

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Agence pour l'enseignement français à l'étranger

Garanties Santé complémentaire à l'étranger

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS), en % de la Base de Remboursement Reconstituée (BRR) en vigueur au 1^{er} janvier 2026 ou en forfait en euros (détail des bases de remboursement disponible sur le site ameli.fr). Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, les garanties ci-après ne sont pas exhaustives.

Pour plus de détail, voir les statuts et notices d'information. Les garanties des paniers de soins France et Étranger s'entendent sous déduction de l'intervention du régime obligatoire.



GRUPE **vyv**

SOINS COURANTS	SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Honoraires médicaux		
Consultations et visites de médecins généralistes		
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ⁽²⁾	100 % BR	90 % FR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ⁽²⁾	100 % BR	90 % FR
Consultations et visites de médecins spécialistes		
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	150 % BR	90 % FR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	130 % BR	90 % FR
Actes techniques médicaux		
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	150 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	130 % BR	90 % FR
Acte d'imagerie médicale		
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	130 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux hors masseurs-kinésithérapeutes	100 % BR	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	90 % FR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale	50 €/séance	50 €/séance dans la limite de 8 séances, sans notion de prise en charge par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses médicales et actes de laboratoire	100 % BR	90 % FR
Affection longue durée (prise en charge 100 % Sécurité sociale française)	100 % BR	100 % FR

MÉDICAMENTS	SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Médicament à service médical rendu majeur ou important	100 % BR	90 % FR
Médicament à service médical rendu modéré	100 % BR	90 % FR
Médicament à service médical rendu faible	100 % BR	90 % FR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 €/an	100 €/an

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire, hors rapatriement.

(2) Le remboursement par la mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins distingue ceux des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévu par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

FRAIS DE TRANSPORT		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)		100 % BR	90 % FR
MATÉRIEL MÉDICAL		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)		200 % BR	150 % BRR
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport		100 % BR	100 % BRR
DENTAIRE		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés		
	Soins et prothèses du panier « 100 % Santé »	Remboursement total de la dépense engagée pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics	Non applicable
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses			
Soins dentaires		100 % BR	90 % FR
Soins et prothèses du panier maîtrisé			
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)		375 % BR	Non applicable
Prothèses dentaires amovibles		375 % BR	
Prothèses dentaires provisoires		375 % BR	
Inlay Core		375 % BR	
Inlays onlays d'obturation		150 % BR	
Soins et prothèses du panier libre			
Prothèses dentaires fixes - Dent visible		300 % BR	320 % BRR
Prothèses dentaires fixes - Dent non visible		250 % BR	320 % BRR
Prothèses dentaires amovibles - Dent visible		300 % BR	320 % BRR
Prothèses dentaires amovibles - Dent non visible		250 % BR	320 % BRR
Prothèses dentaires provisoires		300 % BR	320 % BRR
Inlay Core		200 % BR	140 % BRR
Inlays onlays d'obturation		125 % BR	140 % BRR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale			
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale		-	225 % BRR
Implantologie			
Implant dentaire		500 € par implant (limité à 2 par an)	500 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant - Prise en charge à hauteur de 125 % BR après épuisement du forfait		200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250 % BR	255 % BRR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		400 € par semestre	225 % BRR

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire, hors rapatriement.

OPTIQUE ⁽³⁾		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres)		
	Équipements du panier « 100 % Santé »	Remboursement total de la dépense engagée pour des équipements et des tarifs définis par les pouvoirs publics	Non applicable
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »			
Équipements à tarif libre			
Monture		50 €	100 €
Verre unifocal sphérique			
Sphère de - 6 à + 6		60 € par verre	125 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6		110 € par verre	300 € par verre
Verre unifocal sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0		60 € par verre	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6		60 € par verre	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6		110 € par verre	300 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6		110 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0		110 € par verre	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4		150 € par verre	300 € par verre
Sphère < - 4 ou > + 4		200 € par verre	350 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0		150 € par verre	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8		150 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0		200 € par verre	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8		200 € par verre	350 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8		200 € par verre	350 € par verre
Lentilles			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables		100 € par an	130 € par an
Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait			
Chirurgie réfractive			
Chirurgie réfractive dont kératotomie		400 €/œil et par an	400 €/œil et par an

AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾		SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements		
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité Mutualiste de 20 ans et plus	Remboursement total de la dépense engagée pour des équipements et des tarifs définis par les pouvoirs publics	Non applicable
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »			
Équipements à tarif libre			
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité		1 400 € par prothèse	1 200 € par prothèse
Mutualiste de 20 ans et plus		800 € par prothèse	1 200 € par prothèse

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000 € par an et par bénéficiaire, hors rapatriement.

(3) Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou Kalixia Contacto, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale. Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'Assurance Maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

(4) Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation, quel que soit l'âge du mutualiste.

HOSPITALISATION	SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Hébergement et frais de séjour		
Frais de séjour	100 % BR	90 % FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO ⁽²⁾	150 % BR	90 % FR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO ⁽²⁾	130 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-
Forfaits		
Forfait actes lourds	100 % FR	-
Forfait patient urgence	100 % FR	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)		
Chambre particulière court séjour et maternité	50 €/nuit	68 €/nuit
Chambre particulière soins de suite	40 €/nuit	68 €/nuit
Chambre particulière psychiatrie	45 €/nuit	68 €/nuit
Chambre particulière en ambulatoire	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant		
Frais accompagnant - Établissement conventionné	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Frais accompagnant - Établissement non conventionné	25 €/nuit	38,50 €/nuit

MÉDECINES ADDITIONNELLES ET DE PRÉVENTION	SOINS RÉALISÉS EN FRANCE	SOINS RÉALISÉS À L'ÉTRANGER ⁽¹⁾
Soins complémentaires		
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	40 € par séance (limité à 2 séances/an)	40 € par séance (limité à 2 séances/an)
Actes non remboursés par la Sécurité sociale		
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € par an	80 € par an
Contraception, test de grossesse	80 € par an	80 € par an
Prévention		
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte	183 € par acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BRR
Services spécifiques		
Rapatriement sanitaire	-	Oui

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000 € par an et par bénéficiaire, hors rapatriement.

(2) Le remboursement par la mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins distingue ceux des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée/ACO : Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévu par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstituée - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

4/5



→ Vos remboursements en toute clarté

Base de Remboursement Reconstituée (BRR)

Tarif reconstitué en fonction du tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement en pourcentage.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

Tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement en pourcentage.

Dépassements d'honoraires

Différence entre les honoraires demandés par le praticien et le tarif de la Sécurité sociale.

Franchises médicales

Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, acte d'auxiliaires médicaux et transport sanitaire. Non pris en charge par la mutuelle.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique (OPTAM-ACO)

Permet d'être mieux remboursé(e) des dépassements d'honoraires. Pour savoir si un médecin spécialiste y a adhéré, rendez-vous sur le site annuaire.sante.ameli.fr (rubrique Annuaire Santé).

Participation forfaitaire de 2 €

Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale et non pris en charge par la mutuelle pour chaque consultation par un médecin et sur les actes de biologie ou de radiologie.

Participation forfaitaire de la Sécurité sociale (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale).

La participation forfaitaire de 24€ est applicable pour les actes médicaux coûteux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

Prestations MAEE

Elles sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, des frais réels ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du Ticket Modérateur (par exemple en cas d'Affection Longue Durée), la participation MAEE est réduite à due proportion, sauf forfaits.

Ticket Modérateur (TM)

Différence laissée à votre charge entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Cette différence est prise en charge par MAEE (sauf actes hors du parcours de soins coordonnés).

Tiers Payant (TP)

Prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MAEE peut vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance de frais.