# VOS GARANTIES SANTÉ 2025

| 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 (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** | 3 158,22 € |
| **Césarienne** | 3 566,98 € |
| **IVG** | 1 010,00 € |

| Procréation médicalement assistée | |
|---|---|
| **Fécondation in vitro, dite classique, sans micromanipulation (FIV)** | 1 200 € |
| **Fécondation in vitro avec micromanipulation (ICSI)** | 1 500 € |

- 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 € |
| [1] Dialyse | 386,95 € la séance |
| Dialyse péritonéale automatisée (DPA) | 850,49 € 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<br>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** | 651,79€ |
| **Hospitalisation enfant (- de 16 ans) à temps complet** | 760,53€ |
| **Hospitalisation de jour adulte** | 485,77€ |
| **Hospitalisation de jour enfant (- de 16 ans)** | 664,78€ |
| **Remboursement en prix de journée forfaitaire**<br>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.



CFE • 160, rue des Meuniers • CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex - France • Tél. : +33 1 64 14 62 62 • www.cfe.fr

| 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 pédiatres 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] Le 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 |



CFE • 160, rue des Meuniers • CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex - France • Tél. : +33 1 64 14 62 62 • www.cfe.fr

## 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 niversaire 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 2ème année : 107,50 € | 64,50 € |
| | |
| **Remboursement à 100% de la dépense engagée dans la limite du forfait :** | |
| Traitement par semestre (6 semestres maximum) (**) | 193,50 € |
| Après traitement, contention 1ère 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) :<br>2,44 € / km (ambulance) ;<br>1,07 € / km (en position assise dans un véhicule particulier avec chauffeur) ;<br>0,30 € / km (position assise dans un moyen de transport autre que celui des 2 autres catégories).<br>Accord préalable pour les transports de plus de 150 km et aériens.<br>→ **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.<br>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** | • 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 :<br>• Vaccin ROR<br>• Frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus<br>• Mammographie dans le cadre d'un dépistage de cancer<br>• 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)<br>• Caryotype fœtal à hauteur de 250 €<br>• Vaccins obligatoires ou nécessaires à l'expatriation/paludisme = 100%<br>• 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 juin 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 1er juillet 2025.



CFE • 160, rue des Meuniers • CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex - France • Tél. : +33 1 64 14 62 62 • www.cfe.fr