

GARANTIES	
 HOSPITALISATION TIERS PAYANT	
Remboursement en pourcentage du coût réel des soins	
Hospitalisations en médecine, réanimation et chirurgie y compris ambulatoire	70%, 80% ¹ ou 100% selon le pays d'exécution des soins
Hospitalisation à domicile	
Chimiothérapie	
Radiothérapie	

¹ Dans les pays pour lesquels le tiers payant hospitalier s'applique à 70% ou 80% : la facture des 20% ou 30% reste à la charge de l'adhérent.

Remboursement en forfait limitatif de la dépense réelle engagée	
Maternité ²	
Accouchement voie basse	2 985,74 €
Accouchement par césarienne	3 372,17€
IVG (consultations et analyses comprises)	954,84 €
Soins non suivis d'une hospitalisation	
Dialyse ³	375,48 € la séance
Optique	
Forfait cataracte (prothèse du cristallin comprise)	1 500 € par œil

² Sous condition de prise en charge préalable par la CFE. Le forfait maternité comprend les soins de la mère et ceux du bébé pour un accouchement ou césarienne sans complications, ainsi que les honoraires des praticiens. Les accouchements à domicile ne sont pas concernés par le tiers payant hospitalier.

³ Le forfait des dialyses comprend le coût des frais médicaux liés à la séance (consultation, analyse et administration des produits pharmaceutiques). Il ne comprend pas le coût du (ou des) médicament(s).

LES EXCLUSIONS DU TIERS PAYANT HOSPITALIER	
Est exclu du tiers payant hospitalier, tout acte non remboursable par la CFE hors tiers payant et notamment :	
Les frais de confort ou convenance personnelle, les « extras » (télévision, coiffeur, téléphone, chambre particulière ou semi-privée, jour supplémentaire d'hospitalisation sans soin, etc... <i>liste non exhaustive</i>),	
La circoncision à caractère religieuse,	
Tous frais liés à une maternité si celle-ci a été refusée par la CFE,	
Les accouchements à domicile,	
Les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques,	
Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation (frais d'accompagnant/compagnon) sauf lorsque la situation est médicalement justifiée par le prestataire (enfant), et sous réserve de l'accord préalable de la CFE,	
Les frais de séjour en maison de repos, maison de retraite, en centres de rééducation ou maisons de convalescence,	
Les soins externes (séances de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie...),	
Les soins sans rapport avec le motif d'hospitalisation (=soins externes),	
Le home médication,	
Les dépassements d'honoraires des praticiens,	
Les transports ne faisant pas suite à une entrée ou une sortie d'hospitalisation tels que les déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) nécessaires dans les suites d'une hospitalisation,	
Les frais de morgue.	

Ces tarifs sont définis par l'arrêté du 12 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 25 juin 2019 fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger et sont applicables aux soins dispensés à compter du 1^{er} janvier 2024.

➔ **Liste des pays dans chacune des zones, téléchargeable [ICI](#)**