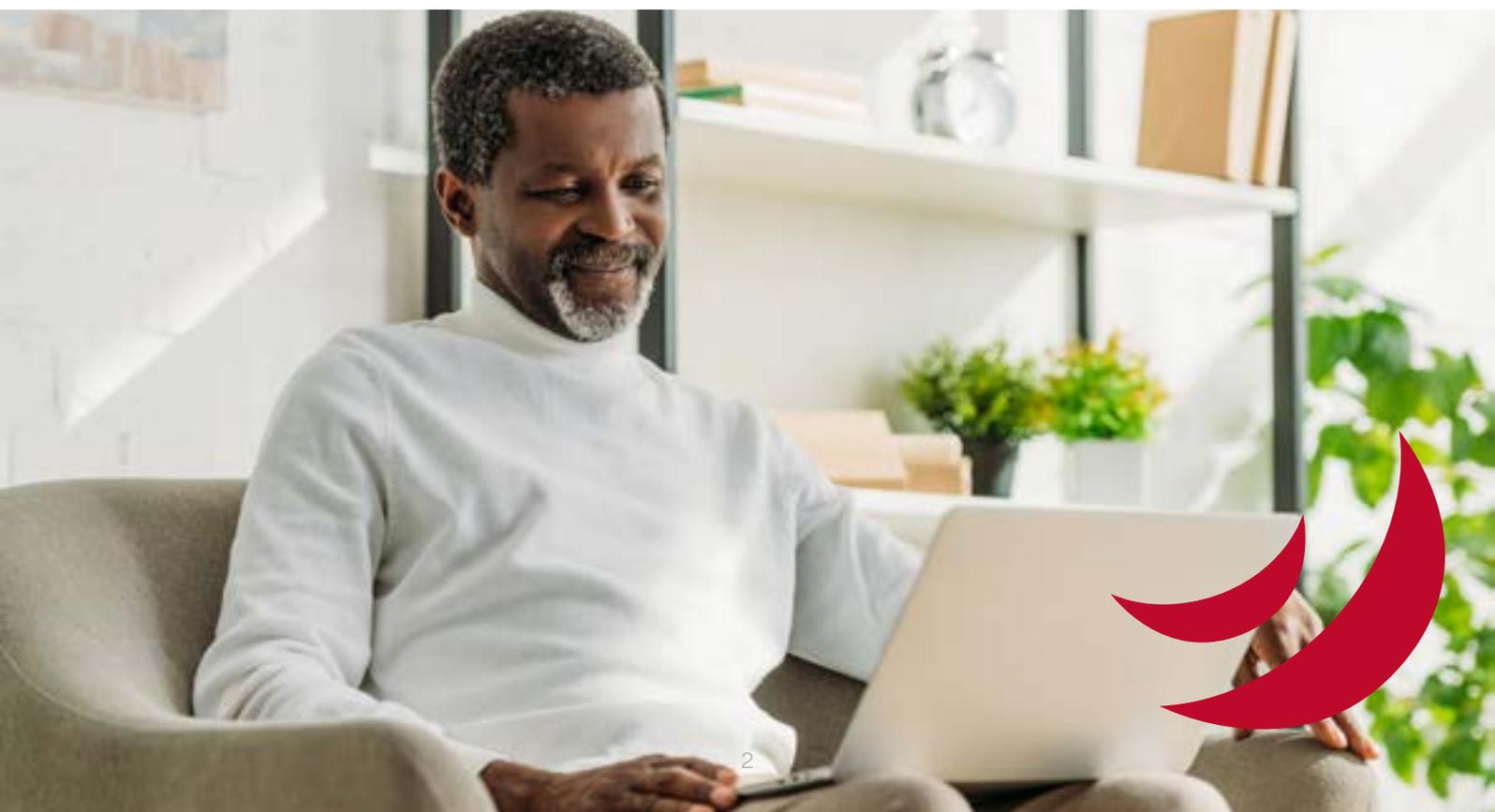
On aime vous voir sourire

Pourquoi

ce guide adhérent ?

Ce guide a été conçu pour vous faciliter la vie en tant qu'adhérent de Radiance Mutuelle. De nombreuses informations sont disponibles pour vous aider à gagner du temps dans vos démarches et vous faire bénéficier de nos multiples services et innovations.

▪ Avec Radiance Mutuelle , j'avance en confiance	3
▪ Votre vie mutualiste , une gouvernance par les adhérents	4
▪ Votre Espace Client innove pour vous	5
▪ Questions les plus fréquentes	6
▪ Votre carte de tiers payant , pour quoi faire ?	7
▪ Vos remboursements de frais de santé	8
▪ 100 % Santé : des soins pour tous, sans reste à charge	11
▪ Vous accompagner dans les moments difficile	11
▪ Vos services pour gagner en sérénité	12
▪ Votre contrat tout au long de votre vie	15
▪ Votre cotisation	16
▪ Vous avez une réclamation à formuler ?	17
▪ Parrainez et gagnez de nombreux cadeaux !	18
▪ Prévention , devenez acteur de votre santé	19
▪ Radiance.fr pour vous accompagner au quotidien	20
▪ Glossaire , pour y voir plus clair	21



Avec Radiance Mutuelle, **j'avance en confiance**

Radiance Mutuelle est la **mutuelle en région du Groupe Malakoff Humanis**, acteur majeur de la gestion de la retraite complémentaire et leader en assurance santé et prévoyance collectives.

Radiance Mutuelle dispose de sa propre gouvernance et s'inscrit, à l'instar du Groupe, dans l'économie sociale et solidaire, offrant ainsi à ses clients le meilleur des deux mondes : d'un côté **la puissance d'un Groupe national**, de l'autre **la proximité et l'agilité d'un acteur régional parfaitement ancré sur son territoire**.

Le Groupe Malakoff Humanis, né du rapprochement en janvier 2019 entre Humanis et Malakoff Médéric, réunit 9 millions d'assurés et ayants-droits (collectifs et individuels), plus de 13 millions de cotisants et allocataires (retraite complémentaire) avec un chiffre d'affaires de 6,77 milliards d'euros.

Radiance Mutuelle est par ailleurs un **acteur engagé au sein de la Mutualité Française**.

 **Radiance mutuelle**
groupe malakoff humanis

en quelques chiffres...



128 300

personnes gérées
en santé



19

agences



150

collaborateurs



3

sites de gestion

 **malakoff humanis**
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - EMPLOI

 **MUTUALITÉ FRANÇAISE**
MEMBRE DE LA

Besoin de nous contacter ?

- Pour trouver votre agence de proximité, *c'est par ici*
- Connectez-vous à votre *Espace Client*
- Appelez-nous gratuitement au 09 69 36 4000 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h)
- Ecrivez-nous par voie postale à :
Radiance Mutuelle - 55 allée Albert Sylvestre - 73026 Chambéry cedex

Votre vie mutualiste

une gouvernance par les adhérents

Radiance Mutuelle est un organisme mutualiste, à but non lucratif, régi par le Code de la Mutualité. Dans le respect des valeurs mutualistes, il n'y a pas d'actionnaire au sein de la Mutuelle. Notre gouvernance repose sur un fonctionnement démocratique et s'articule autour de 2 principes :

La gouvernance politique

Les adhérents élisent pour un mandat de 6 ans, leurs représentants à l'Assemblée Générale, les **Délégués**, qui font le lien entre la mutuelle et ses adhérents, en portant leur parole auprès des instances décisionnaires. Les Délégués élisent les membres au Conseil d'Administration, les Administrateurs.

Elus pour 6 ans, les **Administrateurs** déterminent et proposent à l'Assemblée Générale les orientations stratégiques définies pour la Mutuelle et s'assurent de leur mise en œuvre.



Rodolphe Cairol
Président



Jacques Berruet
Vice-Président délégué

La gouvernance opérationnelle

L'équipe dirigeante portée par son Directeur Général propose des orientations stratégiques au Conseil d'Administration, décline et pilote la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie.



Emmanuel Durand
Directeur Général



Ludovic Scapin
Directeur Général
Adjoint en charge
du Développement
& de la Relation
Clients Multicanale



Fanny Bouquet
des Chaux
Directrice
Administrative,
Financière &
Informatique



Hélène Chapapria
Directrice
Production



Nathalie Marotta
Directrice des
Ressources
Humaines &
Services Généraux

Participez à la vie de votre Mutuelle en vous engageant comme Délégué

La gouvernance de Radiance Mutuelle est fondée sur la démocratie et l'expression de ses adhérents. Que vous soyez actif ou retraité, salarié ou travailleur indépendant... votre contribution est la bienvenue.

Rôles et attributions du Délégué bénévole :

- Représenter les adhérents à l'Assemblée Générale, instance souveraine de la Mutuelle
- Décider des orientations stratégiques de la Mutuelle,
- Élire les membres du Conseil d'Administration
- Approuver les comptes annuels et le rapport d'activité

Renseignements auprès de votre agence locale.

Votre Espace Client

innove pour vous

1 Inscrivez-vous dès réception de votre carte de tiers payant et à la date de début de votre contrat

- Créez votre compte en quelques clics sur radiance.fr, c'est simple, rapide et sécurisé.
- Pour cela, munissez-vous de votre numéro d'adhérent indiqué sur votre carte de tiers payant. Vous avez besoin d'aide ? [Suivez notre tuto !](#)

2 Effectuez vos démarches en ligne

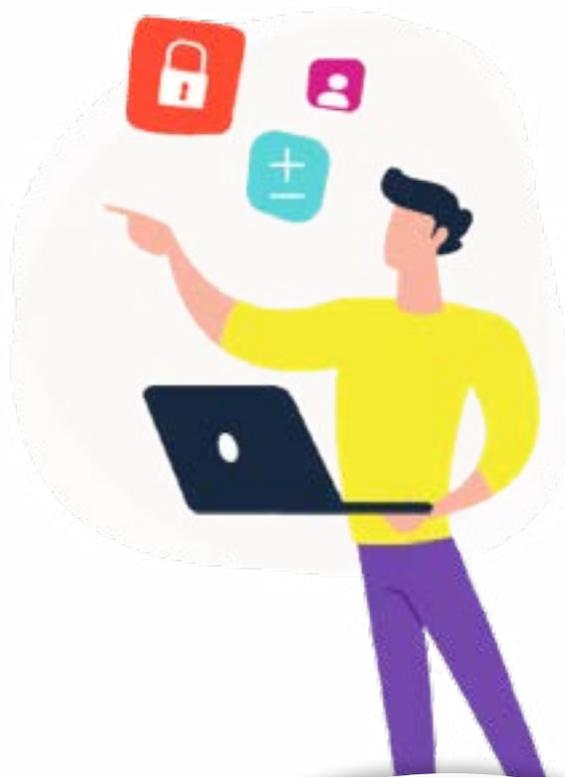
- Consultez vos derniers remboursements et relevés de frais de santé.
- Demandez un remboursement.
- Envoyez un devis dentaire, optique, etc.
- Gérez votre contrat en toute autonomie.

4 Téléchargez votre carte de tiers payant

- Téléchargez et imprimez un duplicata de votre carte.
- **Pratique** : sur votre smartphone, vous disposez de votre carte en version digitale !

3 Accédez à tous vos services

- Consultez la liste des **professionnels de santé partenaires** en audio, optique, dentaire et ostéopathie et profitez de **tarifs privilégiés**.
- Accédez à une téléconsultation médicale.
- Choisissez le bon établissement hospitalier.
- Bénéficiez d'un 2^{ème} avis médical, etc.



Vous souhaitez recevoir nos communications et invitations ?

Paramétrez vos préférences et activez vos choix dans "Mon Profil".

E-mail



SMS



Téléphone



Voie postale



Questions

les plus fréquentes

Comment suivre mes remboursements ?

Rien de plus simple ! Rendez-vous sur votre *Espace Client*. En cas de questions, vous pouvez nous contacter au 09 69 36 4000.

J'ai des documents à envoyer, comment vous les faire parvenir ?

Vous pouvez nous les transmettre via votre *Espace Client* ou par courrier à :

Radiance Mutuelle
55 allée Albert Sylvestre
73026 Chambéry Cedex
Vous pouvez également les déposer dans l'*agence* près de chez vous.

J'ai une prise en charge hospitalière à faire, comment procéder ?

Dorénavant, c'est à l'établissement hospitalier de faire la demande de prise en charge via notre plateforme partenaire Viamédis. Il vous suffit donc de vous rapprocher de votre clinique ou hôpital.

Je n'ai pas reçu ou j'ai égaré ma carte de tiers payant...

Vous pouvez retrouver votre carte de tiers payant dans votre *Espace Client* et sur votre appli mobile. Si vous souhaitez la recevoir par courrier, contactez votre Centre Relation Clients au 09 69 36 4000.

Pas de panique ! Appelez-nous au 09 69 36 4000, un conseiller vous accompagnera dans la création de votre Espace. Vous pouvez aussi consulter nos tutos sur la *FAQ de radiance.fr*.

SOS, je n'arrive pas à créer mon Espace Client !

Je souhaite recevoir à nouveau mon tableau de garanties.

Vous pouvez le télécharger sur votre *Espace Client*. Vous pouvez également le demander à votre conseiller en *agence*, ou par téléphone au 09 69 36 4000.

Ma situation évolue, comment mettre à jour mes informations personnelles ?

Rendez-vous sur votre *Espace Client*, rubrique "Mes démarches" afin de signaler ce changement. Si ce changement entraîne une mise à jour de votre contrat, un conseiller vous recontactera dans les plus brefs délais.

Je souhaite revoir mes garanties, faire un point sur mon contrat...

Pour faire évoluer votre contrat, nos conseillers sont à votre écoute dans votre *agence de proximité*, via le *formulaire de contact*, ou par tél. : 09 69 36 4000.

Votre carte de tiers payant pour quoi faire ?

Votre carte de tiers payant

Dès que votre adhésion est enregistrée, votre carte tiers payant vous est envoyée par voie postale.

Celle-ci vous permet de **ne plus avancer de frais** auprès des professionnels de santé tels que pharmaciens, établissements hospitaliers, auxiliaires médicaux, etc. (liste détaillée sur votre carte).



Quelques spécificités

Vous avez besoin de lunettes ou de lentilles

Vous présentez votre carte de tiers payant à votre opticien qui pourra faire une demande de devis/prise en charge directement auprès de Viamédis.

Pour les lunettes, vous avez droit à **1 équipement tous les 2 ans**, sous réserve de la participation de la Sécurité sociale. Si votre vue a évolué, une dérogation est possible (sous conditions). Vous pouvez bénéficier de **tarifs préférentiels** appliqués chez les opticiens partenaires du réseau Kalixia et la qualité au meilleur prix du réseau de la Mutualité Française.



Vous avez besoin de prothèses dentaires ou auditives

Vous présentez votre carte de tiers payant au professionnel de santé qui pourra faire une demande de devis/prise en charge directement auprès de Viamédis.

Vous pouvez bénéficier de **tarifs préférentiels** appliqués chez les centres dentaires/dentistes partenaires du réseau Kalixia et la qualité au meilleur prix du réseau de la Mutualité Française.

Vous devez être hospitalisé

Vous présentez votre de carte de tiers payant à l'établissement hospitalier qui gère la prise en charge avec Viamédis. Si des dépassements d'honoraires sont prévus (anesthésiste, chirurgien, etc.), vous nous adressez via votre Espace Client ou par courrier le devis chiffré par le(s) médecin(s).



Vos remboursements de frais de santé



Pensez à votre Espace Client !

Très pratique pour

- Déposer vos justificatifs, factures (réponse sous 72h)
- Consulter vos remboursements et informations complémentaires
- Consulter votre tableau de garanties

C'est par ici !

Qu'est-ce qu'un tableau de garanties ?

Votre tableau de garanties vous a été remis à la signature de votre contrat. Il récapitule les remboursements auxquels vous avez droit en fonction de la formule choisie.

Il est composé de 6 grandes thématiques :

Soins courants	Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical et autres soins courants
Hospitalisation	Honoraires de praticiens et auxiliaires médicaux, forfait journalier et autres frais d'hospitalisation
Dentaire	100 % Santé Soins et prothèses, orthodontie et implantologie
Optique	100 % Santé Monture, verres, lentilles Chirurgie réfractive
Auditif	100 % Santé Equiperment et consommables (piles, etc.)
Prévention	Médecines douces, cure thermale, médicaments non remboursés, etc.

Vous avez égaré votre tableau de garanties ?

Vous pouvez le télécharger sur votre *Espace Client*.
Vous pouvez également le demander à votre conseiller en agence, ou bien au 09 69 36 4000 pour le recevoir par e-mail ou par courrier.

Quels sont les documents à fournir pour être remboursé ?

- Avec la liaison NOEMIE, le décompte de votre régime obligatoire nous est transmis automatiquement.
- Sans liaison NOEMIE, vous devez nous envoyer le décompte de votre régime obligatoire.

Si vous avez bénéficié du tiers payant de la part de la Sécurité sociale, vous devez nous transmettre :

	Facture acquittée	Ordonnance
Soins courants	X	
Lunettes	X	X
Appareils auditifs	X	
Hospitalisation	X	

Noémie, c'est qui ?

Non, ce n'est pas une de nos collaboratrices... mais un procédé qui permet de véhiculer automatiquement l'information de paiement entre les CPAM et les organismes complémentaires.

Actes sans participation de la Sécurité sociale (pas de décompte) et selon votre garantie :

	Facture acquittée	Ordonnance
Médecine alternative*	X	
Lentilles	X	X
Pharmacie / Médicaments non remboursés	X	X
Chirurgie réfractive	X	
Location cure thermale	X	
Dentaire Hors Nomenclature	X	

*Facture nominative acquittée avec FINESS/ADELI obligatoire pour Acupuncture**, Chiropractie, Diététique, Ergothérapie, Homéopathie, Méthode Mézières, Nutrition, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Psychothérapie.

** L'Acupuncture doit obligatoirement être dispensée par un médecin, un dentiste ou une sage-femme.

Soins externes en hôpital : Avis des sommes à payer détaillé + Attestation du paiement

Si vous bénéficiez d'une **première mutuelle** auprès d'un autre organisme, vous devez joindre également le relevé de remboursement ou non-participation de celle-ci.



En cas de doute, nous vous invitons à vous référer au Règlement Mutualiste ou à la Notice d'informations relative à votre contrat.

La mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'elle jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs (factures acquittées, décomptes, ordonnances) doivent nous parvenir dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. Passé ce délai, les actes sont forclo et il n'est plus possible d'obtenir un remboursement.

Comment lire votre décompte de prestations ?

Le décompte de remboursement est le document envoyé par la mutuelle à l'assuré par courrier ou disponible en libre accès sur votre *Espace Client*, pour dresser le bilan des montants remboursés. Ce document vous indique :

- 1 la date de soin ou de facture
- 2 la dépense que vous avez engagée
- 3 la période de vos soins médicaux
- 4 le remboursement effectué par Radiance Mutuelle

Vos références :
N° adhérent : (XXXXXXXXXX)
RADIANCE MUTUELLE
(à rappeler dans toute correspondance)

Chambery, le 3 octobre 2024

(XXXXXX-XXXXXX) - N° S.S. (XXXXXXXXXX-XXXXXX)

1	Tous REMBOURSEMENTS DE SOINS		2	3		
Date	Nature des soins/prestations	Dépense	Base S.S.	Remboursement S.S.	Remboursement autre mutuelle	4
17/09/2024	Dossier n° (XXXXXXXXXX) - Reçu le 23/09/2024 - Traité le 23/09/2024 Pour (XXXXXXXXXX) Consultation généraliste	26,80	26,80 €	18,95		7,85

Virement sur le compte FR7XXXXXXXXXXXX398 de la somme de 7,85 €

100 % Santé

des soins pour tous, sans reste à charge

Le 100 % Santé offre à tous les Français bénéficiant d'une complémentaire santé **responsable** un accès aux soins de qualité, **sans reste à charge** sur les postes :



Audiologie



Dentaire



Optique

Vous conservez la possibilité de choisir d'autres équipements, à **tarifs libres**.

Pour en savoir plus sur le 100 % Santé,
rendez-vous sur le *site du Ministère de la Santé*.

Vous accompagner

dans les moments difficiles

ACCOMPAGNEMENT CANCER

Cette démarche vise à fournir un soutien sur mesure aux adhérents confrontés à cette maladie, sur un **large périmètre d'intervention** : aide psychologie, ménagère, activités ludiques pour les enfants, suivi avec des professionnels de santé, acupuncture, sophrologie, financement de prothèses capillaires, vêtements spécifiques, maintien d'une activité physique, etc. (*liste non exhaustive*).

▪ **Accessible à tous** nos adhérents et sans condition de ressources.

ACTION SOCIALE

L'Action sociale permet aux adhérents à faibles ressources d'effectuer une demande d'aide en cas de difficulté, à titre exceptionnel, pour la prise en charge de **certaines dépenses liées à la santé**.

Les demandes, sous couvert de remplir les conditions définies, sont étudiées trimestriellement par le comité d'Action Sociale de la mutuelle.

▪ **Accessible sous conditions**, notamment 2 ans d'ancienneté chez Radiance Mutuelle.

Comment en bénéficier ?

Pour en faire la demande,
rendez-vous sur
radiance.fr/les-engagements-solidaires-de-radiance-mutuelle



Vos services

pour gagner en sérénité

Le réseau de soins de la Mutualité Française

Les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française gèrent plus de 2 900 services de soins et d'accompagnement. C'est le premier réseau sanitaire et social de France. Il contribue à l'accès de tous à la santé sur l'ensemble du territoire.



Les services de soins et d'accompagnement mutualistes sont ouverts à tous les assurés sociaux, adhérents ou non d'une mutuelle. L'ensemble de cette offre répond à des exigences de qualité contrôlées et propose des tarifs conventionnels ou maîtrisés.

Magasins d'optique et audition, centres dentaires, établissements d'hospitalisation, centres de santé médicaux et polyvalents, établissements et services pour personnes âgées et handicapées et pour la petite enfance, pharmacies, **tous partagent ces engagements :**

- Respect des tarifs fixés par la Sécurité sociale sans dépassements d'honoraires (secteur 1).
- Pratique systématique du tiers payant sur la part de la Sécurité sociale.
- Lutte contre les dépassements d'honoraires, facturés à titre exceptionnel pour limiter les dépenses restant à la charge des familles.
- Mise en place de démarches qualité.

Trouver un service de santé mutualiste

Le réseau de soins Kalixia

Le réseau de soins Kalixia vous garantit l'accès à des **soins de qualité** tout en bénéficiant de **réductions tarifaires attractives**.

Kalixia optique



- Plus de 6 700 opticiens partenaires (premier réseau de France)
- 20 % de réduction au minimum sur les montures
- 3 assurés sur 4 n'ont aucun reste à charge

Kalixia dentaire



- Près de 4 500 chirurgiens-dentistes partenaires
- 650 € d'économie moyenne constatée sur les implants
- 10 ans de garantie sur les prothèses

Kalixia audio



- Plus de 4 400 centres d'audioprothèses partenaires
- 2 centres audio sur 3 sont partenaires Kalixia
- 600 € d'économie en moyenne sur un double appareillage

Grâce au réseau Kalixia, vous bénéficiez d'un **reste à charge réduit** et d'une **meilleure prise en charge** par des **professionnels de confiance**.

Liste des praticiens partenaires sur votre **Espace Client**, rubrique "Guides et Services".



La téléconsultation

Contacteur un médecin à toute heure, de France comme de l'étranger, n'a jamais été aussi simple et rapide !

Avec le service de téléconsultation inclus* dans votre contrat :

- vous accédez en **moins de 30 minutes** à une équipe de médecins généralistes, inscrits à l'Ordre des médecins exerçant en France dans le cadre d'un entretien protégé par le secret médical,
- vous serez orienté vers un service d'urgence si besoin,
- vous bénéficiez de **5 consultations gratuites par an et par bénéficiaire**,
- vous obtenez le compte-rendu de votre consultation et votre ordonnance dématérialisée,
- vous n'avez **pas de frais à avancer**.

Comment faire ?

Service accessible par téléphone 7j/7 au **09 86 86 00 67** (prix d'un appel local) ou en visio depuis votre ***Espace Client***, rubrique Guides et Services.

L'assistance à domicile

L'organisation de votre vie familiale est perturbée par une maladie, une hospitalisation, un accident, un décès ?

Notre service d'assistance en partenariat avec Auxia Assistance vous permet de bénéficier d'une aide à domicile.

Comment ça marche ?

Consultez votre **notice d'information** ou contactez-nous au **09 69 36 4000**.



*La téléconsultation n'est pas incluse dans la formule « Hospi » au même titre que les consultations médicales classiques.

Et bien plus encore...

Trouvez un ophtalmo rapidement

Grâce aux 51 centres partenaires **Point Vision** répartis dans toute la France, vous obtenez un rendez-vous rapidement avec un ophtalmologue.

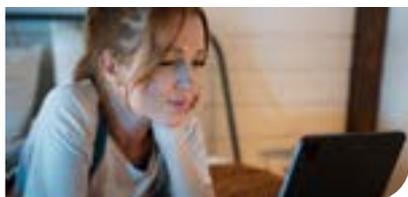


Organisez vos soins à domicile

Grâce à la plateforme en ligne de notre partenaire Libhe-ros, trouvez un professionnel près de chez vous en quelques clics : choisissez les soins prescrits et votre professionnel de santé parmi les **18 000 professionnels référencés** (infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes...).

Trouvez un praticien en médecine douce

En complément de votre suivi médical, vous pouvez ressentir le besoin de vous faire accompagner par un sophrologue, un hypnothérapeute... Grâce au réseau Médoucine, vous trouvez **un professionnel de confiance et de qualité**.



Accédez à une téléconsultation avec un psychologue

Stress, dépression, burn-out, addiction... **bénéficiez d'un soutien psychologique sans attendre**. Les téléconsultations avec un psychologue sont remboursées à hauteur du montant défini par votre contrat santé.

Trouvez le bon établissement hospitalier

Comparez la **performance des établissements de soins** (spécialités, qualité des soins, avis de patients, tarifs des chambres particulières..) et trouvez en quelques clics celui qui répond le mieux à vos besoins.



Bénéficiez d'un 2^{ème} avis médical

En cas de problème de santé grave, vous obtenez sous 7 jours le second avis d'un médecin expert. Vous n'avez **aucun frais à avancer**, ce service est totalement pris en charge et vos ayants droits bénéficient aussi de ce service.

Ces services sont disponibles dans votre *Espace Client*, rubrique "Guides et services".

Votre contrat

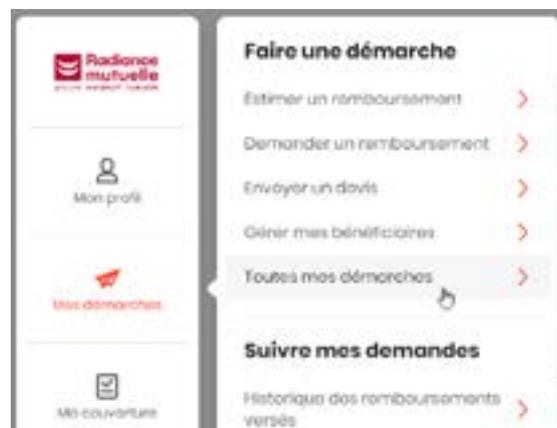
tout au long de votre vie

Votre situation évolue ?

Afin de mettre à jour rapidement votre dossier, vous devez déclarer tout changement de situation.

En toute autonomie sur votre *Espace Client*, rubrique "Mes Démarches", vous pouvez nous faire part :

- **d'une modification administrative** : état civil, coordonnées, RIB pour le versement de vos remboursements, changement de caisse de régime obligatoire, etc.
- **d'un changement de situation familiale** : naissance, adoption, ajout d'un nouvel ayant-droit, mariage, Pacs, concubinage, enfant à charge jusqu'à 28 ans, etc.
- **d'une demande de radiation** pour cause d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, divorce, séparation, décès, résiliation infra-annuelle, etc.



Pour les salariés d'une entreprise adhérente, le changement de situation familiale doit être réalisé **par votre employeur**.

Prise d'effet de vos modifications

Les modifications prennent effet **le 1^{er} jour du mois qui suit** la date de votre demande ou **au jour de la naissance ou de l'adoption** pour l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.

Où trouver votre tableau de garanties ?

Vous pouvez le télécharger sur votre *Espace Client*. En cas d'indisponibilité, vous pouvez le demander à votre conseiller en agence, ou bien au 09 69 36 4000 pour le recevoir par e-mail ou par courrier.

Votre cotisation



Pour les salariés d'une entreprise adhérente, les informations contenues dans cette page concernent uniquement les cotisations des **garanties optionnelles prélevées sur votre compte bancaire**.

Modalités de paiement des cotisations

Les règlements de cotisation se font essentiellement par **prélèvements automatiques** (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel).

Vous conservez la possibilité de régler par chèque, virement bancaire ou carte bancaire en appelant le 09 69 36 4000 ou en contactant votre agence.

Tout rejet de prélèvement est bloquant pour le mois suivant et nécessite que vous nous demandiez de réactiver les prélèvements automatiques. En cas de rejet pour provision insuffisante, le prélèvement est représenté le mois suivant uniquement.

Nos fichiers informatiques de prélèvement sont générés 15 jours avant la date effective de prélèvement. Tout changement de RIB de prélèvement devra donc être réceptionné dans les délais pour qu'il soit effectif le mois suivant.

Mandat de prélèvement

Un nouveau mandat de prélèvement doit **être signé obligatoirement** dans les cas suivants :

- si le titulaire du compte bancaire à prélever change,
- si le RIB de prélèvement passe d'un RIB professionnel à un RIB personnel (ou inversement),
- si le mandat de prélèvement en notre possession est devenu caduque.

Le saviez-vous ?

Vous pouvez faire le choix de nous transmettre des RIB différents :

- un seul RIB pour le paiement de votre cotisation,
- un RIB pour le versement de vos prestations (si besoin, un RIB différent pour chaque bénéficiaire).



Recouvrement de cotisation

Pour toute cotisation non réglée dans les délais :

- Un courrier de rappel de cotisation est généré automatiquement entre 5 et 10 jours après la date de règlement prévue.
- Sans règlement, un courrier de mise en demeure de régler est généré automatiquement 20 jours après la date de règlement prévue.
- Sans règlement, les garanties sont suspendues 30 jours après la mise en demeure.
- Sans règlement, le dossier est envoyé à notre service contentieux pour le recouvrement de la dette.



Vous avez une **réclamation** à formuler ?

Chez Radiance Mutuelle, nous plaçons la **satisfaction de nos clients** et la **qualité de service** au cœur de nos préoccupations. En cas de mécontentement, nous sommes à votre écoute et mettons tout en œuvre pour vous apporter une réponse rapide.

Vous pouvez nous adresser votre réclamation :

- via votre *Espace Client*
- via le *formulaire Réclamation* sur radiance.fr
- ou par courrier à : Radiance Mutuelle - Suivi des réclamations - 55 allée Albert Sylvestre - 73026 Chambéry Cedex

Dans un 2^{ème} temps, si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez faire appel au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

- par courrier FNMF - Médiateur de la Médiation Fédérale Mutualiste 255 rue Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- via le formulaire de saisine en ligne : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Parrainez

et gagnez de nombreux cadeaux !

Simple comme le bouche à oreille

Vous êtes satisfaits de vos garanties et services ? Et en plus, vous adorez vous faire plaisir ? Rien de plus simple !

Recommandez Radiance Mutuelle à un ami, un collègue... Si votre contact souscrit un contrat santé, vous gagnez des points à échanger contre **plus de 1 000 cadeaux** !



Rejoignez le programme

en créant votre compte avec votre carte de tiers payant



Gagnez des points

en parrainant vos proches.



Choisissez votre cadeau

en échangeant vos points.

Je veux parrainer !

IDENTIFIEZ-VOUS

Identifiant
Mot de passe

SE CONNECTER

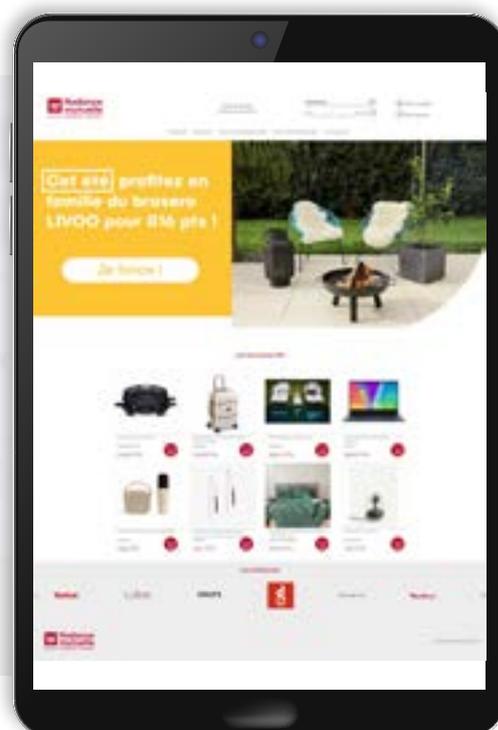
Mot de passe oublié



Besoin d'aide ?

Vous n'avez pas accès à vos identifiants de connexion ?

N'hésitez pas à contacter le 04 78 17 29 90 !



Prévention

Devenez acteur de votre santé

En tant que membre de la Mutualité Française, nous développons un ensemble d'actions de proximité qui reposent sur **une démarche participative des adhérents et du grand public**. Ainsi, nous invitons chacun à devenir acteur de sa santé et non plus consommateur passif de soins.

En savoir + sur notre démarche Prévention

Un engagement pour votre santé

La Prévention s'organise autour d'axes prioritaires relevant des grandes questions de santé publique et du bien-être. Elle se concrétise par la mise en place d'**actions près de chez vous**.

Nos thématiques :

Bien dans son corps | Bien dans sa tête | Bien dans son assiette

Nos formats d'événements :

Conférences | Ateliers | Rencontres interactives | Webconférences



Le saviez-vous ? Si vous êtes salarié d'une entreprise adhérente, nous pouvons intervenir au sein de votre entreprise sur une thématique adaptée aux besoins des collaborateurs.

Inscrivez-vous gratuitement à nos actions !



Nos actions sont gratuites et ouvertes à tous, **sur inscription**. Pour connaître les prochains rendez-vous Prévention, en ligne ou près de chez vous, ça se passe sur notre site web ! Vous pourrez également vous inscrire en ligne **en quelques clics**.

C'est parti !

pour vous accompagner au quotidien

Notre site internet a pour objectif de vous offrir un accès à tous vos services, à portée de main ! Il vous accompagne, en complément de nos conseillers, afin de vous faciliter la vie.

Nos événements

Retrouvez nos actions **Prévention**, organisées en ligne ou près de chez vous autour de thématiques variées.

Vous y retrouverez aussi des rencontres avec nos **partenaires sportifs locaux**.

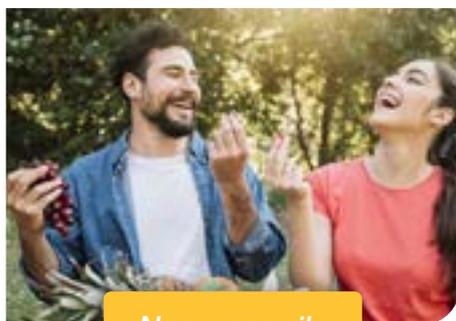
Nos événements répondront à vos différentes attentes de santé et bien-être.

Alors, inscrivez-vous et devenez acteur de votre santé !



Nos événements

Nos fiches conseil pour de bonnes pratiques



Nos conseils

Notre rôle ?

Vous protéger, vous et vos proches, mais aussi vous accompagner et vous donner les meilleurs **conseils pour limiter les risques**.

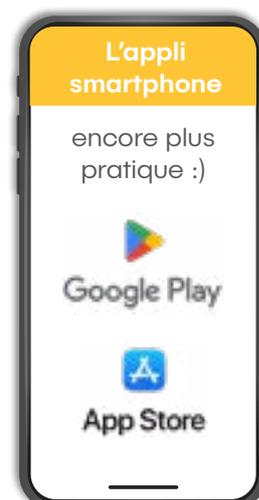
Nos fiches conseils répondent à vos questions santé, bien-être, habitation, auto, prévoyance, protection juridique et santé animale.

Vos services à portée de clic sur votre Espace Client

Sur votre Espace Client, gérez votre contrat et profitez de vos services en ligne dans un espace entièrement **sécurisé** et **confidentiel** :

- consultez vos remboursements, votre tableau de garanties ;
- envoyez un devis, une facture, une demande de remboursement ;
- gérez votre contrat et modifiez vos données personnelles ou bancaires,
- trouvez un professionnel de santé, bénéficiez de la téléconsultation, etc.

[Votre Espace Client](#)



Glossaire

pour y voir plus clair

100 % Santé : Permettre à tous les Français bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable d'accéder à des soins de qualité sans reste à charge sur les postes audiologie, dentaire, optique. L'objectif est de réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières.

ADELI (Automatisation DEs Listes) :

C'est un système d'information national sur les professionnels de santé (état civil, situation professionnelle, activités exercées, diplômes...).

Adhérent : personne physique titulaire d'un contrat santé.

ALD (Affection de Longue Durée) : Ce dispositif permet la prise en charge de pathologies qui nécessitent un traitement prolongé et coûteux.

Ayant-droit (ou bénéficiaire) : personne physique désignée par l'adhérent pour recevoir les prestations du contrat.

BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) : C'est un tarif défini par la Sécurité sociale qui sert de base de calcul pour vous rembourser.

CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) : C'est une nomenclature de l'Assurance Maladie regroupant le codage des gestes pratiqués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Dépassement d'honoraires : Différence entre les honoraires perçus par le praticien et le tarif conventionnel défini par la Sécurité sociale.

FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) : Il constitue, au plan national, la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs.

FR (Frais Réels) : Remboursement à hauteur des frais engagés.

Franchise médicale : Somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Kalixia : Réseau de professionnels de santé (opticiens, dentistes, audioprothésistes, ostéopathes) qui s'engagent à respecter une charte qualité permettant aux assurés d'accéder à des soins et des équipements de qualité à des tarifs maîtrisés et sans avance de frais.

Médicaments : Les différents taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux (anciennement les vignettes blanches barrées);
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important (anciennement les vignettes blanches) ;
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales (anciennement les vignettes bleues) ;
- 15 % pour les médicaments à service médical faible (anciennement les vignettes orange)

NOEMIE (Normes Ouvertes d'Echanges entre la Maladie et Intervenants Extérieurs) : Moyennant facturation, ce procédé permet de véhiculer l'information de paiement entre les CPAM et les organismes complémentaires.

OPTAM (Option Pratique TARifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique TARifaire Maîtrisée/Chirurgie Obstétrique) : L'Option pratique tarifaire maîtrisée est un contrat signé entre l'Assurance Maladie et des médecins conventionnés exerçant, ou pouvant exercer, en secteur 2. Les patients qui consultent un médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO supportent des dépassements d'honoraires moins élevés et sont mieux remboursés par l'Assurance

Maladie et par leur complémentaire santé.

Participation forfaitaire : Montant des frais de soins retenus par la Sécurité sociale sur le remboursement des actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

PEC : Prise en charge.

Prestations : Remboursement des dépenses de santé ou indemnité forfaitaire servis soit par le régime obligatoire, soit par la mutuelle au titre de la garantie complémentaire santé.

RAC : Reste à charge.

Règlement Mutualiste (RM) : Il précise les droits et obligations réciproques de la mutuelle et des membres participants (adhérents) conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Responsable (garantie santé responsable) : C'est une garantie santé :

- qui doit encourager les assurés à respecter le parcours de soins, donc à consulter leur médecin traitant avant tout spécialiste,
- qui prend en charge les garanties minimum légales et notamment les paniers 100 % Santé permettant un reste à charge nul pour l'assuré (sur les équipements dentaire, optique et audiologie définis par décrets),
- qui plafonne certains remboursements dans un objectif de limiter les dépenses de santé publique.

La très grande majorité de nos garanties sont responsables.

Secteur 1 : Les médecins de secteur 1 appliquent des tarifs conventionnés servant de base de remboursement au régime obligatoire. Ils peuvent cependant pratiquer des dépassements d'honoraires, non pris en charge par la Sécurité sociale en cas de demande particulière du patient (ex : consultation hors horaires habituels du cabinet).

Secteur 2 : Les médecins de secteur 2, également appelé « secteur conventionné à honoraires libres » peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. La Sécurité sociale exige que ces

honoraires soient fixés de manière mesurée et justifiée notamment selon la notoriété et la complexité de l'acte. Le montant du dépassement d'honoraires n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Secteur 3 : Les médecins de secteur 3 sont non conventionnés, ils n'ont pas signé la convention médicale. Ils pratiquent des tarifs totalement libres, avec dépassement d'honoraires. Le remboursement Sécurité sociale de leurs consultations est minime.

SSR : Soins de Suite et de Rééducation.

Tarif conventionnel ou tarif de convention : Tarif sur lequel s'appuient les régimes obligatoires d'Assurance Maladie pour effectuer leurs remboursements. Il est fixé par une convention nationale.

Taxe sur la Convention d'Assurance (TCA) : Elle finance les services départementaux de lutte contre les incendies et de secours, ainsi que divers fonds de solidarité. Son taux dépend du type de contrat souscrit.

Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) : C'est une taxe à la charge des assurés qui s'applique aux contrats d'assurance complémentaire santé. Elle est collectée par les organismes d'Assurance Maladie complémentaire et participe principalement au financement de la Complémentaire santé solidaire. Le taux de cette taxe est de 13,27 % sur les garanties dites responsables et de 20,27 % sur les garanties non responsables.

Ticket Modérateur (TM) : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'Assurance Maladie obligatoire, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Tiers payant (TP) : Pratique selon laquelle le remboursement est effectué directement au professionnel de santé ou à l'établissement de soins, sans avance de frais pour le patient. Il peut être partiel (avec le Régime Obligatoire uniquement) ou total (avec le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire).

Viamédis : Notre partenaire de tiers payant en charge de réaliser la majorité des prises en charge, des devis, des paiements et réclamations qui concernent le tiers payant.

PRENEZ RENDEZ-VOUS EN LIGNE EN 3 CLICS !

Vous avez désormais la possibilité de prendre rendez-vous en ligne avec votre conseiller.

En agence ou par téléphone,
c'est vous qui décidez !

Je prends RDV 



Radiance Mutuelle, chaque jour **à votre écoute**



Accéder à votre **Espace Client** pour toutes vos demandes sur **radiance.fr**



Nous joindre par téléphone : **09 69 36 4000** (coût d'un appel local)



Nous écrire par voie postale :
Radiance Mutuelle - 55 allée Albert Sylvestre - 73026 Chambéry Cedex

radiance.fr



**Radiance
mutuelle**
groupe malakoff humanis

On aime vous voir sourire