

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

Arrêté du 22 octobre 2024 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

NOR : MSAS2426730A

La ministre de la santé et de l'accès aux soins,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 762-6 et L. 762-6-1 ;

Vu l'arrêté du 25 juin 2019 modifié fixant les prestations servies aux adhérents volontaires de la Caisse des Français de l'étranger pour les soins dispensés à l'étranger ;

Vu la proposition du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger des 17 et 18 juin 2024,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 25 juin 2019 susvisé est ainsi modifié :

1° Le tableau du I de l'article 3 est remplacé par le tableau suivant :

«

Consultations	Forfait (dont participation de 30 %)	Référence en France métropole des actes et majorations éligibles à la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger
Consultations Médecins (y compris téléconsultation, quelle que soit la spécialité)	26,50€	Convention nationale des médecins, G, GS, VG, VGS, CS+MPC
Consultations Psychiatres	46,70 €	CNPSY+MPC
Consultations Pédiatres de 0 à 6 ans	31,50 €	G , + MEG, GS+MEG, VG+MEG, VGS+MEG
Consultations Sage-Femme	26,50 €	Convention nationale des sages-femmes, C+MSF
Consultations	Forfait (dont participation de 40 %)	
Consultations Dentistes	23 €	Convention nationale des chirurgiens-dentistes, CD, CSD
Optique	Forfait (dont participation de 40 %)	
Monture - 18 ans	30,49 €	LUN
Monture + 18 ans	2,84 €	LUN
Verre simple - 18 ans	27,90 €	VER
Verre simple + 18 ans	4,12 €	VER
Verre complexe - 18 ans	43,30 €	VER
Verre complexe + 18 ans	10,82 €	VER
Lentilles	39,48 € par œil et par an	LEN
Audition	Forfait (dont participation de 40 %)	
Par appareil, - 20 ans	1400 €	Avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale du 28/11/2018
Par appareil, + 20 ans	400 €	

Forfait entretien	70 €/an	Forfait limitatif piles et accessoires
Orthopédie 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.	
Bilan (*)	Forfait (dont participation de 40 %) : 43 €	Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : 2° partie, titre III, chapitre VI, article 5 (Décisions du 17/12/2013 et du 20/04/2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie)
Traitement par semestre (6 semestres maximum) (**)	Forfait (dont participation de 40 %) : 193,50 €	
Séance de surveillance en cas d'interruption provisoire du traitement (2 séances maximum par semestre)	Forfait (dont participation de 40 %) : 10,75 €	
Après traitement, contention 1 ^{re} année	Forfait (dont participation de 40 %) : 161,25 €	
Après traitement, contention 2 ^e année	Forfait (dont participation de 40 %) : 107,50 €	
<p>(*) 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).</p> <p>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.</p> <p>(**) 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.</p>		

» ;

2° Le tableau du II de l'article 3 est remplacé par le tableau suivant :

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Référentiel d'éligibilité au remboursement
Actes techniques médicaux (taux majoré)	55 % (72 %)	40 % (52 %)	30 % (39 %)	20 % (28 %)	15 % (19 %)	Convention nationale de médecins, Convention nationale des sages-femmes ; Liste dénommée « Classification commune des actes médicaux » (CCAM) ; Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
Pharmacie (*) (taux majoré)	65 % (100 %)		55 % (90 %)	45 % (80 %)		Convention nationale des pharmaciens Base des médicaments et Informations Tarifaires figurant dans la base de données développée par le Groupement d'intérêt économique - Système d'Information sur les Produits de Santé. Code de la Santé Publique
Fournitures et appareillages (***) (taux majoré)	60 % (78 %)		40 % (52 %)	20 % (26 %)		Liste des produits et prestations remboursables en France Code de la Santé Publique
Soins infirmiers (taux majoré)	45 % (60 %)		30 % (40 %)	10 % (15 %)		Convention nationale des infirmières ; NGAP Code de la Santé Publique
Soins de rééducation (taux majoré)	45 % (60 %)		30 % (40 %)	10 % (15 %)		Conventions nationales des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes, des pédicures podologues, des orthoptistes ; NGAP Code de la Santé Publique
Biologie et anatomo-cytopathologie (taux majoré)	50 % (65 %)		30 % (39 %)	20 % (26 %)		Nomenclature des actes de biologie médicale Code de la Santé Publique
Actes Dentaires (**) (taux majoré)	30 % (35 %)		20 % (25 %)	10 % (15 %)		Convention nationale des chirurgiens-dentistes ; CCAM et NGAP
<p>(*) Pour la pharmacie, si le prix du médicament excède de plus de 100 % le prix de la même molécule médicamenteuse en France, la CFE peut exceptionnellement appliquer le prix français et le taux de remboursement de la zone 1.</p> <p>(**) Les prothèses provisoires sont exclues.</p> <p>(***) 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.</p>						

» ;

3° Au IV de l'article 3, les mots : « le bilan de santé prévu au L. 321-3 du code de la sécurité sociale, dans la limite forfaitaire de 167,69 € et dans la limite d'un bilan tous les cinq ans » sont remplacés par les mots : « le bilan de santé prévu au L. 321-3 du code de la sécurité sociale, dans la limite forfaitaire de 167,69 € et dans la limite d'un bilan tous les cinq ans de date à date » ;

4° Au IV de l'article 3, les mots : « le caryotype fœtal à hauteur de 338 € [B1300] » sont remplacés par les mots : « le caryotype fœtal à hauteur de 325 € [B1300] » ;

5° Au V de l'article 3, les mots : « la période de cure, dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité en rhumatologie (RH1, soit 556,50 €/prix limite de facturation) et sous accord préalable » sont remplacés par les mots : « la période de cure, dans la limite dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité en rhumatologie (RH1, soit 574,51 €/prix limite de facturation) et sous accord préalable » ;

6° Au VI de l'article 3 :

a) Le tableau du a est remplacé par le tableau suivant :

«

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Référentiel d'éligibilité au remboursement à l'activité pour les établissements de santé publics (T2A)
Maternité (*)	Accouchement voie basse : 3 158,22 € Césarienne : 3 566,98 €					14Z13A 14C08A
Dialyse (**)	Dialyse : 386,95 € la séance Dialyse péritonéale automatisée (DPA) : 850,49 €					28Z04Z D15
Cataracte (***)	1 500 € par œil					
PMA (****)	Fécondation <i>in vitro</i> sans micro manipulation (FIV) : 1 200 € Fécondation <i>in vitro</i> avec micro manipulation (ICSI) : 1 500 €					
IVG	1 010 €					14C05J

(*) 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.
(**) Le forfait comprend le coût des frais médicaux liés à la séance (consultation, analyse et administration des produits pharmaceutiques) mais ne comprend pas le coût du (ou des) médicament(s).
(***) Le forfait cataracte inclut la prothèse du cristallin.
(****) La prise en charge de la fécondation *in vitro* classique (FIV) ou avec micromanipulation (ICSI) se limite à 4 tentatives. Constitue une tentative FIV toute ponction ovocytaire suivie de transferts embryonnaires, chaque nouvelle ponction valant nouvelle tentative.

» ;

b) L'intitulé du c est remplacé par l'intitulé suivant : « Prise en charge sus accord préalable, en fonction d'un prix de journée forfaitaire » ;

c) Le tableau du c est remplacé par le tableau suivant :

«

	Toutes zones	Référentiel de prise en charge
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 €	Tarif plafond égal au prix de journée applicable au groupe hospitalier universitaire Paris - Psychiatrie et Neurosciences, minoré de 30 %
Hospitalisation en établissements de soins de suite et de réadaptation	504 € par jour	
Hospitalisation en centre pour enfants et adolescents handicapés	300 € par jour en internat 240 € par jour en semi-internat	
Hospitalisation adulte dans une structure médico-psychologique	100 € par jour	

» ;

d) Au point c est ajoutée, après le tableau, la phrase : « Ces forfaits couvrent les frais liés à la structure ainsi que les frais liés aux interventions des professions médicales et paramédicales. » ;

e) Le point d est remplacé par les dispositions suivantes :

« d) Autres soins spécifiques en établissement, pris en charge sans accord préalable, en fonction d'un prix de journée forfaitaire :

« Hospitalisation à domicile : 143 € par jour.

« Ces forfaits couvrent les frais liés à la structure ainsi que les frais liés aux interventions des professions médicales et paramédicales.

« L'hospitalisation à domicile ne peut être prise en charge que si elle fait suite à une hospitalisation complète. » ;

f) Le tableau du e est remplacé par le tableau suivant :

«

Type de soins non suivis d'une hospitalisation	Référentiel de prise en charge
Soins non programmés délivrés par un service d'urgence : 28,63 € par passage	Forfait « Accueil et traitement des urgences » et forfaits « sécurité et environnement hospitalier prévus respectivement par les articles 13 bis et 16 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile
Actes d'endoscopies sans anesthésie générale ou loco régionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 11 de l'arrêté, nécessitant le recours à un secteur opératoire : 85,78 € par passage	
Actes sans anesthésie générale ou locorégionale inscrits sur la liste 2 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire : 68,64 € par passage	
Actes inscrits sur la liste 3 de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier : 45,74 € par passage	
Actes inscrits sur la liste 4 de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier : 22,87 € par passage	

».

Art. 2. – Les dispositions de l'article 1^{er} entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 octobre 2024.

Pour la ministre et par délégation :
La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,
D. CHAMPETIER