

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

Agence pour l'enseignement français à l'étranger

Garanties Santé complémentaire en France

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](https://www.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 du panier de soins (socle) interministériel s'entendent sous déduction de l'intervention du régime obligatoire. Les garanties des options s'entendent sous déduction des garanties du panier de soins interministériel.



GROUPE **vyv**

SOINS COURANTS ⁽¹⁾⁽²⁾	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires médicaux					
Consultations et visites de médecins généralistes					
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ⁽²⁾	70 % BR	100 % BR	140 % BR	140 % BR	140 % BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ⁽²⁾	70 % BR	100 % BR	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes					
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	150 % BR	150 % BR	170 % BR	170 % BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux					
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	150 % BR	150 % BR	170 % BR	170 % BR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR
Acte d'imagerie médicale					
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	70 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux hors masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	50 €/séance (limité à 12 séances/an)	60 €/séance (limité à 12 séances/an)	60 €/séance (limité à 12 séances/an)	70 €/séance (limité à 12 séances/an)
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses médicales et actes de laboratoire	60 % BR	100 % BR	115 % BR	130 % BR	150 % BR

MÉDICAMENTS ⁽¹⁾	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Médicament à service médical rendu majeur ou important	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu modéré	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu faible	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	Non pris en charge	70 €/an	80 €/an	80 €/an	80 €/an

(1) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
(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.
(3) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)		55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)		100 % BR - 60 % BR	200 % BR	220 % BR	220 % BR	220 % BR
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport		70 % BR - 55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés ⁽⁴⁾					
	Soins et prothèses du panier « 100 % Santé »	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » ⁽¹⁾ Soins et prothèses						
Soins dentaires		60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins et prothèses du panier maîtrisé						
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)		60 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR
Prothèses dentaires amovibles		60 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR
Prothèses dentaires provisoires		60 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR
Inlay Core		60 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR	375 % BR
Inlays onlays d'obturation		60 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Soins et prothèses du panier libre						
Prothèses dentaires fixes - Dent visible		60 % BR	300 % BR	320 % BR	320 % BR	320 % BR
Prothèses dentaires fixes - Dent non visible		60 % BR	250 % BR	320 % BR	320 % BR	320 % BR
Prothèses dentaires amovibles - Dent visible		60 % BR	300 % BR	320 % BR	320 % BR	320 % BR
Prothèses dentaires amovibles - Dent non visible		60 % BR	250 % BR	320 % BR	320 % BR	320 % BR
Prothèses dentaires provisoires		60 % BR	300 % BR	320 % BR	320 % BR	320 % BR
Inlay Core		60 % BR	200 % BR	240 % BR	240 % BR	240 % BR
Inlays onlays d'obturation		60 % BR	125 % BR	240 % BR	240 % BR	240 % BR
Implantologie						
Implant dentaire		Non pris en charge	500 € par implant (limité à 2 par an)	500 € par implant (limité à 2 par an)	700 € par implant (limité à 2 par an)	700 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant - Prise en charge à hauteur de 125 % de la BRSS après épuisement du forfait		60 % BR	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	300 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	300 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale						
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale		Non pris en charge	-	225 % BRR	225 % BRR	225 % BRR
Orthodontie						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR - 60 % BR	250 % BR	255 % BR	255 % BR	255 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		Non pris en charge	400 € par semestre	500 € par semestre	500 € par semestre	500 € par semestre

(1) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
(3) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(4) Tels que définis réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.

OPTIQUE ⁽¹⁾⁽⁵⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽⁴⁾					
	Équipements du panier « 100 % Santé »	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour des équipements et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » ⁽¹⁾ Équipements (monture et verres)						
Équipements à tarif libre						
Monture		60 % BR	50 €	60 €	80 €	100 €
Verre unifocal sphérique						
Sphère de - 6 à + 6		60 % BR	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6		60 % BR	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Verre unifocal sphéro-cylindrique						
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0		60 % BR	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6		60 % BR	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6		60 % BR	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6		60 % BR	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0		60 % BR	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique						
Sphère de - 4 à + 4		60 % BR	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Sphère < - 4 ou > + 4		60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique						
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0		60 % BR	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8		60 % BR	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0		60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8		60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8		60 % BR	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Lentilles						
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait		60 % BR /Non pris en charge	100 € par an	130 € par an	130 € par an	130 € par an
Chirurgie réfractive						
Chirurgie réfractive dont kératotomie		Non pris en charge	400 €/œil et par an	400 €/œil et par an	450 €/œil et par an	500 €/œil et par an

(1) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
(3) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(4) Tels que définis réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.
(5) 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 susmentionnées 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.

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾⁽⁶⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
« 100 % SANTÉ »	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽⁴⁾					
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	60 % BR	Remboursement total de la dépense engagée pour des équipements et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
	Mutualiste de 20 ans et plus					
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » ⁽¹⁾ Équipements						
Équipements à tarif libre						
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité		60 % BR	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse
Mutualiste de 20 ans et plus		60 % BR	800 € par prothèse	800 € par prothèse	1 000 € par prothèse	1 200 € par prothèse

HOSPITALISATION ⁽¹⁾		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Hébergement et frais de séjour						
Frais de séjour		80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux ⁽²⁾						
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾		80 % BR	150 % BR	170 % BR	190 % BR	225 % BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾		80 % BR	130 % BR	150 % BR	170 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier						
Forfait journalier hospitalier		Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfaits						
Forfait actes lourds		Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence		Non pris en charge	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (sans limitation de durée)						
Chambre particulière court séjour et maternité		Non pris en charge	50 €/nuit	50 €/nuit	55 €/nuit	68 €/nuit
Chambre particulière soins de suite		Non pris en charge	40 €/nuit	40 €/nuit	45 €/nuit	50 €/nuit
Chambre particulière psychiatrie		Non pris en charge	45 €/nuit	45 €/nuit	50 €/nuit	55 €/nuit
Chambre particulière en ambulatoire		Non pris en charge	25 €/jour	25 €/jour	27,50 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant						
Frais accompagnant - Établissement conventionné		Non pris en charge	38,50 €/nuit	45 €/nuit	50 €/nuit	55 €/nuit
Frais accompagnant - Établissement non conventionné		Non pris en charge	25 €/nuit	35 €/nuit	40 €/nuit	45 €/nuit

MÉDECINES ADDITIONNELLES ET DE PRÉVENTION		SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾	PANIER DE SOINS (SOCLE) INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Soins complémentaires						
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue		Non pris en charge	40 € par séance (limité à 2 séances/an)	40 € par séance (limité à 2 séances/an)	42,50 € par séance (limité à 2 séances/an)	45 € par séance (limité à 2 séances/an)
Actes non remboursés par la Sécurité sociale						
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique		Non pris en charge	80 € par an	80 € par an	85 € par an	90 € par an
Contraception, test de grossesse		Non pris en charge	80 € par an	80 € par an	85 € par an	90 € par an
Prévention						
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif		100 % BR	183 € par acte	183 € par acte	190 € par acte	195 € par acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale		70 % BR - 60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
(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.
(3) Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(6) 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.



→ 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 dernier, 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 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.