

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	
¹ Hospitalisation à domicile	143 €
Forfait cataracte (incluant 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	2 985,74 €
Césarienne	3 372,17 €
IVG	954,84 €

¹ L'hospitalisation à domicile est pris en charge que si elle fait suite à une hospitalisation complète.

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 ovocytaire suivie de transferts embryonnaires. Chaque nouvelle ponction vaut nouvelle tentative. 	

Accueil et traitement des urgences	
Forfait soins non programmés	28,63 €

Soins non suivis d'une hospitalisation	
Forfait acte d'endoscopie sans anesthésie (liste 1)	85,78 €
Forfait acte sans anesthésie générale, ou loco-régionale nécessitant un recours opératoire (liste 2)	68,64 €
Forfait acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (liste 3)	45,74 €
Forfait acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (liste 4)	22,87 €
² Dialyse (y compris consultations et analyses)	375,48 € la séance
Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	825,29 € par semaine de traitement

² 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	
Séjour en centre de rééducation fonctionnelle	504 €

³ Séjour en établissement pour enfant, adolescent ou adulte handicapé	
En internat	300 €
En semi-internat	240 €
Séjour en centre médico-psycho-pédagogique	100 €

Psychiatrie	
Hospitalisation adulte à temps complet	616,42 €
Hospitalisation enfant (- de 16 ans) à temps complet	719,26 €
Hospitalisation de jour adulte	459,42 €
Hospitalisation de jour enfant (- de 16 ans)	628,71 €

³ Le forfait tout compris couvre les frais liés au placement en centre ou dans une structure pour enfants et adolescents handicapés ainsi que les frais liés aux interventions des professions médicales et paramédicales.

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 : 26,50 €	18,55 €				
Consultation pédiatre 0-6 ans : 31,50 €	22,05 €				
Consultation psychiatre : 46,70 €	32,69 €				
Consultation sage-femme : 25 €	17,50 €				
Consultation dentiste : 23 €	16,10 €				

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%
⁴ Pharmacie	65%	55%	45%		
Avec exonération	100%	90%	80%		
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%		
Actes dentaires	30%	20%	10%		
Avec exonération	35%	25%	15%		

⁴ Le remboursement peut être limité au tarif appliqué en France pour des soins analogues, en cas de produits particulièrement coûteux.

→ Le tarif de téléconsultations est plafonné à 25 € 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



AUTRES PRESTATIONS MÉDICALES

<p>Transports sanitaires</p>	<p>Transports en ambulance et en véhicule pour l'entrée/sortie hospitalisation : 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.</p>
<p>Cures thermales</p>	<p>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 556,50 €, (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 361,72 €.</p>
<p>Prévention</p>	<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) ● Caryotype foetal à hauteur de 338 € ● 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 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](#).