

CAISSE DES FRANÇAIS À L'ÉTRANGER

BÉNÉFICIAIRES

Les personnes de nationalité française qui partent s'installer à l'étranger, pour y travailler ou pour simplement y résider peuvent adhérer à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE), régime volontaire d'assurance.

Les prestations offertes concernent les risques d'assurance-maladie, maternité, invalidité, ainsi que les risques accidents du travail. L'expatrié peut adhérer en fonction de sa catégorie, soit à l'un ou à l'autre de ces risques, soit aux deux.

Il peut aussi adhérer à l'assurance volontaire contre le risque vieillesse.

L'adhésion à la CFE permet de n'avoir aucune rupture avec ses droits antérieurs auprès du régime général, et de faciliter les formalités lors du retour en France, la continuité de la protection sociale étant assurée.

SALARIÉS « EXPATRIÉS »

Sont concernés par l'adhésion à la CFE, au titre des articles L. 762-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, s'ils résident dans un pays étranger, les expatriés des catégories suivantes :

- les travailleurs salariés ou assimilés ;
- les travailleurs non-salariés qui exercent une activité artisanale, commerciale, libérale ou agricole ;
- les pensionnés des régimes français de retraite n'exerçant aucune activité professionnelle ;
- les titulaires d'allocations de remplacement (contrat de solidarité, garanties de ressources, etc.), n'exerçant aucune activité professionnelle ;
- les titulaires d'une rente accidents du travail ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime français de Sécurité sociale ;
- les conjoints, les conjoints survivants, divorcés ou séparés d'étranger ou de français, non assurés.

Nationalité

Le critère de nationalité prévu pour l'affiliation à l'assurance volontaire vieillesse est remplacé par une condition d'affiliation préalable à un régime français obligatoire d'assurance maladie pendant une durée minimale de **5 ans**. Cette durée pouvant être discontinuée ou ayant cotisé 6 mois à une assurance vieillesse obligatoire avant le départ de France.

Article 72 de la loi de financement n° 2009-1646 de Sécurité sociale pour 2010

Article L. 742-1 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2010-1776 du 31 décembre 2010

Article R. 742-30 du code de la Sécurité sociale

PENSIONNÉS DES RÉGIMES FRANÇAIS DE RETRAITE RÉSIDANT À L'ÉTRANGER

Bénéficiaires

Les pensionnés du régime français peuvent bénéficier du régime Caisse français de l'étranger dans la mesure où ils justifient d'une durée d'assurance minimum de 20 trimestres au régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire qui leur sert l'avantage de retraite dont elles sont titulaires.

Les périodes d'assurance réunies dans différents régimes sont additionnées, à l'exclusion de celles qui se superposent.

Article R. 764-1 du Code de la Sécurité sociale

Les pensionnés qui désirent bénéficier de l'assurance maladie-maternité adressent à la Caisse des français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale, dans laquelle ils indiquent notamment le ou les avantages de retraite dont ils bénéficient ainsi que les débiteurs de ces avantages. La demande d'adhésion est accompagnée des pièces justificatives.

L'immatriculation est opérée, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure au transfert de résidence du pensionné à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité sont tenus d'informer la Caisse des français de l'étranger de toute modification dans leur situation, et, notamment, de tout nouvel avantage de vieillesse dont ils pourraient bénéficier ultérieurement, de toute reprise d'une activité professionnelle ou de tout changement de pays.

Cotisation forfaitaire d'assurance maladie des pensionnés

Selon le montant de votre retraite française (régime de base et complémentaire), la CFE détermine le montant à payer. Il s'agit :

- soit d'une cotisation dont le taux est de 4 % du montant de chacune des pensions; dans ce cas, le paiement est effectué par prélèvement direct sur chacune des retraites. Cette cotisation est retenue lorsque le montant brut de tous les avantages français de retraite est supérieur à **21 143 €** ;
- soit une cotisation forfaitaire minimale de **222 €** par trimestre pour **2014** (ce chiffre correspond à 4.5 % du demi-plafond de la Sécurité sociale) auquel il est possible éventuellement de rajouter **93 €** pour l'option séjours en France de 3 à 6 mois. Cette cotisation est retenue lorsque le montant brut de tous les avantages français de retraite est inférieur à **21 143 €**.

La cotisation maladie CFE s'ajoute aux cotisations que les caisses de retraite prélèvent déjà obligatoirement. En cas d'exonération de ces prélèvements, il convient de se rapprocher des organismes concernés, seuls compétents en la matière.

Comment régler les cotisations ?

Après étude du dossier, la cotisation fait l'objet :

- soit d'un prélèvement direct de 4 %, par les caisses de retraite, sur le montant de chacune des pensions françaises (régime de base et complémentaire),
- soit d'un paiement direct de votre part ; dans ce cas, un appel trimestriel de cotisations est adressé au retraité.

Le règlement peut se faire de France ou de l'étranger en euros par :

- chèque bancaire ou postal,
- prélèvement automatique (sur un compte en France exclusivement),

Le paiement trimestriel des cotisations est à la charge du retraité. Toutefois il peut être effectué par le mandataire (par exemple, un parent resté en France) que le retraité a désigné lors de l'adhésion.

ADHÉSION

ÉTABLISSEMENTS POUVANT ADHÉRER À LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER

Les travailleurs salariés ou assimilés, de nationalité française, qui exercent leur activité dans un pays étranger et qui ne sont pas ou ne sont plus soumis à la législation française de Sécurité sociale en vertu d'une convention internationale ou de l'article L. 761-2 du Code de la Sécurité sociale (détachement) ont la faculté de s'assurer volontairement contre :

- les risques de maladie et d'invalidité et les charges de la maternité ;
- les risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

Le travailleur peut adhérer, au choix, soit à l'une ou l'autre de ces assurances, soit aux deux.

Il peut aussi adhérer à l'assurance volontaire contre le risque vieillesse.

Les entreprises de droit français peuvent, pour le compte des travailleurs salariés français et des collaborateurs assimilés, dans des conditions fixées par décret, qu'elles emploient à l'étranger, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles. Elles doivent effectuer ces formalités lorsque les salariés le demandent.

Les services extérieurs de l'état installés à l'étranger, ainsi que les établissements d'enseignement de recherche, culturels, sanitaires à l'étranger subventionnés par le budget de l'état doivent, à la demande et pour le compte des travailleurs français qu'ils emploient localement, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles.

Article L. 762-1 du Code de la Sécurité sociale

DÉLAI D'ADHÉSION

Assurance maladie-maternité

La demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité doit être formulée dans un délai de 2 ans.

Ce délai est calculé, selon le cas :

- soit à compter de la date à laquelle l'intéressé pouvait adhérer à l'une de ces assurances volontaires ;
- soit pour les personnes qui, résidant dans un pays étranger, deviennent titulaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, à la date de liquidation de cette pension ;
- soit pour les personnes qui, après avoir résidé dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, s'installent dans un pays tiers, à compter de la date à laquelle elles cessent de relever du régime de Sécurité sociale de cet État.

Article R. 766-3 du Code de la Sécurité sociale

Par dérogation, peuvent être admises les demandes présentées après l'expiration du délai de 2 ans par les personnes de 35 ans au plus.

Assurance supplémentaire maladie-maternité-invalidité-accidents du travail

Les demandes d'adhésion doivent intervenir dans le délai d'un an à compter de la date d'affiliation aux régimes d'assurance volontaire.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse.

Articles D.762-2-8 et D. 762-10 du Code de la Sécurité sociale

Accidents du travail et maladies professionnelles

La demande d'adhésion à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles peut être formulée à tout moment.

Article L. 762-8 du Code de la Sécurité sociale

La demande d'adhésion à l'assurance supplémentaire (accident de trajet) au régime des accidents du travail et maladies professionnelles doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date d'affiliation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles.

L'adhésion prend effet au premier jour qui suit la réception par la caisse de la demande.

Articles D. 762-8 à D. 762-10 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2002-544 du 19 avril 2002 - JO du 21 avril

Assurance vieillesse

La demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse doit être formulée pour les salariés exerçant leur activité hors du territoire français et dans le délai de **10 ans** à compter du premier jour de l'exercice de l'activité à l'étranger.

Article R. 742-32 du Code de la Sécurité sociale

Modifié par le décret n° 2010-1776 du 31 décembre 2010

LE MONTANT DES COTISATIONS

1^{er} cas : le salarié relève d'une assurance maladie obligatoire française pendant au moins 5 ans :

Le salaire pris en compte pour déterminer la base de cotisations et la catégorie dans laquelle on cotise est définie selon le salaire brut résultant de votre activité à l'étranger (primes et indemnités comprises) avant toute déduction sociale ou fiscale et ce, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

Il faut produire soit une copie des 3 derniers bulletins de salaire, soit une attestation de l'employeur ou une copie du contrat de travail précisant le salaire mensuel moyen avant toute déduction. Les copies doivent être certifiées conformes par l'employeur.

2^e cas : le salarié a cotisé au moins 6 mois à une assurance vieillesse obligatoire française avant le départ de France :

Le salaire pris en compte pour déterminer la base de cotisations et la catégorie dans laquelle le salarié cotise est définie selon la rémunération moyenne mensuelle brute perçue au cours des 6 derniers mois de l'activité en France, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. Il faut produire soit une attestation de l'employeur indiquant les salaires bruts perçus au cours des 6 derniers mois de l'activité en France ou les bulletins de salaires des 6 derniers mois en France.

COTISATIONS

ASSIETTE

L'assiette des cotisations à la CFE est composée de la totalité des ressources, dont les revenus.

Le terme "ressources" s'entend de l'ensemble des ressources, de quelque nature qu'elles soient.

Article D. 765-22 du Code de la Sécurité sociale

MODALITÉS - PAIEMENT

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en francs français, à la Caisse des français de l'étranger.

Article R. 762-7 du Code de la Sécurité sociale

Demande de radiation de l'assuré

L'assuré a la faculté de demander, à tout moment, sa radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. Elle entraîne le cas échéant le remboursement des cotisations qui auraient été acquittées par avance pour ce trimestre ou les trimestres ultérieurs.

Il n'y a pas d'effet rétroactif.

Non-paiement

Lorsque les cotisations n'ont pas été versées à l'échéance prescrite, la Caisse des français de l'étranger invite le redevable à régulariser sa situation dans le mois suivant.

L'intéressé encourt la radiation de l'assurance volontaire lorsque les cotisations n'ont pas été acquittées à 2 échéances successives.

Toutefois, la radiation ne devient effective que si le redevable ne défère pas à une mise en demeure l'invitant à s'acquitter de ses cotisations dans les 3 mois à compter de sa réception.

Lorsque l'assuré justifie, par une attestation des services consulaires, avoir versé le montant de sa cotisation en monnaie locale à l'organisme local agréé pour les transferts, la procédure de radiation est suspendue.

La Caisse des français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité.

Article R. 762-20 et suivants du Code de la Sécurité sociale

COTISATIONS AFFÉRENTES AUX DIFFÉRENTS RISQUES

Accidents du travail et maladies professionnelles

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible au premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en francs français, à la Caisse des français de l'étranger.

La cotisation peut être réglée d'avance pour l'année civile entière.

L'effectif d'adhérents est égal à la moyenne annuelle du nombre de salariés cotisant au premier jour de chaque trimestre civil.

Article D. 762-4 du Code de la Sécurité sociale

Les ristournes éventuelles sont accordées sous la forme d'une baisse du taux de cotisation annuel en fonction des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées au cours des 3 années civiles précédentes.

Elles ne peuvent dépasser 25 % du taux normal de l'assurance volontaire (1 %).

Article D. 762-5 du Code de la Sécurité sociale

Ces ristournes sont accordées à condition que l'entreprise souscrive à la fois aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité :

- de 100 à 399 contrats, l'abattement est de 0,25 point ;
- pour plus de 399 contrats, l'abattement est de 0,35 point.

Article D. 762-3 du Code de la Sécurité sociale

Le taux de la ristourne est obtenu par application de la formule suivante :

$$\text{Taux de la ristourne} \quad : \quad \left[\frac{\text{Taux légal } n}{4} \right] - \left[\frac{\text{taux brut } n - 3 + \text{taux brut } n - 2 + \text{taux brut } n - 1}{12} \right]$$

- de l'année n, dans laquelle :
 - "n" est l'année d'attribution de la ristourne,
 - le taux légal est 1 %,
 - le taux brut est déterminé, pour chaque entreprise mandataire, par la formule suivante :
- $$\text{taux brut} \quad = \quad \frac{\text{coût du risque} \times 100}{\text{salaires retenus pour l'assiette des cotisations}}$$

"Sont intégrés dans le coût du risque pour chacune des années considérées les dépenses de soins et d'indemnités journalières, les capitaux représentatifs des rentes attribuées aux victimes, les capitaux correspondant aux accidents mortels ainsi que les indemnités en capital, évalués conformément aux règles du régime général."

Article D. 762-6 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2008-143 du 14 février 2008

Nombre minimal d'adhérents

Le nombre minimal d'adhérents, pour bénéficier de la ristourne, est de 10 depuis le 1^{er} août 1998.

Article D. 762-4 du Code de la Sécurité sociale

BARÈME DES COTISATIONS TRIMESTRIELLES

TRAVAILLEURS SALARIÉS

ASSURANCE VOLONTAIRE - ANNÉE 2015 - DU 01.01.2015 AU 31.12.2015

Plafond annuel de la Sécurité sociale pour 2015 : 38 040 €

Ressources annuelles	Égales ou supérieures à 38 040 €	Entre 25 360 € et 38 039 €	Inférieures à 25 360 € ⁽¹⁾
Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
Base de calcul des cotisations	38 040 €	25 360 €	19 020 €
Assurance de base			
■ Maladie, maternité, invalidité salarié de 35 ans et plus	600 €	399 €	300 €
■ Maladie, maternité, invalidité salarié entre 30 et moins de 35 ans	540 €	360 €	270 €
■ Maladie, maternité, invalidité salarié de moins de 30 ans	480 €	318 €	240 €
■ Option indemnités journalières maladie, maternité, capital décès (par trimestre)	63 €	42 €	30 €
■ Option pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois (par trimestre)	189 €	126 €	96 €

⁽¹⁾ Si les ressources sont inférieures à 19 020 €, il est possible de bénéficier de la prise en charge du tiers de la cotisation de la 3^e catégorie à l'assurance de base maladie-maternité-invalidité par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE. La demande doit être formulée auprès du consulat de rattachement. Montant de la cotisation trimestrielle 3^e catégorie « aidée » : 201 €.

La cotisation ci-après est calculée à partir d'un salaire choisi par l'assuré (entre minimum et maximum) :

		Salaire minimum 18 264 €	Salaire maximum 146 112 €
■ Accident du travail et maladie & professionnelle	1,15 %	54 €	420 €
■ Option voyages d'expatriation (aller-retour) par trimestre	0,20 %	9 €	72 €

Ressources annuelles (vieillesse)	Égales ou supérieures à 38 040 €	Entre 19 020 € et 38 039 €	Inférieures à 19 020 €	Assurés âgés de - de 22 ans
Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e
Montant trimestriel des cotisations	Base de calcul des cotisations			
	38 040 €	28 530 €	19 020 €	9 510 €
	Montant trimestriel des cotisations			
	1 659 €	1 245 €	831 €	414 €

TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Ressources annuelles ⁽¹⁾	Égales ou supérieures à 38 040	Entre 25 360 € et 38 039 €	Inférieures à 25 360 €
Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
Base de calcul des cotisations	38 040 €	25 360 €	19 020 €
Assurance de base (montant trimestriel)			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie, maternité salarié de 35 ans et plus salarié entre 30 et moins de 35 ans salarié de moins de 30 ans catégorie aidée ⁽²⁾ 	780 € 702 € 624 €	519 € 468 € 414 €	390 € 351 € 312 € 261 €
<ul style="list-style-type: none"> ■ Option pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois (par trimestre) 	189 €	126 €	96 €

PERSONNE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Ressources annuelles ⁽¹⁾	Égales ou supérieures à 38 040	Entre 25 360 € et 38 039 €	Inférieures à 25 360 €
Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
Base de calcul des cotisations	38 040 €	25 360 €	19 020 €
Assurance de base (montant trimestriel)			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie, maternité salarié de 35 ans et plus salarié entre 30 et moins de 35 ans salarié de moins de 30 ans catégorie aidée ⁽²⁾ 	780 € 702 € 624 €	519 € 468 € 414 €	390 € 351 € 312 € 261 €
<ul style="list-style-type: none"> ■ Option pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois (par trimestre) 	189 €	126 €	96 €

⁽¹⁾ **Ressources prises en compte pour les travailleurs indépendants** : totalité des ressources personnelles annuelles, de quelque nature qu'elles soient, dont revenu professionnel brut (avant déduction de toutes natures), pour le dernier exercice imposé avant demande d'adhésion. Pour les moins de 35 ans, cotisation calculée sur base forfaitaire (3^e catégorie) les deux premières années d'exercice. Pour les plus de 35 ans, cotisation calculée sur base forfaitaire (2^e catégorie) la première année d'exercice.

Ressources prises en compte pour les personnes sans activité : totalité des ressources annuelles du ménage (y compris celles du conjoint ou concubin, quelle que soit sa nationalité) perçues à l'étranger et en France, pendant l'année civile qui précède la demande d'adhésion.

⁽²⁾ **3^e catégorie aidée** : Si les ressources sont inférieures à 19 020 €, il est possible de bénéficier de la prise en charge d'une partie de la cotisation de la 3^e catégorie à l'assurance de base maladie-maternité par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE. La demande doit être formulée auprès du consulat de rattachement.

PERSONNES CHARGÉES DE FAMILLE

VIEILLESSE (par trimestre)

17,45 % sur 507 fois le SMIC en vigueur au 1^{er} janvier 2015 (9,61 €) : 849 €.

PENSIONNÉ D'UN RÉGIME FRANÇAIS D'ASSURANCE VIEILLESSE

MALADIE - MATERNITÉ (par trimestre, selon situation) :

- si pensions < **21 143 €** : cotisation forfaitaire minimale de **222 €** réglée par le pensionné ;
- si pensions > **21 143 €** : cotisation de **4,2 %** prélevée sur chacune des retraites.

OPTION prestations supplémentaires pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois (par trimestre) :

- si pensions < **21 143 €** : cotisation forfaitaire minimale de **96 €** réglée par le pensionné ;
- si pensions > **21 143 €** : cotisation de **2 %** prélevée sur chacune des retraites.

ÉTUDIANTS

MALADIE - MATERNITÉ (par trimestre) : **144 €**.

OPTION séjours en France de 3 à 6 mois (par trimestre) : **96 €**.

ACCIDENT DE TRAVAIL (stage conventionné uniquement) : **54 €**.

BARÈME DES COTISATIONS TRIMESTRIELLES POUR LES ENTREPRISES

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015

Plafond annuel de la Sécurité sociale pour 2014 : **38 040 €**

	MALADIE - MATERNITÉ - INVALIDITÉ								
	MOINS DE 10 SALARIES			ENTRE 10 ET 99 SALARIES			ENTRE 100 ET 399 SALARIES		
Ressources annuelles	= ou > à 38 040 €	entre 25 360 € et 38 039 €	< à 25 360 €	= ou > à 38 040 €	entre 25 360 € et 38 039 €	< à 25 360 €	= ou > à 38 040 €	entre 25 360 € et 38 039 €	< à 25 360 €
Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
Montant Salarié de - 30 ans	480 €	318 €	240 €	426 €	282 €	213 €	369 €	246 €	186 €
Montant Salarié de 30 à 35 ans	540 €	360 €	270 €	480 €	318 €	240 €	417 €	276 €	207 €
Montant Salarié de 35 ans et +	600 €	399 €	300 €	534 €	354 €	267 €	462 €	306 €	231 €
Option indemnités journalières, capital décès (taux 0,65 %)	63 €	42 €	30 €	63 €	42 €	30 €	63 €	42 €	30 €

À PARTIR DE 400 SALARIÉS : MALADIE - MATERNITÉ - INVALIDITÉ

	Égales ou supérieures à 38 040 €	Entre 25 360 € à 38 039 €	Inférieure à 25 360 €
	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
Assurance de base			
■ Maladie, maternité, invalidité salarié de moins de 30 ans	351 €	234 €	174 €
salarié entre 30 et moins de 35 ans	393 €	261 €	198 €
salarié de 35 ans et plus	438 €	291 €	219 €
■ Option indemnités journalières maladie, maternité, capital décès	63 €	42 €	30 €

La cotisation trimestrielle est calculée sur une base choisie entre le minimum et le maximum indiqué ci-dessous.

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

	Taux	Base annuelle minimale de cotisations : 18 264 €	Base annuelle maximale de cotisations : 146 112 €
Plus de 100 salariés expatriés adhérant uniquement à l'assurance accident du travail	1,15 % ⁽¹⁾	54 €	420 €
Entre 100 et 399 salariés expatriés adhérant à l'assurance accident du travail et à l'assurance-maladie	0,90 % ⁽¹⁾	42 €	330 €
400 salariés expatriés et plus adhérant à l'assurance accident du travail et à l'assurance-maladie	0,80 % ⁽¹⁾	39 €	291 €
Option voyages d'expatriation (aller-retour)	0,20 %	9 €	72 €

⁽¹⁾ Taux commun avant déduction de la ristourne éventuelle

VIEILLESSE - VEUVAGE

Taux 17,45 %	Ressources annuelles	Égales ou supérieures à 38 040 €	Entre 19 020 € à 38 039 €	Inférieure à 19 020 €	Assurés âgés de moins de 22 ans
	Catégorie	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e
	Base de calcul de la cotisation	38 040 €	28 530 €	19 020 €	9 510 €
	Montant trimestriel	1 659 €	1 245 €	831 €	414 €

EXONÉRATIONS TOTALES OU PARTIELLES DE COTISATIONS

SALARIÉS EXPATRIÉS EXONÉRÉS DU PAIEMENT DES COTISATIONS

L'article 19 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale institue la possibilité d'exonérer de cotisations certains assurés.

Champ d'application

La Caisse des français de l'étranger peut accorder aux adhérents dont l'âge est inférieur à 35 ans, qu'ils soient salariés ou non-salariés, et à l'exclusion des étudiants, une ristourne sur leur cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité.

Le montant de cette ristourne, qui peut varier selon l'âge de l'adhérent, est fixé par décret.

Cette ristourne ne peut être accordée aux adhérents bénéficiant de la prise en charge des cotisations au titre de l'action sanitaire et sociale.

Article L. 766-2-4 du Code de la Sécurité sociale

Cette ristourne, applicable jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel intervient le 30^e ou le 35^e anniversaire, est fixée à :

- 20 % pour les personnes dont l'âge est inférieur à 30 ans ;
- 10 % pour celles dont l'âge est compris entre 30 et 35 ans.

Sont exclus les étudiants et les personnes qui, ayant des ressources annuelles inférieures à la moitié du plafond de la Sécurité sociale, bénéficient de la prise en charge partielle de leur cotisation par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE.

Cette mesure entraîne la suppression de la réduction des charges sociales, instaurée en 1994, en faveur des entreprises françaises pour les emplois nouvellement créés à l'étranger occupés par des personnes âgées de moins de 30 ans.

Cotisations maladie-maternité-invalidité

Le taux des cotisations dues à la Caisse des français de l'étranger au titre des salariés expatriés est de 6,10 %.

Décret n° 2008-143 du 14 février 2008 - JO du 16 février

Ce taux subit un abattement pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 10 contrats.

Synthèse des taux applicables

	Salarié de 35 ans et plus	Salarié entre 30 et moins de 35 ans	Salarié de moins de 30 ans
Moins de 10 salariés	6,10 %	5,49 %	4,88 %
Entre 10 et 99 salariés	5,40 %	4,86 %	4,32 %
Entre 100 et 399 salariés	4,65 %	4,185 %	3,72 %
À partir de 400 salariés	4,40 %	3,96 %	3,52 %

AIDE POUR LES PERSONNES À REVENUS MODESTES

Les expatriés ayant des ressources modestes peuvent bénéficier d'une prise en charge partielle de la cotisation maladie-maternité.

Conditions d'attribution de l'aide

Les conditions pour l'attribution de cette aide sont les suivantes :

- être de nationalité française ;
- être immatriculé ou en instance d'immatriculation auprès du consulat du lieu de résidence ;
- adhérer à titre individuel en tant que salarié, non-salarié ou autres catégories, à l'exclusion des étudiants, des salariés dont l'entreprise est mandataire des cotisations, et des personnes adhérant en tant que pensionnés d'un régime de retraite français ;
- avoir des ressources de toute nature inférieures à la moitié du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Démarches à effectuer et procédure pour l'attribution de l'aide

La demande d'aide est déposée auprès des services consulaires et examinée par une commission locale réunie par les autorités diplomatiques ou consulaires.

Le chef de la mission diplomatique ou du poste admet ou non le demandeur au bénéfice de l'aide, sur la base de l'avis émis par la commission locale. Il transmet cette décision ainsi que, s'il y a lieu, la demande d'adhésion, à la Caisse des français de l'étranger. Il notifie sa décision au demandeur et, en cas de refus, les voies et délais de recours.

Le bénéfice de l'aide et l'adhésion prennent effet le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la décision du chef diplomatique ou consulaire.

L'aide consiste en la prise en charge par la CFE, sur son budget d'action sanitaire et sociale, du tiers de la cotisation de la troisième catégorie de l'assurance de base.

Les personnes admises au bénéfice de l'aide sont tenues de répondre à la demande de justification de ressources formulée une fois par an par la commission locale. Elles sont tenues d'informer les services consulaires de toute modification de leur situation personnelle ou patrimoniale.

Au vu de la réponse du bénéficiaire, ou en l'absence de réponse dans les deux mois, le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire constate la fin de la prise en charge partielle de la cotisation. Il notifie sa décision à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'au bénéficiaire en mentionnant les voies et les délais de recours. Cette décision prend effet le dernier jour du trimestre en cours.

*Articles D. 766-2 à D 766-6 nouveaux du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2002-544 du 19 avril 2002 - JO du 21 avril*

Cette mesure est reconduite pour les demandes acceptées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2007.

Arrêté du 23 mars 2007 - JO du 5 avril

Cotisations pour les pensionnés

Le montant minimum de la cotisation forfaitaire réduite applicable aux pensionnés adhérant à la CFE est fixé à 1 % pour 2002. Elle sera progressivement augmentée de 0,5 % par an au titre de chacun des exercices suivants.

DATE D'EFFET DES PRESTATIONS

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La date d'effet de l'adhésion aux risques accidents du travail et maladies professionnelles est fixée au jour de l'adhésion.

Accident de trajet

Lorsque cette option a été choisie, la garantie s'applique dès le moment où le salarié quitte le territoire métropolitain et celui où il arrive sur le sol étranger (il en est de même pour le retour), il s'agit des déplacements professionnels exclusivement.

Assurance vieillesse-veuvage

La date d'effet de l'adhésion aux risques d'assurances vieillesse-veuvage est fixée au premier jour du trimestre civil suivant le dépôt de la demande.

Assurance maladie-maternité

Demande d'adhésion

La demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité doit être formulée dans un délai déterminé.

Ce délai est calculé, selon le cas :

- soit à compter de la date à laquelle l'intéressé pouvait adhérer à l'une de ces assurances volontaires ;
- soit pour les personnes qui, résidant dans un pays étranger, deviennent titulaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, à la date de liquidation de cette pension ;
- soit pour les personnes qui, après avoir résidé dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, s'installent dans un pays tiers, à compter de la date à laquelle elles cessent de relever du régime de Sécurité sociale de cet État.

Lorsque la demande d'adhésion est présentée dans un délai de 3 mois à compter de la date à laquelle une personne cesse de bénéficier d'un régime obligatoire français d'assurance maladie-maternité, cette dernière a droit et ouvre droit dès cette même date aux prestations correspondantes de l'une des assurances volontaires.

Article R. 766-5 du Code de la Sécurité sociale

Jusqu'à expiration de ce délai de 3 mois, les prestations lui sont servies par la CFE, pour le compte du régime auquel il était précédemment affilié.

Toutefois, les demandes présentées après l'expiration de ce délai peuvent être satisfaites compte tenu de l'âge de l'intéressé, ou sous réserve du paiement des cotisations afférentes à la période écoulée depuis cette date dans la limite d'un plafond.

Si la demande est présentée au-delà du délai de 3 mois, l'assuré bénéficie des prestations en nature de ces assurances volontaires pour les soins donnés à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion et, s'il est âgé d'au moins 45 ans, à compter du premier jour du septième mois suivant cette date.

Ces délais doivent permettre d'assurer, le cas échéant, la continuité de la couverture des risques au regard de la législation française au moment du départ et du retour en France de l'assuré.

Article L. 766-1 du Code de la Sécurité sociale

PRESTATIONS MALADIE-MATERNITÉ

PRESTATIONS EN NATURE

Bénéficiaires

Bénéficiaire des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité l'assuré ainsi que ses ayants droit tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Sont considérés comme membres de la famille de l'assuré au titre de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité :

- le conjoint de l'assuré, la personne qui vit maritalement avec lui ou la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, s'il est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, à la condition d'en apporter la preuve et de ne pouvoir bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre ;
- jusqu'à 16 ans, les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle, à la charge de l'assuré ou de la personne visée ci-dessus ;
- jusqu'à 18 ans et lorsqu'ils ne peuvent bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre, les enfants placés en apprentissage ;
- jusqu'à 20 ans pour les enfants poursuivant des études ;
- jusqu'au 30 septembre de l'année suivant leur 21^e anniversaire, pour les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité professionnelle ; l'enfant conserve la qualité d'ayant droit jusqu'au terme de l'année scolaire, dès lors qu'il poursuit des études et atteint l'âge de 20 ans au cours de cette année, s'il ne peut prétendre à la qualité d'étudiant ou bénéficiaire de la qualité d'assuré social à un autre titre ;
- l'ascendant de l'assuré qui vit sous le toit de celui-ci, est à sa charge effective, totale et permanente, et se consacre exclusivement aux soins du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de l'assuré, âgés de 14 ans au maximum, cette dernière condition n'étant remplie que lorsque les parents sont tenus hors du foyer par l'exercice d'une activité professionnelle ou lorsque le foyer ne comporte qu'un seul parent exerçant lui-même une activité professionnelle ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret ;
- toute autre personne qui avait la qualité d'ayant droit de l'assuré dans le régime obligatoire français dont celui-ci relevait immédiatement avant son adhésion, tant que les conditions qui fondaient cette qualité d'ayant droit restent remplies.

Les ayants droit sont également garantis pendant 3 mois suivant le décès de l'assuré. La qualité d'ayant droit est établie par la présentation du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance et d'une autre pièce justificative différente en fonction de l'ayant droit.

Articles R. 766-1-1 et R. 766-4 du Code de la Sécurité sociale

Remboursement de soins

Les soins dispensés à l'étranger aux personnes ouvrent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France. Des tarifs de responsabilité particuliers peuvent être fixés par arrêté ministériel.

Toutefois, lorsque les dépenses exposées sont manifestement excessives au regard du coût moyen de soins analogues dans le pays de résidence, tel qu'établi à partir des demandes de remboursement présentées à la Caisse des français de l'étranger, celle-ci peut, après avoir sollicité les explications de l'assuré, ajuster les prestations servies sur la base de ce coût moyen, sans que ces prestations puissent excéder celles qui auraient été dues par la caisse en application de l'alinéa précédent.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la Caisse des français de l'étranger toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Article R. 766-1-2 du Code de la Sécurité sociale

Ticket modérateur

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie est fixée à :

- 20 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation ainsi que les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;
- 20 % pour les frais d'hospitalisation ;
- 30 % pour les frais d'honoraires de praticiens ;
- 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux et les frais d'analyses et de laboratoires ;
- 65 % pour certains médicaments ;
- 35 % pour les autres frais et médicaments y compris les frais de transport.

Pour les frais d'hospitalisation, la participation de l'assuré est fixée dans les conditions prévues au régime général.

Article R. 762-13 du Code de la Sécurité sociale

Au titre de l'article R. 762-14, la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée :

- lorsqu'à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (liste des affections de longue durée) ;

La participation peut être supprimée, sur avis conforme du contrôle médical, lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection non inscrite sur la liste des affections de longue durée mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

- lorsque le bénéficiaire est un enfant ou un adolescent handicapé.

Limites

La part garantie ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ou par ses ayants droit.

Le montant total des prestations en nature versées à l'occasion d'un traitement médical ne peut excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si l'intéressé avait reçu les soins en France.

Paielement - Modalités

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Les décomptes peuvent être envoyés à un mandataire au choix de l'assuré, par exemple une assurance complémentaire ou une mutuelle.

Le remboursement est effectué par virement sur un compte bancaire ou postal.

Le dossier de remboursement adressé par l'assuré doit comprendre toutes justifications des dépenses exposées, et notamment :

- le montant des honoraires perçus par le praticien ;
- les factures de pharmacie, d'examens de laboratoire, de fournitures autres que les médicaments, d'appareillage ou de transport sanitaire ;
- le montant des frais d'hospitalisation ou des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

La demande de remboursement devra être constituée à l'aide de feuilles de maladie spéciales dont le modèle est fixé par arrêté.

La caisse peut, toutes les fois que cela est nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter l'intéressé à faire viser les justifications par les autorités consulaires françaises.

Toutes les dépenses exposées à l'étranger doivent être justifiées par des factures ou notes acquittées, ou portant la mention d'un paiement par chèque, traduites en français ou dans l'une des langues étrangères prévues par arrêté.

Article R. 762-39 du Code de la Sécurité sociale

PRESTATIONS EN ESPÈCES

Seul l'assuré est bénéficiaire des prestations en espèces.

Délai de carence

Les indemnités journalières ne sont versées qu'à partir du 31^e jour d'arrêt de travail.

Durée du versement maladie

L'indemnité journalière de maladie est accordée pour les affections de courte durée à partir du 31^e jour à compter du point de départ de l'incapacité de travail, elle peut être servie pendant une durée maximum de 120 jours sur une période de 12 mois de date à date.

Pour les affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant 2 ans de date à date, pour toute incapacité ayant débuté au-delà du 12^e mois d'affiliation à l'option indemnité journalière.

«Quand l'incapacité de travail a débuté avant le 12^e mois d'affiliation à l'option indemnité journalière et que l'intéressé a adhéré à ladite option dans le délai d'un an (à compter soit de la date à laquelle débute l'activité salariée dans un pays étranger, soit de la date à laquelle le salarié travaillant à l'étranger a cessé de relever de la législation française de Sécurité sociale), l'indemnité journalière peut être servie si l'intéressé relevait d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale 12 mois avant la date de début de l'affection invalidante et s'il remplit, par totalisation des périodes d'assurance à ce régime et à celui de la Caisse des français à l'étranger, la condition de 12 mois de durée d'affiliation.»

Durée du versement maternité

Les indemnités journalières pour maternité sont versées pendant une période de 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et pendant 10 semaines après l'accouchement.

Montant des indemnités journalières

Le montant de l'indemnité dépend de la base de cotisation annuelle à l'assurance maladie-maternité-invalidité :

Base de cotisations	Montant journalier pour 2012 en Euros
Plafond Sécurité sociale	60,62 €
2/3 du plafond de la Sécurité sociale	40,41 €
1/2 du plafond de la Sécurité sociale	30,31 €

Le congé de paternité

La CFE peut indemniser le congé de paternité pris par tout salarié expatrié qui justifie de 10 mois d'affiliation à l'option indemnités journalières maladie-maternité à la date du début du congé (coordination possible avec le régime général).

Le congé de paternité doit être pris dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant.

L'indemnité journalière, d'un montant maximal de 58,92 € est versée dans la limite de 11 jours (18 en cas de naissance multiple) en tenant compte du nombre de jours réellement pris et indiqués sur l'attestation que doit compléter l'employeur.

De la même façon que pour l'assurance maladie-maternité, les indemnités journalières peuvent être réglées à l'employeur en cas de subrogation.

PRESTATIONS VIEILLESSE-INVALIDITÉ-DÉCÈS

INVALIDITÉ

Formalités

L'assuré bénéficiaire de l'assurance invalidité a des droits calculés sur les mêmes bases que le régime général.

La demande de pension doit être adressée à la caisse des français de l'étranger accompagnée d'un dossier médical.

Pour l'exercice de son droit de contrôle, la caisse peut inviter l'intéressé à fournir toutes les justifications qu'elle estimera nécessaires, éventuellement visées par les autorités consulaires françaises.

Reprise d'activité

Lorsque la reprise du travail a lieu à l'étranger, la pension d'invalidité ne peut se cumuler avec les gains ou salaires du pensionné que dans la limite du salaire qui a servi de base au calcul de la pension.

Pension de substitution

Lorsque les pensions de substitution ne peuvent être liquidées, la pension d'invalidité ou la pension de veuve ou de veuf invalide est remplacée par une allocation calculée sur la base de cette pension au prorata de la durée de cotisation à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité et de perception de la pension d'invalidité sur la durée limite d'assurance «carrière». Cette allocation, dont le montant ne peut être inférieur à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, est servie sans possibilité de cumul avec un éventuel avantage de base au titre d'un régime français d'assurance vieillesse.

Article L. 762-7 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de Modernisation Sociale - JO du 18 janvier

DÉCÈS

Décès

Bénéficiaires

En cas de décès de l'assuré, le capital décès est versé aux bénéficiaires prioritaires qui étaient au jour du décès à sa charge effective totale et permanente. A défaut, si aucune priorité n'est invoquée dans un délai de 3 mois suivant le décès de l'assuré, le capital sera versé par ordre de préférence au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire lié par un PACS, à défaut aux descendants, et dans le cas où le défunt ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un PACS, ni descendants, aux ascendants.

Article D. 762-2-7 du Code de la Sécurité sociale

Montant du capital

Le montant du capital décès est égal à 90 fois le gain journalier de base calculé sur 1/360^e de l'assiette annuelle ayant servi de base au calcul des cotisations.

VIEILLESSE

Les droits validés au titre de l'assurance volontaire vieillesse sont les mêmes que pour le régime général.

Les salaires forfaitaires retenus pour la validation sont fonction de la catégorie servant de base en calcul des cotisations :

- 1^{re} catégorie : salaire forfaitaire égal à 100 % du plafond de Sécurité sociale ;
- 2^e catégorie : salaire forfaitaire égal à 75 % du plafond de Sécurité sociale ;
- 3^e catégorie : salaire forfaitaire égal à 50 % du plafond de Sécurité sociale ;
- 4^e catégorie : salaire forfaitaire égal à 25 % du plafond de Sécurité sociale.

PRESTATIONS ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

L'assuré qui bénéficie de l'option accidents du travail a droit aux prestations, sous réserve de justifier du paiement effectif des cotisations correspondantes à la date de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle.

Article R. 762-25 du Code de la Sécurité sociale

DÉCLARATIONS - FORMALITÉS

Les assurés assument les obligations mises à la charge de l'employeur par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La déclaration d'accident doit être établie par la victime ou son représentant. Elle doit, sauf motif grave, être adressée à la caisse des français de l'étranger dans les 48 heures qui suivent l'accident.

Dans le cas où la législation du pays où elle exerce son activité professionnelle prévoit une enquête d'accidents du travail analogue à celle prévue par le régime français, la victime est tenue de faire parvenir à la Caisse des français de l'étranger un exemplaire du procès-verbal de cette enquête.

La caisse peut en outre, dans tous les cas et dès réception de la déclaration d'accident, demander que les autorités consulaires françaises procèdent, dans les conditions qui sont précisées par un arrêté conjoint du ministre chargé des relations extérieures et du ministre chargé de la Sécurité sociale, à une enquête permettant de déterminer les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

Pour l'exercice de son droit de contrôle, la caisse peut faire procéder à l'examen médical de la victime, en faisant appel soit aux organismes de Sécurité sociale locaux, soit aux autorités consulaires françaises.

Elle peut également inviter la victime à faire viser par les autorités consulaires les réponses aux demandes de renseignements et les certificats médicaux relatifs à l'accident.

Article R. 762-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Contestation d'ordre médical

En cas de contestation d'ordre médical rendant nécessaire le recours à une expertise, les dispositions habituelles sont applicables.

Toutefois la Caisse des français de l'étranger peut faire appel pour la désignation du médecin expert soit aux institutions de Sécurité sociale du pays où réside le travailleur expatrié soit aux autorités consulaires françaises.

Article R. 762-19 du Code de la Sécurité sociale

Contestation de la décision de la caisse

Si la Caisse des français de l'étranger entend contester le caractère professionnel de l'accident, elle doit en informer par écrit la victime et les autorités consulaires françaises dans le délai de 2 mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit.

Lorsqu'il est fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie présentée par l'assuré comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la caisse peut en contester le caractère professionnel. Dans ce cas elle doit, en ce qui concerne la contestation d'ordre médical, en informer par écrit la victime et les autorités consulaires dans le délai de 2 mois suivant la date à laquelle il a été fait état pour la première fois de cette lésion ou de cette maladie comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Les assurés qui ont également adhéré à l'assurance volontaire maladie, maternité et invalidité reçoivent, à titre provisionnel, les prestations de cette assurance tant que la caisse ne leur a pas notifié sa décision et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

Si le caractère professionnel n'est pas admis, la caisse notifie sa décision motivée à l'assuré en lui indiquant les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation.

Si la caisse n'a pas usé de la faculté de contestation prévue, le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est considéré comme établi à son égard.

Article R. 762-33 du Code de la Sécurité sociale

Aggravation et activité en France

S'il est fait état d'une aggravation de la lésion alors que le salarié a cessé d'exercer son activité à l'étranger et a repris une activité salariée en France, l'organisme ou service dont l'intéressé relève pour les accidents du travail prend en charge les conséquences de la rechute pour le compte de la Caisse des français de l'étranger.

L'indemnité journalière est alors calculée sur la base du salaire journalier antérieur à la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision prévue.

Article R. 762-34 du Code de la Sécurité sociale

PRESTATIONS EN NATURE

Les soins et les frais d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle donnés ou exposés en France, sont pris en charge par la Caisse des français de l'étranger dans les conditions prévues comme pour le régime général.

Pour les soins donnés et les frais exposés à l'étranger, il est fait application des conditions prévues pour les prestations en nature maladie.

Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale détermine les cas et conditions dans lesquels le versement des prestations est subordonné à un accord préalable de la Caisse des français de l'étranger.

PRESTATIONS EN ESPÈCES

Attestation de salaire

En vue du paiement des indemnités journalières, l'assuré doit fournir une attestation certifiant que son salaire ne lui est pas maintenu intégralement ou partiellement par son employeur pendant la période d'incapacité temporaire.

Si, durant cette période, l'employeur maintient tout ou partie du salaire, il est subrogé de plein droit à la victime dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières à due concurrence des sommes qu'il a versées.

Article R. 762-27 du Code de la Sécurité sociale

Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont calculées à partir d'un gain journalier de base égal à $1/300^e$ du salaire annuel de base (exprimé en euros) qui ne peut être inférieur au montant du salaire minimum prévu au 1^{er} janvier de l'année civile concernée, ni supérieur à 8 fois ce montant, soit :

■ **au 1^{er} avril 2011 :**

- salaire minimum : **17 192 €**,
- salaire maximum : **137 536 €**.

Le montant des indemnités journalières est égal à 60 % du gain journalier de base pendant les 28 premiers jours et 80 % de ce même gain journalier de base à compter du 29^e jour.

Rente d'accidents du travail

La rente est calculée en fonction du taux d'incapacité et du salaire forfaitaire choisi pour le calcul des cotisations à la date de l'accident.

En cas de décès, les ayants droit peuvent bénéficier de rentes calculées en fonction du salaire forfaitaire choisi et de la qualité du bénéficiaire (conjoint, enfants, etc.).

SÉJOUR OU RETOUR DÉFINITIF EN FRANCE

SÉJOUR TEMPORAIRE EN FRANCE

Séjour inférieur à 3 mois

Pendant les séjours en France inférieurs à 3 mois, l'assuré et ses ayants droit bénéficient du remboursement des soins par la caisse des français de l'étranger (sous réserve de l'acquittement des cotisations).

Ce délai peut être porté à 6 mois sans cotisation supplémentaire pour les assurés de la caisses des français de l'étranger relevant d'un régime de Sécurité sociale en France

Exemple : pensionnés du régime général.

Séjour supérieur à 3 mois

Lorsque l'option pour séjours temporaires en France a été souscrite au moment de l'adhésion, elle permet à la caisse des français de l'étranger de prendre en charge les soins en France lors de séjours supérieurs à 3 mois et inférieurs à 6 mois.

☞ *Les ayants droit de l'assuré sont couverts quelle que soit la durée de leurs séjours en France.*

RETOUR DÉFINITIF

Le retour définitif en France met fin aux prestations de la CFE. Si l'assuré reprend une activité salariée dès son retour, il a droit aux prestations de la Sécurité sociale, immédiatement, sans délai de carence. En cas de chômage ou d'arrêt de travail médicalement prescrit dans les 3 mois qui suivent ce retour, les prestations peuvent être maintenues.

Le maintien du droit aux prestations

En principe le retour définitif en France met fin au droit aux prestations. Toutefois, un maintien de droit peut être accordé dans certaines situations.

Reprise d'une activité salariée dès le retour en France

L'assuré a droit immédiatement, au titre de la coordination, aux prestations maladie-maternité-invalidité, en nature (remboursements de soins) et en espèces (indemnités journalières) par la Caisse de Sécurité sociale de son domicile.

Exemple

Si, après une reprise d'activité de 48 heures, l'assuré est malade, le droit aux prestations est acquis grâce à la coordination immédiate entre la CFE et le régime général.

Retour en France sans reprendre d'activité

En cas de maladie avec incapacité de travail, survenant au cours des 3 mois qui suivent le retour définitif en France, les prestations auxquelles l'assuré avait droit à l'étranger sont maintenues gratuitement par la CFE tant que le contrôle médical estime que l'assuré se trouve dans l'incapacité physique de reprendre un emploi. Les certificats d'incapacité de travail sont à envoyer à la CFE.

Retour en France en tant que demandeur d'emploi

Il bénéficie du remboursement de ses soins, par la CFE, pendant 3 mois à compter du 1^{er} jour de résidence en France. Au-delà de ce délai, le régime général prend le relais si l'assuré perçoit un revenu de remplacement. A défaut, si l'assuré ne relève d'aucun régime obligatoire en qualité d'assuré ou d'ayant droit, il peut être pris en charge dans le cadre de la couverture maladie universelle (CMU). Il faut se renseigner auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du domicile.