

VOS GARANTIES SANTÉ 2026

GARANTIES	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5
(+) HOSPITALISATION HORS TIERS PAYANT					

Remboursement en pourcentage du coût réel des soins

Hospitalisations en médecine, réanimation et chirurgie y compris ambulatoire	67%	50%	42%	31%	19%
Chimiothérapie	80%	60%	40%	35%	20%
Radiothérapie	87%	69%	52%	44%	32%

Remboursement en forfait limitatif de la dépense réelle engagée

Forfait cataracte (inclus la prothèse du cristallin)	Remboursement à 100% de la dépense engagée dans la limite d'un forfait de 1 500 € par œil.
Maternité : le forfait comprend les soins de la mère et ceux du bébé pour un accouchement ou césarienne sans complications, ainsi que les honoraires des praticiens.	
Accouchement voie basse	3 164,11 €
Césarienne	3 573,64 €
IVG	1 011,88 €

Procréation médicalement assistée

Fécondation in vitro, dite classique, sans micromanipulation (FIV)	1 200 €
Fécondation in vitro avec micromanipulation (ICSI)	1 500 €
<ul style="list-style-type: none"> Les forfaits comprennent la ponction d'ovocytes + la FIV ou l'ICSI + le transfert d'embryons + les frais de salle ; et, éventuellement, le premier transfert différé des embryons congelés issus de la ponction. La prise en charge de la fécondation in vitro classique (FIV) ou avec micromanipulation (ICSI) se limite à 4 tentatives : Par tentative FIV, on entend toute ponction ovarienne suivie de transferts embryonnaires. Chaque nouvelle ponction vaut nouvelle tentative. 	
Forfait soins non programmés	28,68 €

Accueil et traitement des urgences

Forfait soins non programmés	28,68 €
------------------------------	---------

Soins non suivis d'une hospitalisation

Forfait acte d'endoscopie sans anesthésie (liste 1)	85,93 €
Forfait acte sans anesthésie générale, ou loco-régionale nécessitant un recours opératoire (liste 2)	68,76 €
Forfait acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (liste 3)	45,82 €
Forfait acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (liste 4)	22,91 €
¹ Dialyse	387,67 € la séance
Dialyse péritonéale automatisée (DPA)	852,08 € par semaine de traitement

¹ Le forfait des dialyses comprend le coût des frais médicaux liés à la séance (consultation, analyse et administration des produits pharmaceutiques). Cela ne comprend pas le coût du (ou des) médicament(s).

Remboursement sous accord préalable, en prix de journée forfaitaire

Ces forfaits « tout compris » couvrent les frais liés à la structure, et ceux liés aux interventions des professions médicales et paramédicales

Séjour en centre de rééducation fonctionnelle	504 €
Séjour en établissement pour enfant, adolescent ou adulte handicapé	
En internat	300 €
En semi-internat	240 €
En centre médico Psycho-pédagogique	100 €
Psychiatrie	
Hospitalisation adulte à temps complet	692,86 €
Hospitalisation enfant (- de 16 ans) à temps complet	808,46 €
Hospitalisation de jour adulte	516,39 €
Hospitalisation de jour enfant (- de 16 ans)	706,67 €

Remboursement en prix de journée forfaitaire

Ce forfait « tout compris » couvre les frais liés à la structure, et ceux liés aux interventions des professions médicales et paramédicales

² Hospitalisation à domicile	143 €
---	-------

² L'hospitalisation à domicile ne nécessite pas d'accord préalable mais elle doit faire suite à une hospitalisation complète.

GARANTIES	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5
 FRAIS MÉDICAUX					
Consultations, visites généralistes et spécialistes : en l'absence d'exonération, remboursement en forfait limitatif de la dépense réelle engagée avec application d'un taux de prise en charge de 70% de ces forfaits.					
Consultation généraliste ou spécialiste hors psychiatres et pédiatrie 0 à 6 ans (y compris téléconsultations) : 30 €				21 €	
Consultation pédiatre 0-6 ans : 35 €				24,50 €	
Consultation psychiatre : 52 €				36,40 €	
Consultation sage-femme : 26,50 €				18,55 €	

Consultations, visites généralistes et spécialistes : en l'absence d'exonération, remboursement en forfait limitatif de la dépense réelle engagée avec application d'un taux de prise en charge de 60% de ces forfaits.					
Consultation dentiste : 23 €	13,80 €				

Remboursement en pourcentage du coût réel des soins					
Actes techniques médicaux (exemple : radiographie, scanner, IRM, audiogramme, électrocardiogramme...)	55%	40%	30%	20%	15%
Avec exonération	72%	52%	39%	28%	19%
³ Pharmacie	65%	55%		45%	
Avec exonération	100%	90%		80%	
⁴ Fournitures et appareillages	60%	40%		20%	
Avec exonération	78%	52%		26%	
Soins infirmiers	45%	30%		10%	
Avec exonération	60%	40%		15%	
Soins de rééducation (exemple : kinésithérapie)	45%	30%		10%	
Avec exonération	60%	40%		15%	
Biologie et anatomo-cytopathologie	50%	30%		20%	
Avec exonération	65%	39%		26%	
⁵ Actes dentaires	30%	20%		10%	
Avec exonération	35%	25%		15%	

³ Le remboursement peut être limité au tarif appliqué en France pour des soins analogues, en cas de produits particulièrement coûteux.

⁴ La prise en charge des produits sans gluten est exclusivement réservée aux patients ayant obtenu un accord de prise en charge au titre de leur affection nécessitant des soins continus de plus de six mois sans exonération de leur participation.

⁵ Les prothèses provisoires sont exclues

➔ **Le tarif de téléconsultations est plafonné à 26,50 € quelle que soit la spécialité.**

 OPTIQUE	
(en l'absence d'exonération, application d'un taux de prise en charge de 60% de ces forfaits)	
Forfait monture – 18 ans	30,49 €
Forfait monture + 18 ans	2,84 €
Verre simple – 18 ans	27,90 €
Verre simple + 18 ans	4,12 €
Verre complexe – 18 ans	43,30 €
Verre complexe + 18 ans	10,82 €
Lentilles	39,48 € par œil et par an

 AUDITION	
(en l'absence d'exonération, application d'une prise en charge de 60% de ces forfaits)	
Par appareil pour les – de 20 ans	1 400 €
Par appareil pour les + de 20 ans	400 €
Forfait entretien	70 € / an

ORTHOPEDIE DENTO FACIALE (ODF)

La prise en charge, soumise à entente préalable, est uniquement prévue pour les enfants ayant commencé leur traitement avant leur seizième anniversaire et au plus tard six mois après la date de l'accord. La durée maximale du traitement est de six semestres et de deux années de contention.

Remboursement en forfait limitatif de la dépense réelle engagée avec application d'un taux de prise en charge de 60% de ces forfaits

Bilan (*) : 43€	25,80 €
Séance de surveillance en cas d'interruption provisoire du traitement (2 séances maximum par semestre) : 10,75 €	6,45 €
Après traitement, contention 2 ^{ème} année : 107,50 €	64,50 €

Remboursement à 100% de la dépense engagée dans la limite du forfait :

Traitemennt par semestre (6 semestres maximum) (**)	193,50 €
Après traitement, contention 1 ^{ère} année	161,25 €

(*) ODF Bilan : il comprend les examens avec prise d'empreinte, le diagnostic, la durée probable du traitement et l'analyse céphalométrique, en supplément (Plan de traitement).

Sont remboursés en sus du bilan : les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête.

(**) ODF Traitement par période de six mois : Sont inclus dans le forfait l'appareillage, les frais de réparation de l'appareil ainsi que la pose et le retrait des bagues et la barre de contention.

AUTRES PRESTATIONS MÉDICALES



Transports sanitaires	Transports en ambulance et en véhicule pour l'entrée/sortie hospitalisation pour y recevoir des soins (hors placements enfants, adolescents et adultes handicapés) : 2,44 € / km (ambulance) ; 1,07 € / km (en position assise dans un véhicule particulier avec chauffeur) ; 0,30 € / km (position assise dans un moyen de transport autre que celui des 2 autres catégories). Accord préalable pour les transports de plus de 150 km et aériens. → En cas d'absence de justification kilométrique, forfait de 50 € par transport.
Cures thermales	Non remboursable à l'étranger sauf dans un territoire d'un Etat membre de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse et avec accord préalable. Consultation de début de cure et un forfait thermal à 574,51 €, (basé sur le forfait rhumatologie, forfait 1 : RH1), forfait limitatif de la dépense réelle engagée avec application d'un taux de prise en charge de 65% soit à hauteur de 373,43 €.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ● Prise en charge à hauteur d'un forfait ou selon un taux de 100% du tarif applicable en France métropolitaine en l'absence de mention du tarif forfaitaire : ● Vaccin ROR ● Frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ● Mammographie dans le cadre d'un dépistage de cancer ● Bilan de santé prévu au L.321-3 du code de la sécurité sociale dans la limite forfaitaire de 167,69€ (ils sont remboursables tous les 5 ans de date à date) ● Caryotype fœtal à hauteur de 287,50 € ● Vaccins obligatoires ou nécessaires à l'expatriation/paludisme = 100% ● Vaccins contre la Covid19 à 100 % du coût réel, dans la limite de 30 € par injection.

Ces tarifs sont définis par l'arrêté du 17 décembre 2025 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 2026.