

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Ensemble du personnel

A compter du 01/01/2025



Les bénéficiaires

Le régime est dédié :

A titre obligatoire, sauf éventuel cas de dispense, à :

- Vous-même, **assuré social, salarié de l'entreprise**,

A titre facultatif :

- Votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime,
- Votre partenaire lié par un PACS, qui est assimilé au conjoint,
- En l'absence de conjoint et de partenaire de PACS, le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve que le concubinage ait une durée supérieure à deux ans, soit notoire et sur production d'un justificatif de domicile commun, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint.
- Vos enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à votre charge fiscale ou remplissant l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 20 ans,
 - être âgés de moins de 28 ans et poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
 - être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance, sous réserve que leur rémunération n'excède pas 65% du SMIC
 - être âgés de moins de 28 ans et effectuer le service civique
 - être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi 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,
 - bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n° 2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus, sont considérés comme à charge :

- vos enfants pour lesquels vous êtes tenus de verser une pension alimentaire par décision de justice,
- les enfants de votre conjoint à leur charge fiscale (PACS ou concubin), si votre conjoints en a la garde,
- vos enfants et ceux de votre conjoint (PACS ou concubin) ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables,

à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime.



Le régime optionnel

Vous pouvez souscrire à un régime optionnel afin d'améliorer vos garanties

Le choix de l'option est valable pour vous-même, en tant que salarié, et pour vos éventuels ayants-droit, en application des modalités suivantes :

Changement de régime : régime de base ➔ régime optionnel

- A effet du 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande à WTW avant le 31 octobre de l'année précédente, le cachet de la poste faisant foi.
- En cas de changement de situation de famille (mariage, signature ou dénonciation d'un PACS, concubinage ou fin de concubinage, séparation, divorce, veuvage, perte d'emploi du conjoint, naissance ou adoption), vous avez la possibilité de changer de régime dans les 2 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prenant effet le 1er jour du mois suivant la réception de votre demande. La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

Changement de régime : régime optionnel ➔ régime de base

- Si vous avez opté pour le régime optionnel vous avez la possibilité de modifier votre choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille).
- En cas de changement de situation de famille (mariage, signature ou dénonciation d'un PACS, concubinage ou fin de concubinage, séparation, divorce, veuvage, perte d'emploi du conjoint, naissance ou adoption), vous avez la possibilité de changer de régime dans les 2 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prenant effet le 1er jour du mois suivant la réception de votre demande. La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

Vos cotisations au 1^{er} janvier 2025

Vilogia Premium	Global	Part patronale	Part salariale
Base	3,16% Pmss* (soit 124,03 €)	2,85% Pmss* (soit 111,86 €)	0,31% Pmss* (soit 12,17 €)
Option (y compris Base)	4,25% Pmss* (soit 166,81 €)	2,85% Pmss* (soit 111,86 €)	1,40% Pmss* (soit 54,95 €)

* Pmss 2025 = 3 925€



Votre résumé de garanties à compter du 1^{er} janvier 2025

Cette grille de **garanties frais de santé pour l'ensemble du personnel de la société VILOGIA PREMIUM** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une option facultative.

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
HOSPITALISATION y compris maternité		
Frais de séjour		
Etablissement conventionné	500% BR	500% BR
Etablissement non conventionné	500% BR	500% BR
Honoraires		
Secteur 1 ou adhérent DPTAM	400% BR	500% BR
Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait Patient Urgence (FPU)	100% du forfait	100% du forfait
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris maternité (par jour)	100% Frais réels, dans la limite de 2,5% PMSS / jour	100% Frais réels, dans la limite de 4% PMSS / jour
Lit d'accompagnant (Enfant -16 ans)	100% Frais réels, dans la limite de 1% PMSS / jour	100% Frais réels, dans la limite de 1% PMSS / jour
Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM	80% BR	80% BR
Consultations, visites généralistes Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 30 % BR	TM + 30 % BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	150% BR	330% BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	100% BR	150% BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Analyses & Examens de laboratoires		
Acte pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	40% BR
Honoraires paramédicaux**		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	40% BR
Dispositif MonPsy ⁽¹⁾	100% TM	100% TM
Imagerie médicale		
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	100% TM	150% BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100% TM	TM + 100 % BR
Médicaments		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Matériel médical (hors aides auditives)		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	300% BR

(1) Dispositif MonPsy, qui permet de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'Assurance Maladie et la Complémentaire santé dès l'âge de 3 ans.

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans		
Equipements « 100 % santé » ⁽¹⁾ de classe I	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	
Equipements « hors 100% Santé » de classe II	100% BR	165% BR

(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I 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.

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » ⁽¹⁾	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	
Soins hors « 100% Santé »		
Soins	100% TM	100% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	300% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% BR	300% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	200% BR	350% BR
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	170% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR reconstituée	200% BR reconstituée
Implantologie		
Implantologie prise en charge par la Sécurité sociale	200% BR	350% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale	4% PMSS / implant / an / bénéficiaire	6% PMSS / implant / an / bénéficiaire
Parodontologie		
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	20% PMSS/ traitement

(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF.

(2) 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. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF.

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

Garanties y compris Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
OPTIQUE ⁽¹⁾ - Réseau ITTELIS		
Equipements « 100 % santé » - Monture & Verres de classe A ⁽²⁾ (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	
Prestations et équipements «hors 100% Santé» - Monture & Verres de Classe B ⁽³⁾		
Monture & verres	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV
Lentilles correctrices		
Lentilles de contact, y compris jetables, prises en charge ou non par la Sécurité sociale	5% PMSS/ an / bénéficiaire	10% PMSS/ an / bénéficiaire
Autres prestations optique		
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale	5% PMSS/ œil / an	10% PMSS/ œil / an

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
AUTRES POSTES		
Transports		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Maternité		
Forfait maternité par enfant né viable y compris en cas d'adoption	5% PMSS	10% PMSS
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale		
Soins et hydrothérapie	100% TM	100% TM
Frais de transport et hébergement	-	25% PMSS
Médecine douce ⁽¹⁾		
Sevrage tabagique	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire
Séance d'Ostéopathie ou de Chiropractie, d'Acupuncture, de Micro kinésithérapie, non prise en charge par la Sécurité Sociale	35 €/ séance, maxi 3 / an bénéficiaire	55 € / séance, maxi 3 / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM
Assistance médicale à la procréation	6% PMSS	6% PMSS
Examen amniocentèse	6% PMSS	6% PMSS

(1) le praticien doit être inscrit à l'un des répertoire suivant encadrant son niveau de qualification : ADELI, RPPS, RNE.

Grille optique



CATEGORIE	TYPES DE VERRES / équipement	Régime de base	Régime optionnel
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	Enfant -16 ans : 240 € Enfant 16 et + : 300 € Adulte : 300 €	420 €
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	355 €	515 €
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	410 €	610 €
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	410 €	610 €
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	255 €	705 €
f)	Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	525 €	800 €
Pour l'application des montant indiqués ci-dessous, la prise en charge des monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €			

Exemples de remboursement

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge ⁽¹⁾	
		Régime de Base	Régime optionnel (y compris Base)
Hospitalisation			
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés pour une opération chirurgicale de la cataracte ⁽²⁾	355,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres pour une opération chirurgicale de la cataracte ⁽³⁾	540,00 €	3,40 €	3,40 €
Soins courants			
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maitrisé ⁽²⁾	44,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres ⁽³⁾	56,00 €	11,00 €	11,00 €
Aides auditives			
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	950,00 €	0,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1476,00 €	836,00 €	576,00 €
Dentaire			
Détartrage	28,92 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% Santé)	500,00 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaires	538,70 €	214,70 €	34,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	248,45 €	87,20 €
Optique			
Equipement optique de classe A (monture & verres) de verres unifocaux Equipement 100% Santé	125,00 €	0,00 €	0,00 €
Equipement optique de classe B (monture & verres) de verres unifocaux	345,00 €	45,00 €	0,00 €

(1) somme restant à payer après remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé WTW..

(2) adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO).

(3) non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO).

Vos services

L'assistance



Certaines situations peuvent déstabiliser votre quotidien : immobilisation, hospitalisation, maladie grave, etc.

Votre Garantie Assistance vous accompagne dans ces moments particuliers 7j/7 24h/24.

Un numéro d'appel vous est réservé pour bénéficier de l'ensemble des services et prestations :

01 41 85 92 34

Service gratuit
+ prix appel

N° de contrat : 21021735



La téléconsultation médicale



Quand on a besoin de consulter un médecin, c'est souvent rapidement : **7j /7 24h /24, vous et vos ayants-droit bénéficiez d'une consultation médicale avec un médecin.** Consultation à distance effectuée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins et protégée par le secret médical.

01 41 85 91 59

Service gratuit
+ prix appel



Une consultation médicale à distance par téléphone au 01 41 85 91 59 ou par vidéo sur le portail web generali.medetvous.fr.

N° contrat : 21021735

Second avis médical



Vous êtes frappé par un problème de santé sérieux, vous vous posez beaucoup de questions... ? Second avis médical vous accompagne pas à pas.

01 81 80 00 48

Service gratuit
+ prix appel



Un service en ligne accessible via le portail web generali.medetvous.fr

N° contrat : 21021735



Rendez vous sur www.witiwi.fr rubrique « Mes documents » pour en savoir plus



Itelis est un réseau de partenaires hautement 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.

Les remises

Opticiens	
Verres	Jusqu'à -40 %
Monture	Jusqu'à -25 %
Lentilles	Jusqu'à -15 %
Chirurgie réfractive	Jusqu'à 30 % d'économies moyenne sur les techniques les plus utilisées

Audioprothésistes	
Aides auditives	Jusqu'à -15 %
Accessoires	Jusqu'à -15 %
Produits d'entretien	Jusqu'à 10%

Chirurgiens Dentistes	
Prothèses	Jusqu'à -15 %
Traitement implantaire	Jusqu'à -25 %

Diététiciens & Psychologues	
Consultations en visioconférence jusqu'à -30 % moins chères qu'en cabinet	

Ostéopathes et Chiropracteurs	
Jusqu'à -10 %	

Les garanties et avantages

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

Les services

disponibles depuis votre Espace assuré

Optique

- **Opticiens à domicile** : un camion Optical Center se déplace gratuitement pour un rendez-vous complet (test de la vue, choix des équipements), la livraison de l'équipement et la vérification des ajustages

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

Et la géolocalisation des partenaires

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

Bon à savoir

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

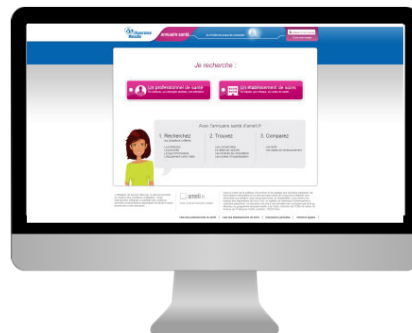
Qu'est ce que c'est ?

Les dépassements d'honoraires des médecins que vous consultez sont encadrés par l'Etat pour les soins courants (postes honoraires médicaux et imagerie médicale) et en hospitalisation (poste honoraires hospitaliers).

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM¹) est une disposition par laquelle certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie.

En pratique, les remboursements d'honoraires des médecins n'ayant pas signés cette convention sont plafonnés. **Les honoraires d'un adhérent DPTAM* sont à ce titre mieux remboursés.**

(1) Le DPTAM rassemble les médecins signataires de l'OPTAM et OPTAM-Co (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée & Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens/Obstétriciens) citées ci-dessus.



Retrouvez le praticien DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

100% Santé = 100% remboursé

Des équipements sans frais à votre charge en dentaire, optique et audiology ?

C'est possible avec la réforme «100% santé» !

Désormais, chez votre professionnel de santé (opticien, dentiste, audioprothésiste), vous avez le choix entre différents types d'équipements regroupés en 3 paniers :



Panier 100% Santé

Il regroupe des équipements essentiels pour lesquels vous **serez remboursé à 100%**.



Panier maîtrisé

Le panier maîtrisé, uniquement proposé en dentaire regroupe des prestations **avec un reste à charge modéré** (selon vos garanties).



Panier libre

Le panier libre regroupe les prestations **qui ne rentrent pas dans les paniers 100% Santé et maîtrisés** et ne sont ni soumis à des Prix Limites de Vente¹ (en optique et audiology), ni à des Honoraires Limites de Facturation² (en dentaire).

Les bonnes pratiques 100% Santé



Toujours demander un devis 100% Santé à votre professionnel de santé



Faites analyser vos devis par WTW : nous pourrons vous assurer de bénéficier d'une offre 100% Santé

(1) Prix Limites de Vente : Il s'agit des prix maximums pratiqués par les opticiens et audioprothésistes pour les paniers 100% santé. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale

(2) Honoraires Limites de Facturation : Il s'agit des montants maximums pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes pour les paniers 100% santé et maîtrisés. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale.

En savoir + sur le 100% Santé

Rendez-vous sur l'**espace 100% Santé** de witiwi.fr !



Lexique

SS : Sécurité sociale

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

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.

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

TM : Ticket Modérateur, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité.

PMSS / PASS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / Plafond Annuel de la Sécurité sociale

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

Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

PLV : Prix Limite de Vente, prix maximum devant être appliqué par les opticiens et audioprothésistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale.

HLF : Honoraire Limite de Facturation, montant maximum pouvant être facturé par les chirurgiens-dentistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale.

Nous contacter

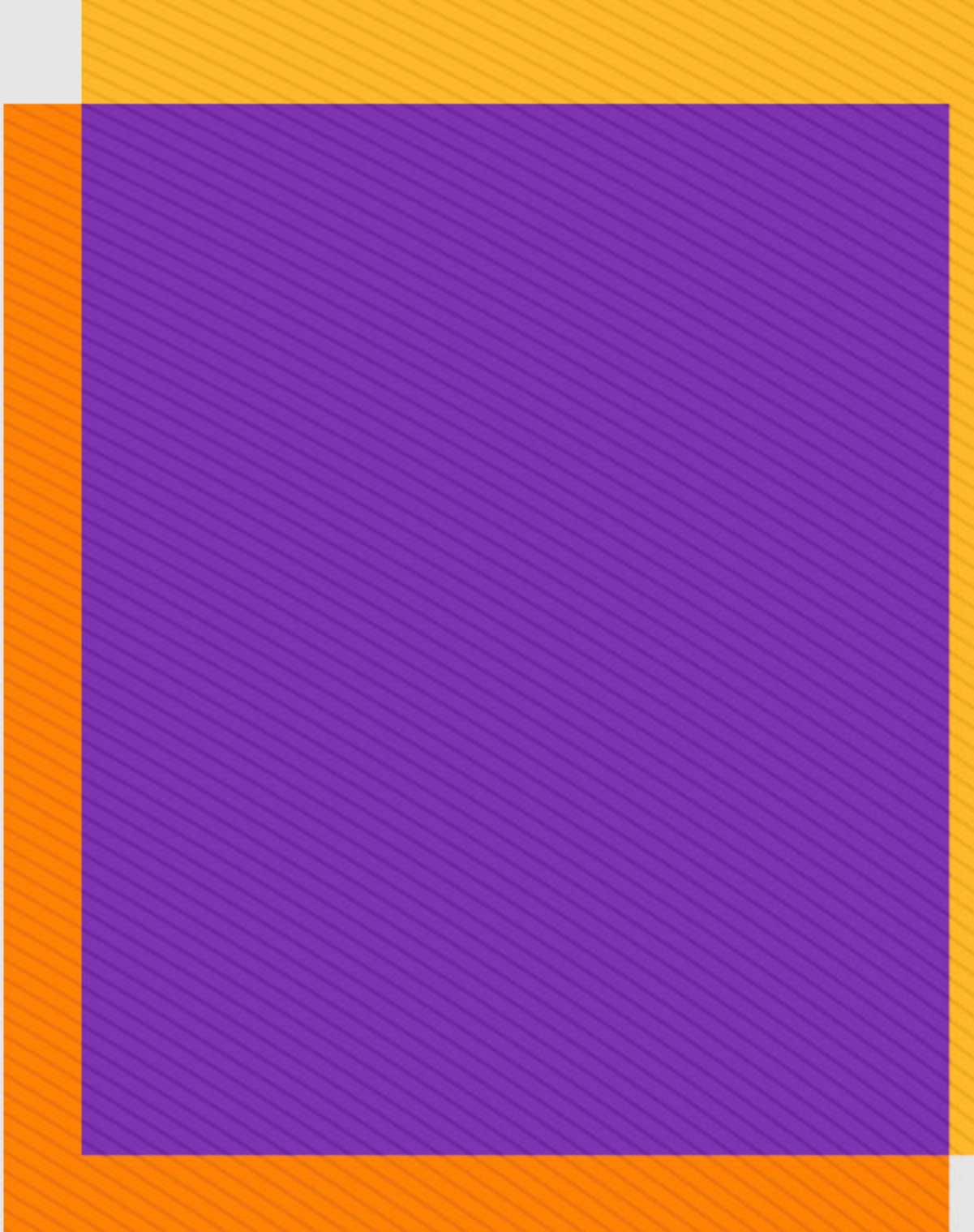


Par internet : www.witiwi.fr

Par mail : gsnsante@wtwco.com

Par courrier : Willis Towers Watson France
TSA 80 257– 69 303 Lyon Cedex 07

Par téléphone : Du lundi au vendredi de 8h à 20h
03 66 33 98 91



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