



BOUYGUES

Donnons vie au progrès

wtw

FRAIS DE SANTÉ
**Résumé de
garanties**



Métropolitains
Au 1^{er} Janvier 2026

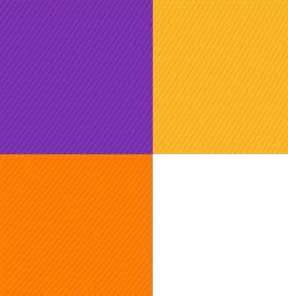
BOUYGUES

BOUYGUES
CONSTRUCTION

Bouygues
Immobilier 

BOUYGUES
ENERGIES & SERVICES 


bouygues
TELECOM



Sommaire

Mes garanties Frais de santé	3
Hospitalisation	3
Soins courants	4
Aides auditives	5
Dentaire	6
Optique	8
Autres postes	10
Comment limiter mes frais de santé ?	11
Mon adhésion	12
Mes services	14
Mes outils digitaux	19
Contacteur mon gestionnaire	20

Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé N° 5530 0001 / 5530 0009 souscrit auprès d'UNIPREVOYANCE

L'objet de cette brochure est de vous présenter les prestations santé et services associés auxquels vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application.

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

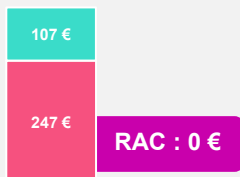
HOSPITALISATION ET MATERNITÉ 		PRESTATIONS BASE		PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE	
		Y compris le remboursement SS dans la limite des frais réels		Non responsable facultative En complément de la base	
Honoraires, actes de chirurgie ou d'anesthésie		Secteur 1 ou adhérents DPTAM	Non adhérents DPTAM ou non conventionnés	Secteur 1 ou adhérents DPTAM	Non adhérents DPTAM ou non conventionnés
		400 % BR	200 % BR	-	+ 200 % BR
Frais de séjour A l'exclusion des prestations hôtelières : boissons, téléphone, TV, ...		400 % BR		-	
Chambre particulière (hors maternité)		Frais réels limités à 100 € / jour maxi		-	
Forfait hospitalier (forfait journalier, forfait actes lourds, Forfait Patient Urgence (FPU))		100 % des frais réels		-	
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans		49 € / jour		-	
Maternité	Pour la salariée ou la conjointe (épouse, concubine, PACS) adhérente au contrat frais de santé en « première mutuelle » Forfait naissance : couverture forfaitaire des frais médicaux liés à l'accouchement (dépassement d'honoraires et chambre particulière). Ces montants sont doublés en cas de naissance gémellaire		980 €	-	
	En cas d'acte chirurgical (ex. césarienne) Versement du forfait naissance + prise en charge des actes de chirurgie et d'anesthésie au titre de la garantie hospitalisation				
	Pour le salarié dont la conjointe est non adhérente* ou adhérente en « 2 ^{ème} mutuelle »* Forfait parentalité (couverture forfaitaire des frais médicaux liés à l'accouchement). Ces montants sont doublés en cas de naissance gémellaire.		250 €	-	
	En cas d'Adoption d'un enfant de – 7 ans				

* Bénéficie de son propre régime Frais de Santé

DPTAM (Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Dispositif par lequel certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie. Les honoraires d'un médecin adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

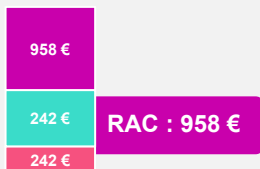
Exemples de remboursement

Honoraires d'un chirurgien **adhérent DPTAM** pour une opération chirurgicale de la cataracte : **354 €**



Honoraires d'un chirurgien **non adhérent DPTAM** pour une opération chirurgicale du genou (arthroscopie) : **1 442 €**

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE



■ Remboursement Sécurité sociale
 ■ Remboursement WTW
 ■ Remboursement surcomplémentaire
 ■ Frais restant à votre charge

Vos services hospitaliers



SECOND AVIS MEDICAL

Confirmer un diagnostic auprès d'un médecin expert
Accessible via le site angel.fr



PALMARES DES HOPITAUX

Trouver l'hôpital adapté et consulter les différents tarifs
Accessible via le site angel.fr

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

SOINS COURANTS	PRESTATIONS BASE En complément de la SS		PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE Non responsable facultative En complément de la base	
	Secteur 1 ou adhérent DPTAM	Non adhérent DPTAM	Secteur 1 Ou adhérent DPTAM	Non adhérent DPTAM
Honoraires médicaux Conventionnés				
Consultations, visites généralistes	100 % du TM + 40 % BR	100 % du TM + 20 % BR	-	-
Consultations, visites spécialistes	100 % du TM + 120 % BR	100 % du TM + 100 % BR	+ 80% BR	+ 100% BR
Actes techniques médicaux & chirurgicaux	100 % du TM + 125 % BR	100 % du TM + 100 % BR	-	-
Actes d'imagerie (ADI), radiologie, échographie, doppler	100 % du TM + 125 % BR	100 % du TM + 100 % BR	+ 75% BR	+ 100% BR
Honoraires médicaux Non Conventionnés remboursés d'après le tarif d'autorité	100 % du TM		-	
Honoraires paramédicaux *	100 % TM + 90 % du dépassement d'honoraires		-	
Analyses & Examens de laboratoires Tiers payant possible dans le réseau « SP Santé »				
Dispositif « MonPsy » pris en charge par la SS **	100% TM			
Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale (65 %, 30 % et 15 %)	100 % TM		-	
Matériel médical (hors aides auditives dentaires et optique) Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la SS	500 % BR		-	

* ex auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées...

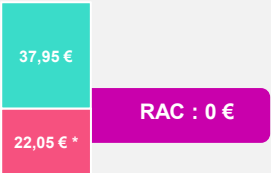
** Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale dès l'âge de 3 ans.

DPTAM (Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Dispositif par lequel certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie. Les honoraires d'un médecin adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

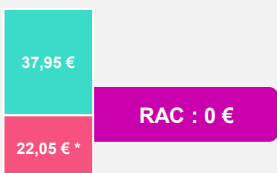
Exemples de remboursement : Montant du reste à charge (hors franchise de 2€)

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné : **adhérent DPTAM : 60 €**

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLEMENTAIRE



Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné : **non adhérent DPTAM : 90 €**

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLEMENTAIRE



Remboursement Sécurité sociale

Remboursement WTW

Remboursement Surcomplémentaire

Frais restant à votre charge

*BR = 31,50€ pour Dptam / 23€ non Dptam

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

DENTAIRE 		PRESTATIONS en complément de la SS Tiers payant et tarifs négociés dans le réseau ITELIS	
SOINS, PROTHESES DENTAIRES, PROTHESES AMOVIBLES <u>100% Santé *</u>		Remboursement intégral (SS + complémentaire)	
SOINS HORS 100% Santé			
Consultation, soins courants, radiologie (hors acte de chirurgie)		100 % du TM	
Acte Chirurgie dentaire		100 % du TM + 125 % BR	
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS		250 € / élément (Maxi 5 par an et par bénéficiaire); TM au-delà	
PROTHESES HORS 100% Santé		(ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM en tarifs maîtrisés ** et tarifs libres ***)	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ** et tarifs libres *** pris en charge par la SS	Dents du fond (16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)		450 € y compris remboursement SS
	Dents du « sourire » (11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)		600 € y compris remboursement SS
Inlay-core à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS		228,67 € / élément (y compris remboursement SS) (Max 5 par an et par bénéficiaire); TM + 25 % BR au-delà	
Prothèse transitoire à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS		TM + 30 €	
Bridge dentaire à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS		540 % de la BR (y compris remboursement SS)	
Appareil amovible (y compris « réparations »)		400 % BR	
ORTHODONTIE prise en charge par la SS		300 % du remboursement Sécurité sociale	
ORTHODONTIE non prise en charge par la SS		300 % du remboursement Sécurité sociale reconstitué	
IMPLANTOLOGIE			
Implant (fausse racine)		915 € (maxi 3 par an et par bénéficiaire)	
Pilier implantaire (pièce intermédiaire entre l'implant et la couronne)		300 € / élément (maxi 3 par an et par bénéficiaire)	
PARONDOTOLOGIE			
non remboursée par la Sécurité sociale			
Curetage / surfaçage		220 € / séance, 2 séances / an / bénéficiaire	
Grefte gingivale		484 € / greffe, 1 greffe / an / bénéficiaire	
Lambeau parodontal		167 € / lambeau, 4 par an / bénéficiaire	
Allongement coronaire		58 € / intervention, 4 / an / bénéficiaire	

* tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des prix limite de vente aussi appelés honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

*** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités.

Exemples de remboursement

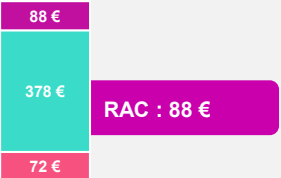
Détartrage : **28,92 €**



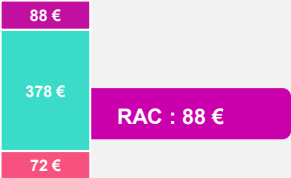
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé) : **500 €**



Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (panier maîtrisé) : **538 €**



Couronne céramo-métallique sur molaires (panier libre) : **538 €**



 Remboursement Sécurité sociale  Remboursement WTW  Frais restant à votre charge

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

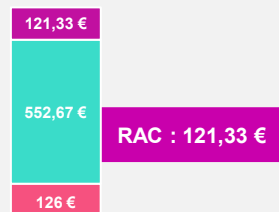
Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

Exemples de remboursement

Implant, pilier et couronne
pour dent du fond : **1 600 €**



Inlay core et couronne pour dent
du fond (panier libre) : **800 €**



■ Remboursement Sécurité sociale

■ Remboursement WTW

■ Frais restant à votre charge

Le 100% Santé en dentaire



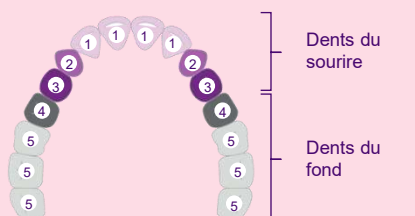
100% Santé = 100% remboursé

Il existe 3 paniers de soins différents :

- Panier de soins « reste à charge 0 » : prise en charge à 100 % (dans les limites du tableau ci-après)
- Panier de soins « aux tarifs maîtrisés » : prix plafonnés pour certains actes prothétiques (voir tableau ci-après)
- Panier de soins « aux tarifs libres » : libre choix des techniques et des matériaux / prix libres

En dehors du panier « reste à charge 0 », les remboursements se font dans les limites des garanties prévues ci-dessus.

Montants des Honoraires Limites de Facturation* (HLF) :



- ① Incisives ④ 2^{èmes} prémolaires
- ② Canines ⑤ Molaires
- ③ 1^{ères} prémolaires

■ Panier 100% Santé

■ Panier maîtrisé

■ Panier libre

	Incisives Canines	1 ^{ères} prémolaires	2 ^{èmes} prémolaires	Molaires
Métallique	290 €			
Céramique Monolithique Zircone	440 €			440 €
Céramique Monolithique hors zircone	500 €		550 €	
Céramo-métallique	500 €		550 €	Pas de HLF
Céramo-céramique	Pas de HLF			
Métallique précieux	Pas de HLF			
Inlay – Core	175 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			
Prothèse transitoire	60 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			

* honoraires limites de facturation (HLF) : Il s'agit des montants maximums pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes pour les paniers 100% santé et maîtrisé. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale.

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

OPTIQUE * 	PRESTATIONS BASE	PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE
Tiers Payant et devis dans le réseau ITELIS	Y compris le remboursement SS dans la limite des frais réels	Non responsable facultative en complément de la base
Equipements « 100% santé » (Monture & Verres de classe A) ** (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	Remboursement intégral (SS + complémentaire)	
Prestations et équipements hors « 100% Santé » (Monture & Verres de classe B) ***	Panachage classe A et classe B possible (monture / verres) dans ce cas, application des plafonds Contrat responsable sur l'ensemble de l'équipement	
Monture Adulte ou Enfant	100 €	
Verre	Forfait par verre selon la grille optique de remboursement ci-après	
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	TM	
Lentilles correctrices remboursées, non remboursées par la SS, y compris jetables	120 € / an / bénéficiaire ; TM au-delà du forfait si remboursement SS	+ 20€ / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive par œil par an (opération de l'œil pour corriger la vue)	75 % des frais réels maxi 800 € par œil	

	Myopie ou hypermétropie	Verre Simple foyer		Verre Progressif	
		Hors réseau	itelis	Hors réseau	itelis
Sphère de 0 à 8 et astigmatisme inférieur ou égal à 2	Sphère de 0 à 2	63 €	70 €	179 €	195 €
	Sphère de 2,25 à 4	90 €	100 €	216 €	235 €
	Sphère de 4,25 à 6	98 €	110 €	225 €	250 €
	Sphère de 6,25 à 8	152 €	165 €	269 €	300 €
Sphère de 0 à 8 et astigmatisme > 2 à 4	Sphère de 0 à 2	106 €	115 €	229 €	250 €
	Sphère de 2,25 à 4	121 €	135 €	250 €	275 €
	Sphère de 4,25 à 6	144 €	160 €	259 €	285 €
	Sphère de 6,25 à 8	169 €	185 €	270 €	295 €
Sphère > 8 ou astigmatisme > 4		225 €	250 €	287 €	310 €

* faculté de prise en charge :

Renouvellement à compter de la date d'acquisition :

- Tous les 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans inclus et + ; tous les ans pour les enfants de + 6 ans et de - 16 ans ; tous les 6 mois pour les enfants de - 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans

Exceptions :

- Renouvellement anticipé possible pour raisons médicales
- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables et les périodicités de renouvellement sont applicables à chacun des équipements.

** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

*** en cas de panachage, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement sur la classe B



En consultant un opticien du réseau Itelis, vous bénéficiez de conditions et tarifs négociés et d'une garantie "casse et adaptation" gratuite



Lecture de l'ordonnance et correspondance avec la grille de remboursement

Exemple de prescription : « OD -3.00 (+1.00) 90° add : +2.00 »

La **sphère** : premier chiffre figurant sur l'ordonnance juste après OD (Œil Droit) et OG (Œil Gauche) ; caractérise le degré de myopie s'il est négatif ou le degré d'hypermétropie s'il est positif

L'**astigmatisme** : correspond aux chiffres positifs ou négatifs exprimés entre parenthèses suivis d'une mesure en degrés (Axe d'astigmatisme)

La **presbytie** : est une correction additionnelle exprimée positivement

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

Exemples de remboursement

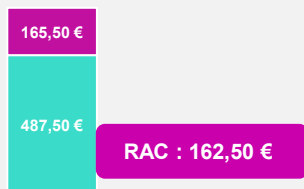
Équipement optique de classe A (monture + verres)
de verres unifocaux (équipement 100% santé) : **125 €**



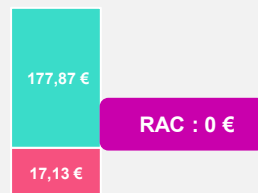
Équipement optique de classe B (monture + verres)
de verres unifocaux (tarifs libres) : **345 €**



Chirurgie réfractive : **650 €**



Monture de classe B (tarifs libres) + verres
de classe A (100 % Santé) : **195 €**



Remboursement Sécurité sociale

Remboursement WTW

Frais restant à votre charge

Les équipements 100% Santé optique



Une monture

- 17 modèles adultes¹
- et 10 modèles enfants¹
- en 2 coloris différents par modèle¹
- Des montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €.
- Remplacement total ou partiel en cas de casse pendant une période de 2 ans²

¹ Il s'agit d'un nombre minimum par point de vente.

² Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit. Cette garantie n'est valable qu'une fois dans la période de 2 ans.

³ Selon les dispositions prévues dans l'arrêté du 3 décembre 2018 publié au Journal officiel n°0288 du 13 décembre 2018.



100% Santé = 100% remboursé



Des verres³

- Traitement anti-rayure, anti-reflet, anti-UV
- Amincissement
- Des verres traitant l'ensemble des troubles visuels avec un prix inférieur ou égal à 170 € selon le type de verres et la correction.

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un **socle obligatoire** et d'une **surcomplémentaire facultative**.

AIDES AUDITIVES* 	PRESTATIONS Y compris le remboursement SS Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans
Equipements « 100 % santé » (*) de classe 1	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Equipements hors « 100% Santé » de classe 2	1 320 € dans la limite des frais réels (Adulte (bénéficiaire de 21 ans et plus)) 1 400 € dans la limite des frais réels (Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans))
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la SS	SS + 380 % BR

* tels que définies réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

Exemples de remboursement*

* Pour un adulte de 21 ans et plus

Aide auditive de classe 1 par oreille
(équipement 100% santé) : **1 100 €**



Remboursement Sécurité sociale

Remboursement WTW

Aide auditive de classe 2 par oreille
(tarif libre) : **1 476 €**



Frais restant à votre charge

Les équipements 100% Santé audiologie



100% Santé = 100% remboursé

Le panier 100% Santé dit **Classe 1** correspond à l'offre 100% Santé, 100% remboursée, avec un large choix d'aides auditives de qualité et performantes. En voici les principales caractéristiques :



Tous types
d'aides auditives



12 canaux
de réglage



Au moins
3 options*



Large choix d'aides
auditives de qualité

Le panier libre dit **Classe 2** est composé quant à lui des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste.

*Au moins 3 des options suivantes qui permettent à l'assuré de pouvoir choisir parmi un panel de fonctionnalités selon ses besoins : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\,000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.

Les obligations des audioprothésistes

L'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une aide auditive de classe 1 pour chaque oreille devant être appareillée. Il doit **obligatoirement établir et présenter un devis normalisé comportant une offre 100 % santé à l'assuré**. Ce devis précise, notamment, les tarifs des appareils proposés et comportera une information sur les modalités de réalisation de l'essai des appareils, les prestations et les garanties incluses dans le prix de l'aide auditive. L'accord de l'assuré est demandé à l'issue de l'essai pour l'achat du dispositif. L'assuré reste libre, cependant, de choisir un équipement auditif relevant de la classe 2.

Mes garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'**Ensemble du personnel** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

AUTRES POSTES 	PRESTATIONS BASE en complément de la SS	PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE Non responsable facultative en complément de la base
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100 % du TM	
Cures thermales (frais médicaux, de transport, de séjour)	100 % du TM ; si refusée SS : forfait 76,22€	
Vaccins prescrits* et non remboursés par la Sécurité sociale	6 % PMSS / an / bénéficiaire, soit 240,30€ en 2026	
Modes de contraception prescrits (*) par un médecin non pris en charge par la SS	Forfait Trimestriel 25 euros dans la limite des Frais réels	
Chiropraticien, diététicien, ostéopathe, podologue-pédicure, psychomotricien, acupuncture**, étiopathie**, hypnothérapie**, micro kiné**	30 € / séance, maxi 4 séances / an / bénéficiaire tous praticiens confondus	+ 20€ / séance, maxi 4 séances / an /bénéficiaire
Psychologue	30 € / séance, maxi 4 séances / an / bénéficiaire	
Sevrage tabagique (prescription, dans le cadre d'un accompagnement médicalisé, de substituts nicotiniques ou de médicaments)	Pris en charge au titre de la pharmacie	
Activité sportive thérapeutique dans le cadre d'une Affection Longue Durée au sens de la Sécurité sociale) sur prescription du médecin traitant.		
Les séances doivent être pratiquées par les professionnels suivants : • Professionnels de santé = kinés, ergothérapeutes et psychomotriciens • Coach APA (activité physique adaptée) diplômé	200 € par an et par bénéficiaire	

PMSS 2026 = 4 005 euros

CHIROPATICIEN : titulaire du diplôme de Docteur en Chiropratique (D.C.) délivré par l'Institut Franco-Européen de la Chiropratique ou d'une école accréditée par le Council on Chiropractic Education (C.C.E.).

OSTÉOPATHE : médecin ou kinésithérapeute, titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie, ou ostéopathe autorisé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales à faire usage du titre professionnel d'ostéopathe.

AUTRES PRATICIENS : diplômés d'État (DE) ou inscrits au répertoire RPPS, ADELI ou FINESS.

* Remboursement sur présentation de la copie de la prescription et de l'original de la facture acquittée

** ces actes ouvrent droit à remboursement si réalisés par : ostéopathes, kinésithérapeutes, psychothérapeutes, médecins

Vos services santé



LA TELECONSULTATION

Consulter gratuitement un médecin à distance depuis la France ou l'étranger (voir détails page 14)



MON COACH ANGEL SANTE

L'application qui prend soin de vous au quotidien

Comment limiter mes frais de santé ?



Avant toute consultation, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie !

Informez-vous sur l'adhésion d'un praticien au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM) et limitez les dépassements d'honoraires. Rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Je ne communique pas le montant de mes garanties aux praticiens !

Afin de ne pas leur donner la possibilité d'ajuster leurs tarifs en fonction de votre remboursement, ne présentez pas votre résumé de garanties avant de connaître le prix.



Demandez plusieurs devis et faites-les analyser par WTW !

Avant d'engager des dépenses importantes, notamment en dentaire, comparez plusieurs devis ! Les professionnels de santé sont dans l'obligation de vous les fournir

Ayez le réflexe « médicaments génériques » !

Aussi efficaces et vendus 30 à 40% moins cher, profitez en plus de la prise en charge immédiate par la Sécurité sociale



Mon adhésion

Les bénéficiaires

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Votre CONJOINT non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale française.

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus,

- votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou,
- à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale française. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou une attestation sur l'honneur de vie commune devra être fournie. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil; Il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

Vos ENFANTS et ceux de votre conjoint :

- à sa charge au sens de la Sécurité Sociale (ou à celle de son conjoint) et âgés de moins de 18 ans,
- âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance
- âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire,
- en cas de divorce, ses enfants confiés au conjoint et pour lesquels une pension alimentaire est versée en application d'une décision judiciaire.
- La prise en charge des enfants, déjà couverts par votre contrat, effectuant un service civique, dans les limites d'âge fixées contractuellement. La définition des enfants à charge est complétée par les mentions suivantes :
 - S'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, effectuent un service civique en France et sont déjà bénéficiaires de ce contrat,
 - S'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, ont terminé leur service civique depuis moins de 12 mois, sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à France travail. Dans ce cas, ils bénéficient de la garantie pour une période maximale de 12 mois à compter de la date de fin du service civique. Cette prise en charge est conditionnée à l'envoi par l'assuré de la copie du contrat de service civique.

Vos ASCENDANTS (et ceux de votre conjoint) bénéficiant de la Sécurité sociale sous son numéro d'immatriculation ou bénéficiant de leur propre numéro d'immatriculation, dès lors que ces derniers justifient vivre au domicile du participant, n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu propre* tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu (une attestation sur l'honneur et l'avis d'imposition de l'ascendant devront être fournis).

- Par revenu propre, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux), BA (Bénéfices Agricoles), BNC (Bénéfices Non Commerciaux), pension/retraite/rente.

Modalités d'adhésion des conjoints

L'adhésion des conjoints à la Mutuelle Bouygues diffère selon le statut du conjoint :

Conjoint « à adhésion facultative »

Il s'agit du conjoint, tel que défini ci avant, ayant accès à une mutuelle d'entreprise auprès de son propre employeur, mais souhaitant bénéficier également de la couverture proposée par Bouygues, en complément de cette première mutuelle.

Les remboursements interviennent en complément de ceux de la mutuelle de son employeur.

A ce titre, les conjoints à adhésion facultative ne recevront aucune carte de tiers payant et ne seront pas noémisés avec la Sécurité sociale, ces fonctionnalités étant activée avec leur 1^{er} mutuelle (mutuelle de leur employeur)

Conjoint « à adhésion obligatoire »

Il s'agit du conjoint, tel que défini ci avant, n'ayant pas accès à une mutuelle d'entreprise par ailleurs.

Dans ce cas, l'adhésion du conjoint à la couverture Bouygues est obligatoire.

Sont notamment concernés (liste non exhaustive) :

- Les assurés sans activité professionnelle
- Les assurés bénéficiant d'une indemnisation de la part de France Travail (post-portabilité)
- Les professions libérales et les travailleurs indépendants
- Les fonctionnaires sans mutuelle
- Les retraités

Mon adhésion

La Surcomplémentaire

- Au moment de votre adhésion à la BASE Obligatoire, vous avez la possibilité de vous affilier à la Surcomplémentaire. L'adhésion à la Surcomplémentaire vaut pour vous, votre conjoint à titre « obligatoire » et vos enfants.
- Votre conjoint à titre « facultatif » peut souscrire ou non à la surcomplémentaire, à la condition de souscrire, au préalable, au régime de base de la mutuelle Bouygues, en complément de sa 1^{ère} mutuelle. Toutefois, le conjoint ne peut adhérer à la surcomplémentaire que si le salarié Bouygues y a lui-même déjà souscrit.

• **Ce régime peut être souscrit par l'assuré :**

- Lors de l'embauche
- En cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, naissance, divorce)
- A l'expiration d'une dispense

Le salarié peut adhérer au régime au 1^{er} janvier de chaque année lors d'une campagne de communication organisée à cet effet.

- **Durée d'adhésion :** L'affiliation se fait pour une durée minimale de deux années consécutives.
- **L'assuré peut demander sa radiation** avant le 31 octobre de chaque année civile pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

La radiation ne peut être demandée qu'au bout de deux années consécutives d'affiliation. (Sauf changement de situation de famille). La radiation vaut pour le salarié et ses ayants droit.

Les cotisations

COTISATIONS MENSUELLES 01/01/2026 – Part employeur + Part salarié

Hospitalisation / Maternité	0,52 % du salaire plafonné à 4 PASS (cotisation 100 % employeur)	
Forfait autres garanties	Régime général :	Alsace-Moselle :
	○ Salarié : 60 € ○ Enfant : 36 € Gratuité à partir du 4^e enfant ○ Conjoint à titre obligatoire : 60 € ○ Conjoint à titre facultatif : 30 €	○ Salarié : 30 € ○ Enfant : 18 € Gratuité à partir du 4^e enfant ○ Conjoint à titre obligatoire : 30 € ○ Conjoint à titre facultatif : 15 €

SURCOMPLÉMENTAIRE (100% à la charge du collaborateur) :
Adulte = 7 € / mois - Enfant : 4 € / mois (gratuité à partir du 4^e enfant)

* PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale, 1 PASS = 48 060€ en 2026



Actualiser mes informations

Envoyez-nous un mail à fr.bouygues@wtwco.com pour nous demander d'effectuer la mise à jour de **votre adresse Email**.

Vous souhaitez mettre à jour votre adresse Email



Vous changez de lieu de résidence sans changer de département

Informez-nous par courrier, email, sur l'appli ou connectez-vous directement à l'extranet :

<https://www.witiwi.fr>
rubrique « mon compte »

Transmettez-nous la copie de **votre nouvelle attestation Vitale** (téléchargeable sur www.ameli.fr)

Vous changez de département et donc de CPAM



Vos coordonnées bancaires changent (nouvelle banque, nouveau compte...)

Adressez-nous votre nouvel IBAN par courrier ou par email ou connectez-vous à l'extranet pour nous l'adresser : <https://www.witiwi.fr>
rubrique « formulaire de contact »

Rapprochez-vous de votre RH en complétant un nouveau BIA **en cochant la case « modification »** avec les pièces justificatives (extrait d'acte de naissance, attestation vitale...) et **votre RH se chargera de l'envoyer à WTW pour mise à jour.**

Votre composition familiale change (mariage, naissance, divorce...)



Vos enfants de plus de 20 ans sont apprentis ou étudiants

Avant le 31 octobre de chaque année, **adrez-nous le certificat d'apprentissage ou de scolarité** par courrier, par email, sur votre extranet ou application mobile.



Ces informations ont des conséquences sur votre couverture frais de santé.

En cas de changement de situation il est donc important d'effectuer les mises à jour nécessaires car :

- votre cotisation mensuelle dépend de votre situation familiale
- la non-fourniture du certificat de scolarité ou d'apprentissage a pour conséquence la radiation de votre enfant.
- l'envoi d'un extrait de naissance n'engendre pas l'affiliation de votre enfant. Il convient de vous rapprocher de votre service RH afin de compléter un bulletin de modification.

Mes services

La téléconsultation par Docariv

Votre service de téléconsultation Angel est géré par Docariv, un service médical en ligne vous permettant de consulter un généraliste par visioconférence quand votre médecin traitant n'est pas disponible, et ce en toute simplicité :

- Des médecins généralistes conventionnés Secteur 1 disponibles 7j/7, de 6h à minuit
- Des consultations remboursables par la Sécurité sociale et sans avance de frais grâce au Tiers payant intégral
- Un secret médical garanti et des données



La téléconsultation médicale se fait uniquement par rendez-vous via le site angel.fr



Le réseau itelis

Rendez-vous chez un professionnel de santé partenaire Itelis afin de diminuer vos dépenses de santé grâce à des tarifs négociés et l'assurance de bénéficier de soins de qualité !

Retrouvez les professionnels de santé Itelis depuis votre outil de Géolocalisation disponible sur votre Espace Assuré en cliquant sur « Trouver un praticien »,

Prenez directement rendez-vous en ligne ou bien réalisez une consultation en visio avec les « partenaires bien-être Itelis » : diététiciens, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues.

(+33) 01 72 59 51 41

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Le réseau C'EVIDENTIA

Rendez-vous chez un professionnel de santé partenaire C'EVIDENTIA afin de diminuer vos dépenses de santé visuelle grâce à des tarifs négociés en vous assurant de bénéficier de soins de qualité !

Prenez directement rendez-vous en ligne ou bien réalisez une consultation en visio avec les ophtalmologues partenaires « C'EVIDENTIA ».



Mes services

Violences Intra Familiales

Si vous êtes victime de violences intra familiales, vous pouvez bénéficier de l'accompagnement d'Uniprévoyance avec notamment :

- Un accompagnement psychologie, juridique et financier;
- Une aide au relogement d'urgence dans un lieu sécurisé et adapté, pour une durée de 7 jours;
- Un accompagnement à l'indépendance financière avec l'ouverture sécurisée et confidentielle d'un compte bancaire sans frais.

(+33) 01 70 84 25 84

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi de 9h30 à 19h sans interruption (sauf jours fériés)



L'action sociale

Si vous ou un de vos ayants droit êtes confronté à une situation difficile avec des dépenses importantes liées à la santé ou au handicap, le fond social peut intervenir en vous attribuant, sur dossier, une aide financière.

Exemples de domaines d'intervention :

- Frais dentaires, hospitaliers
- Séances de psychothérapie ou de psychomotricité
- Aide à domicile suite à maladie ou intervention chirurgicale

Via internet : angel.fr

Consultation en audio, visio ou chat

Pour constituer un dossier rendez-vous sur :
<https://www.uniprevoyance.fr/action-sociale/>

Pour plus d'informations rapprochez-vous de votre service RH ou d'une assistante sociale.



Itelis est un réseau de partenaires qualifiés dans le domaine de la santé pour vous garantir le juste prix sur vos frais les plus onéreux.

+ 12 000 professionnels de santé partenaires* : opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues, diététiciens.

* A retrouver sur votre Espace assuré witiwi.fr en cliquant sur « trouver un praticien » ou sur votre appli « Santé WTW ».

Les remises

Optique	
Verres	Jusqu'à 40 % de remise
Monture	Jusqu'à 25 % de remise
Lentilles	Jusqu'à 10 % de remise minimale
Paraoptique (lunettes soleil, produits lentilles...)	15 % de remise

Audio	
Aides auditives	Jusqu'à 15 % d'économie
Accessoires	15 % de remise minimale
Produits d'entretien	10 % de remise minimale

Dentaire
9 % d'économie par rapport aux tarifs constatés en dehors du réseau
50 % des actes du Panier Libre à tarifs négociés

Ostéopathes et Chiropracteurs Psychologues / Diététiciens
Des tarifs maîtrisés par rapport au marché avec consultation en cabinet, en visio ou à domicile

Garanties et services

Optique

- **Garantie casse** : 2 ans
- **Garantie adaptation** : 3 mois

Dentaire

- **Suivi/assistance** suite à la pose de certaines prothèses : 3 ans

Audio

- **Casse ou inadaptation** : 4 ans

Géolocalisation des partenaires de santé sur votre Espace assuré witiwi.fr en cliquant sur « trouver un praticien » ou sur votre appli « Santé WTW ».

En dentaire

- Prise de **rendez-vous d'urgence** avec confirmation en moins de 4h.
- **Bilan gratuit** : plan de traitement complet avec radiographie, sans reste à charge.

En optique

- 100% Bien Vu, site de commande en ligne
- **Opticiens à domicile** : un camion Optical Center se déplace gratuitement pour un rendez-vous (test de la vue, choix des équipements), la livraison de l'équipement et la vérification des ajustages.

La promesse C'Evidentia un parcours complet pour ma santé visuelle



3 offres dédiées !

C'Evidentia répond au besoin de chaque bénéficiaire

100% Santé

Paire de lunettes totalement prise en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle

+ 300 montures proposées

C'Malin

0€ de reste à charge sur votre monture de marque.

Profitez d'un large choix de montures avec un budget maîtrisé

C'Engagé

Bénéficiez de 30% de remise sur votre monture engagée.

Retrouvez nos collections fabrication française ainsi que nos gammes éco responsables.



100% SANTÉ
€ 99

€ 0 reste à charge !
(+300 montures proposées)
OWLET ORIGINALS

10%
Lunettes
vendues



C'MALIN
€ 330

€ 0 reste à charge !
(€ 169 sans C'Evidentia)
RAY-BAN

85%
Lunettes
vendues



C'ENGAGÉ
€ 530

€ 100 reste à charge
(€ 269 sans C'Evidentia)
LAFONT

5%
Lunettes
vendues

Les avantages C'Evidentia!

Accessibilité

Partout en France

Dispositif en ligne

Du lundi au samedi

Prévention

Test de vue

RDV ophtalmologue

Webinars & journées

Pouvoir d'achat

Zéro reste à charge

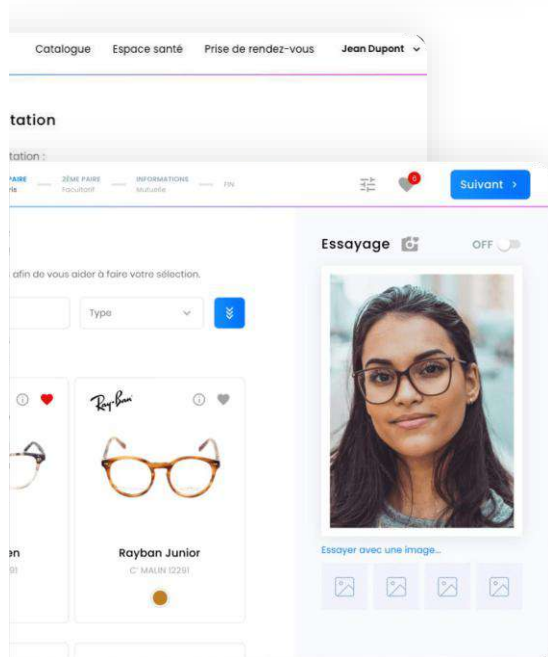
Tiers payant assuré

Livraison à domicile offerte

Garanties

Satisfait ou remplacé

Garantie fabricant
pendant 2 ans



C'EVIDENTIA



Scannez le QR code pour
prendre rendez-vous en téléconsultation
avec votre opticien C'Evidentia



Tous les services optiques C'Evedentia
sont accessibles pour vous et
vos ayants droit.

BOUYGUES

Être à vos côtés, lors des aléas du quotidien

Hospitalisation, handicap, immobilisation, maladie, maternité, ...

Lors de ces événements, qui impactent la santé et bouleversent le quotidien, on a besoin **d'un soutien pour prendre soin de soi et de ses proches**. Grâce à **la garantie Filassistance**, vous bénéficiez de prestations et de services adaptés à votre situation. **Pour vous et vos ayants droit !**



Un seul numéro de téléphone
pour l'ensemble de vos services :

09 77 40 32 91



Votre n° contrat
FIC25SAN0004



assistance.personnes@filassistance.fr

Les + pour vous

- Une expérience utilisateur simple : un seul point d'entrée pour l'ensemble de vos services
- Un numéro dédié pour vos appels

Retrouvez le flyer Filassistance complet
dans votre Espace client sur witiwi.fr ou
via le QR Code.



Mes services en ligne WTW

Découvrez toutes les fonctionnalités de votre espace assuré sur witiwi.fr

Comment créer son compte ?

Pour accéder à votre nouvel Espace Client, vous devez d'abord (re)créer votre compte en suivant les étapes ci-dessous. Rendez-vous sur www.witiwi.fr ou sur l'appli Santé WTW.

- 1 Depuis la page d'accueil sur www.witiwi.fr**
Cliquez sur **Accéder à mon Espace Client** puis "S'inscrire maintenant".
- 2 Renseignez les informations demandées**
 - Numéro adhérent ou matricule
 - Nom de famille
 - Date de naissance
 - Adresse email
- 3 Vérification de votre adresse email**
Vous allez recevoir un code par email et vous devez l'indiquer sur la page.
- 4 Conditions d'utilisation et politique de confidentialité**
Vous devez accepter les conditions d'utilisation et la politique de confidentialité en cochant les deux cases.
- 5 Double authentification**
Pour protéger votre compte, nous avons mis en place la double authentification. Vous devez renseigner votre numéro de téléphone et indiquer le numéro que vous avez reçu (appel ou SMS).
- 6 Choix de votre mot de passe**
Définissez le mot de passe de votre compte en respectant les critères indiqués. Il vous sera nécessaire pour vous connecter.



Accédez à votre espace via PC, smartphone, tablette

Sur votre espace assuré witiwi.fr et sur votre application « Santé WTW », vous pouvez :

- Accéder à votre carte de tiers payant et celles de vos bénéficiaires** : possibilité d'éditer, télécharger, imprimer et/ou envoyer par mail
- Consulter et mettre à jour de vos informations contrat** (adresse postale, informations bancaires, détail d'adhésion, CPAM de rattachement...)
- Accéder à votre messagerie** (à toutes vos demandes, nos réponses et l'état d'avancement quel que soit le mode de communication utilisé)
- Accéder en téléchargement à tous les documents utiles** sur votre complémentaire : notices, garanties.
- Afficher les derniers remboursements** que vous avez reçu, télécharger vos décomptes mensuels et afficher des règlements en attente de justificatifs
- Vous inscrire aux E-services** : alerte remboursement et téléchargement des décomptes mensuels de remboursement sur 2 ans au format PDF
- Demander la prise en charge hospitalière** (renvoi automatique à l'établissement hospitalier non conventionné) et **analyser le reste à charge sur présentation d'un devis**
- Géolocaliser un professionnel de santé de votre réseau de soins** avec informations détaillées (heures d'ouverture, accessibilité handicapés...)

Téléchargez l'application 'Santé WTW' depuis l'App Store ou Google play
Ou flashez l'un des QR codes



Vos identifiants sont les mêmes sur l'extranet et sur l'appli !

Lexique et informations utiles



BR : Base de Remboursement, tarif défini par la Sécurité sociale pour un acte sur la base duquel sont remboursées les prestations.

BRR : Base de Remboursement Reconstituée, tarif correspondant à BR appliquée dans le secteur conventionné pour cet acte.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux visant à décrire l'ensemble des actes réalisés par les professionnels de santé

DPTAM : Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée, Le DPTAM rassemble les médecins signataires à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM-CO (Option réservée aux chirurgiens et obstétriciens).

FR : Frais Réels, montant facturé par le prestataire de santé. La somme des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire ne peut dépasser ce montant.

HLF: Honoraires Limites de Facturation, tarif maximum devant être appliqué par les chirurgiens-dentistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont disponibles sur les sites ameli.fr, legifrance.gouv.fr ou solidarités-sante.gouv.fr.

PLV : Prix Limite de Vente, tarif maximum devant être appliqué par les audioprothésistes et opticiens. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont disponibles sur les sites ameli.fr, legifrance.gouv.fr ou solidarités-sante.gouv.fr.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Montant de référence de la Sécurité sociale, qui est réévalué tous les ans au 1er janvier.

Réforme 100% santé : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audioprothésiste, opticien).

RSS : Remboursement par la Sécurité Sociale. Également appelé **MR (Montant Remboursé par la Sécurité sociale)**

RSS Reconstitué : Remboursement par la Sécurité Sociale Reconstitué. Montant correspondant à celui théoriquement remboursé par la Sécurité sociale à partir de la BRR. Également appelé **MRR (Montant Remboursé par la Sécurité sociale Reconstitué)**.

SS : Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité. Il correspond à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale (hors franchise). **TM = BR – RSS** (ou **BR = TM + RSS**).

BYLINK



Retrouvez le résumé de garanties à jour et diverses informations pratiques sur :

Bylink → Protection sociale → Complémentaire santé et Prévoyance

Nous contacter

Par internet : www.witiwi.fr

Par mail : fr.bouygues@wtwco.com

Par courrier :

Willis Towers Watson France
TSA 84256 – 77 283 AVON Cedex

Par téléphone :

Du lundi au vendredi
de 8h à 20h sans
interruption
au 01 30 60 21 51

Accueil physique :
(antenne à Challenger)

Du lundi au vendredi
De 9h00 à 17h00 sans
interruption

1. Usage de ce livrable

Ce document a été préparé pour que vous l'utilisiez dans le cadre de **votre contrat d'assurance en Santé** et selon les termes de notre engagement avec vous. Il ne convient pas à une utilisation dans un autre contexte ou à toutes autres fins et nous n'assumons pas la responsabilité d'une telle utilisation.

2. Distribution et utilisation

Ce document a été préparé pour votre usage unique et exclusif sur la base convenue avec vous. Il n'a pas été préparé pour être utilisé par des tierces parties et ne peut répondre à leurs besoins, préoccupations ou objectifs. Tout élément, conseil ou opinion dans ce document ne doivent pas être divulgués ou distribués à un tiers, sauf accord écrit. Nous n'assumons aucune responsabilité et n'acceptons aucun devoir de diligence ou de responsabilité à l'égard de toute tierce partie qui pourrait obtenir une copie de ce document et toute confiance placée par ce tiers dans ce document est à ses propres risques.

Mentions légales

Willis Towers Watson France, Société de courtage d'assurance et de réassurance

Siège Social : Tour Hekla 52 Avenue du Général de Gaulle 92800 Puteaux.

Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. <https://www.wtwco.com>.

Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 RCS Nanterre.
N° FR 61311248637.

Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://www.orias.fr>).

Willis Towers Watson France est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 Paris Cedex 09.