



# Terres d'Isan et de France

สมาคมแดนอีสานและฝรั่งเศส

Voici une procédure pour remplir vos demandes de remboursements OUT PATIENT auprès de la CFE .

Ce tutoriel a été conçu (sans prétention) pour aider les personnes à ne pas commettre d'erreur et faciliter la prise en charge de leur demande.

## Pré-requis à la demande de remboursement.

Vous devez être en possession des scans de:

1. La facture détaillée de l'hôpital rédigée en Anglais.
2. La facture générale rédigée en Anglais ( il peut y avoir des informations complémentaires utiles pour la CFE).
3. Le certificat médical du docteur rédigé en Anglais.



😊 Astuce pour avoir des documents clairs et légers: Réglage scanner en 150 X 150 DPI

Ces documents doivent être stockés sur votre PC de façon à les retrouver facilement.

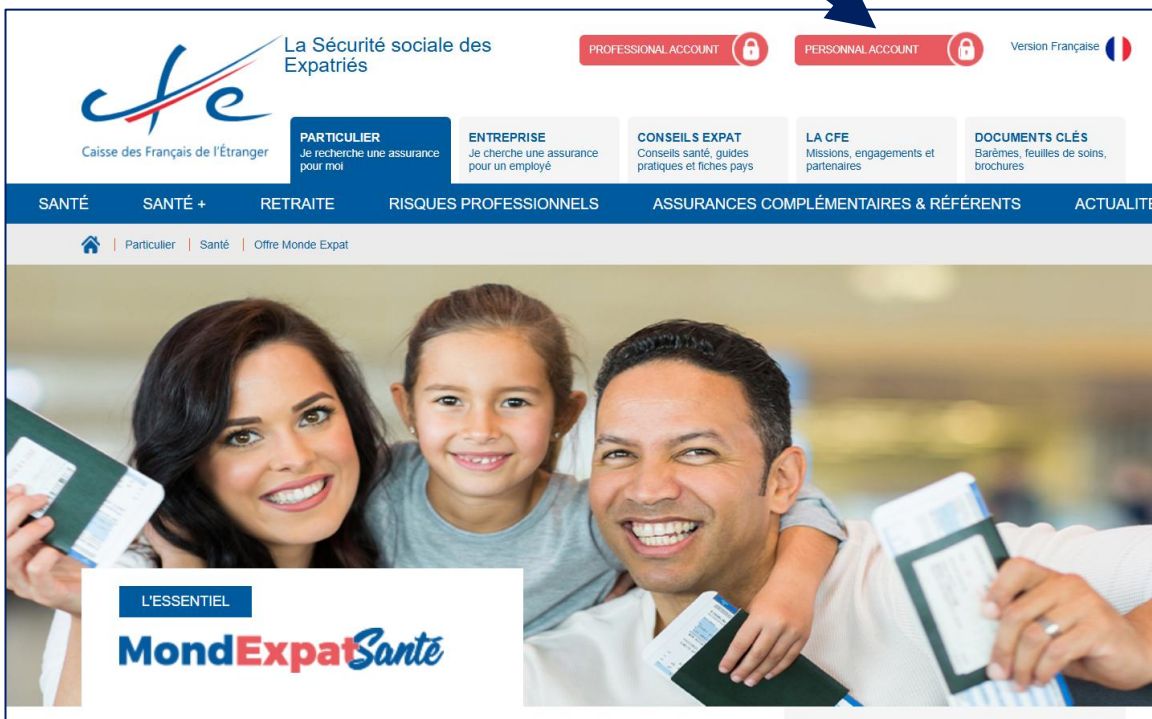
## Procédure.

1

Accédez au site de la CFE  lien cliquable

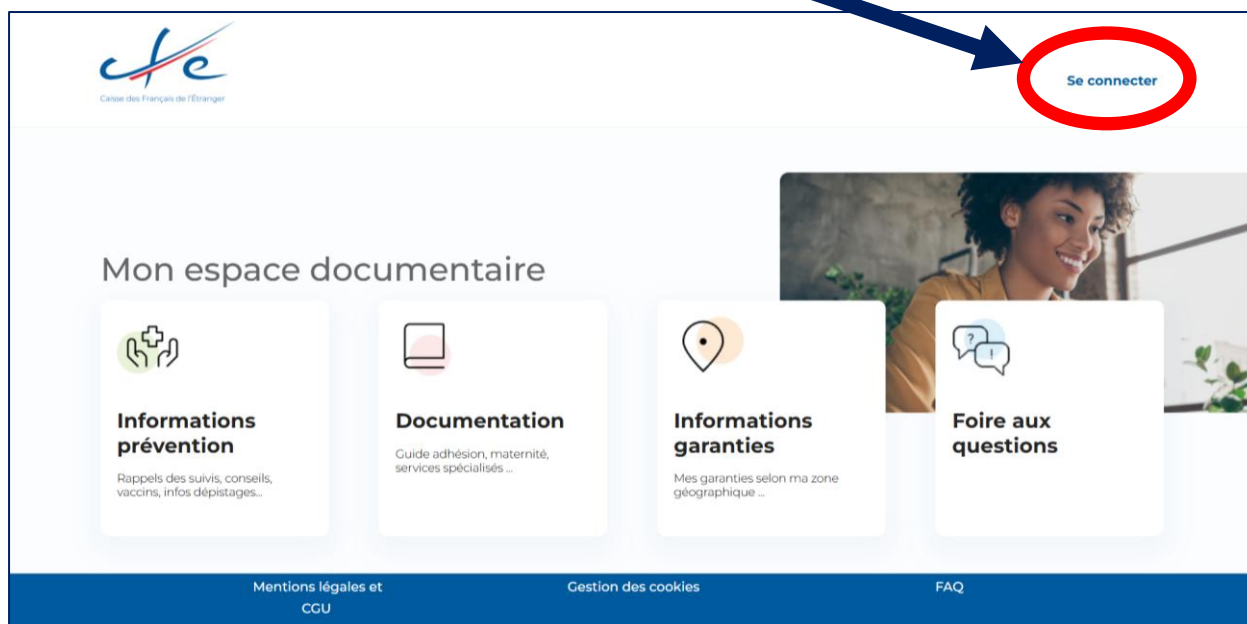
2

Accédez à votre espace personnel.



3

Cliquez sur "Se connecter"



4

Inscrivez votre N° SS

5

Puis votre mot de passe

6

Cliquez sur "Continuer"

The image shows the login page of the CFE website. At the top is the CFE logo. Below it, the heading "J'accède à mon compte personnel" is followed by the text "Tous les champs sont obligatoires" and "Tous les champs sont obligatoires" in red. There are two input fields: the first is labeled "Mon numéro de sécurité sociale à 13 caractères" and the second is labeled "Mot de passe". Below these fields is a link that says "Vous avez oublié votre mot de passe ?". At the bottom is a blue button labeled "Continuer". Three numbered instructions are on the left: "4 Inscrivez votre N° SS" points to the first input field, "5 Puis votre mot de passe" points to the second input field, and "6 Cliquez sur 'Continuer'" points to the "Continuer" button.

## Authentification en deux étapes:

La CFE va vous envoyer un code dans votre boîte mail



Caisse des Français de l'Étranger

Pour accéder à votre compte CFE, la saisie d'un code de sécurité est nécessaire. Ce code sera envoyé à l'adresse mail associée à votre compte :

[tartenpion@gmail.com](mailto:tartenpion@gmail.com)

7

Cliquez sur "Envoyer le code de vérification"

Envoyer le code de vérification

8

Consultez votre boîte mail (Message Microsoft)

Microsoft pour le c. Notifications Code de vérification de l'adresse de messagerie du compte Caisse des Français d...

Vérifiez votre adresse de messagerie

Merci d'avoir vérifié votre compte [tartenpion@gmail.com](mailto:tartenpion@gmail.com)

Votre code est : 864982

Cordialement,  
Caisse des Français de l'Étranger

9

Copier le code à 6 chiffres

10

Coller le code à 6 chiffres ici

11

Cliquez sur "Vérifier le code"



The screenshot shows the CFE (Caisse des Français de l'Étranger) login interface. At the top is the CFE logo and name. Below it, a message states that a security code is required and will be sent to the email associated with the account. A text input field contains the email address [tartenpion@gmail.com](mailto:tartenpion@gmail.com). Below this, a label says "Je saisis le code de vérification reçu par mail". A second text input field contains the 6-digit security code "864982". At the bottom are two blue buttons: "Vérifier le code" and "Envoyer un nouveau code".

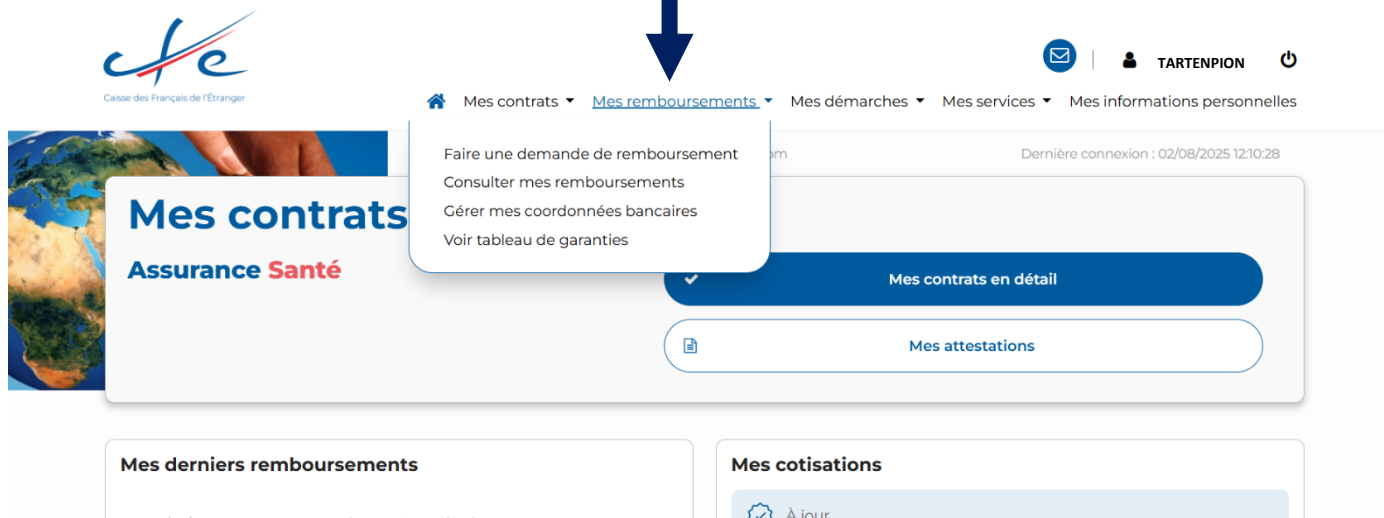
Si vous n'avez rien reçu, cliquez sur "Envoyer un nouveau code" et repartez à l'étape 8

Vous voici dans votre espace personnel.

Pour faire une demande de remboursement, continuez de suivre cette procédure

12

Cliquez sur "Mes remboursements"



The screenshot shows the CFE user dashboard. The top navigation bar includes the CFE logo, a home icon, and several menu items: "Mes contrats", "Mes remboursements" (highlighted with a blue underline), "Mes démarches", "Mes services", and "Mes informations personnelles". The user's name "TARTENPION" and a power icon are on the right. Below the navigation bar, there's a section titled "Mes contrats Assurance Santé" with a globe image. A dropdown menu is open under "Mes remboursements", showing options: "Faire une demande de remboursement", "Consulter mes remboursements", "Gérer mes coordonnées bancaires", and "Voir tableau de garanties". Below this, there are buttons for "Mes contrats en détail" and "Mes attestations". At the bottom, there are two sections: "Mes derniers remboursements" and "Mes cotisations".

13

Cliquez sur "Faire une demande de remboursement"

Mes contrats ▾ [Mes remboursements](#)

Faire une demande de remboursement

Consulter mes remboursements

Gérer mes coordonnées bancaires

Voir tableau de garanties

14

Cliquez sur "Déposez une facture étrangère ou TOM"

## Faire une demande de remboursement

Vous pouvez déposer une demande de remboursement de soins en ligne, pour vous ou pour l'un de vos ayants droit de moins de 16 ans.

Déposer une facture étrangère ou TOM (y compris Monaco)

Pour tous les soins prescrits et dispensés en France, merci de vous adresser à la caisse d'affiliation du régime obligatoire dont vous dépendez. Les soins dispensés en France mais prescrits à l'étranger doivent être envoyés à la CFE par courrier.

Voir le tableau des garanties

15

Remplir les 3 champs. Sélectionnez les choix dans les listes déroulantes

## Déposer une demande de remboursement

### SÉLECTION D'UN BÉNÉFICIAIRE

### SAISIE D'UNE DEMANDE

### DÉPÔT DES JUSTIFICATIFS

Sélectionnez le bénéficiaire concerné

Bénéficiaire concerné \*

TARTENPION

Pays de soins

Pays où ont été dispensés les soins \*

THAILANDE

Devise

BAHT (THAILANDE)

Circonstance

Cette demande de remboursement concerne \*

Sélectionner

Sélectionner

Maladie

Accident causé par un tiers

Accident de travail

Maternité

16

Cliquez sur "Suivant"

Suivant

17

Cliquez sur "Ajouter un soin"

Ajouter un soin

Bénéficiaire concerné \*

TARTENPION

Cette demande de remboursement concerne \*

Maladie

Pays où ont été dispensés les soins \*

THAILANDE

Vous pouvez saisir jusqu'à 5 actes par demande de remboursement. Si vous souhaitez saisir plus de 5 actes, vous devez créer une nouvelle demande.

Type d'acte ↑

Détail acte

Date

Montant

Devise

Pour la CFE, « UN SOIN » correspond à un sous total (ici intitulé « Total ») dans votre facture détaillée.

Décortiquez votre facture détaillée.

Dans cet exemple de facture détaillée il y a 5 lignes de « Total ».

Chaque ligne Total correspond à un SOIN.



ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
QUEEN SIRIKIT HEART CENTER OF THE NORTHEAST

OPD Statement detail

Name : Mr. TARTENPION

HN : 63002208

Birth Date : 14/07/1789

National ID :

Payor : ชำระเงินเอง

Visit Date : 08/11/2025

Time : 08:12

Location : Premium Clinic, งานคลัง, ห้องตรวจ

Diagnosis : Coronary arteriosclerosis

Group	Code	Item	Quantity	Unit price	Covered	Not Covered	Total
4		Aspent-M (Aspirin 81 mg)	120	0.50	-	-	60.00
		Atorvastatin Sandoz 40 mg	120	6.00	-	-	720.00
		Ome-prazole แคปซูล 20 mg	120	1.50	-	-	180.00
		Meot cal atr 25 g (M)	4	12.00	-	-	48.00
		Total			-	-	1,008.00
7	32103	Albumin	1	30.00	-	-	30.00
	32309	Alkaline phosphatase	1	40.00	-	-	40.00
	32311	ALT (Alanine Transaminase)	1	40.00	-	-	40.00
	32310	AST (Aspartate Transaminase)	1	40.00	-	-	40.00
	32307	Bilirubin Direct	1	40.00	-	-	40.00
	32208	Bilirubin (Total)	1	40.00	-	-	40.00
	32202	Creatinine	1	40.00	-	-	40.00
	32103	Potassium	1	40.00	-	-	40.00
	34301	Total Protein	1	60.00	-	-	60.00
	36317	Anti-HBs	1	150.00	-	-	150.00
	36331	Anti-HCV	1	300.00	-	-	300.00
	36319	HBsAg	1	130.00	-	-	130.00
	37310	PSA	1	360.00	-	-	360.00
		Total			-	-	1,310.00
9	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler ต่อครั้ง	1	2,000.00	-	-	2,000.00
		Total			-	-	2,000.00
12	55020	ค่าบริการผู้ป่วยนอก	1	50.00	-	-	50.00
		Total			-	-	50.00
17		คำปรึกษาพิเศษ(DFE)	1	800.00	-	-	800.00
		คำปรึกษาพิเศษ(DFU)	1	300.00	-	-	300.00
		Total			-	-	1,100.00
		Grand Total			-	-	5,468.00

**Soin 1**  
Pharmacie

**Soin 2**  
Analyses

**Soin 3**  
Imagerie

**Soin 4**  
Infirmière

**Soin 5**  
Consultation  
Généraliste ou  
Spécialiste



**RAPPEL : Chaque demande peut comporter maximum 5 soins. Elle doit être accompagnée de la facture acquittée détaillée (tous les médicaments doivent être impérativement affichés avec leur prix), facture générale ainsi que du certificat ou ordonnance médicale.**

**Dans le cas où une facture détaillée comporte, par exemple, 8 totaux (donc 8 soins), vous ferez 2 demandes, une de 5 soins et une de 3 soins. Chaque demande sera accompagnée des documents Ordonnance/Certificat médical + Facture acquittée détaillée + Facture générale**

**Pour exemple: Premier soin à traiter → Pharmacie**

Group	Code	Item	Quantity	Unit price	Covered	Not Covered	Total
4		Aspent-M (Aspirin 81 mg)	120	0.50	-	-	60.00
		Atorvastatin Sandoz 40 mg	120	6.00	-	-	720.00
		Ome-prazole แคปซูล 20 mg	120	1.50	-	-	180.00
		Neotica balm 25 g (N)	4	12.00	-	-	48.00
		Total			-	-	1,008.00

**Soin 1**  
Pharmacie

18

Remplissez tous les champs

#### Description du soin concerné par le remboursement

Type d'acte \*

Pharmacie/Fournisseur

Détail acte \*

Pharmacie (molécules chimiques, vaccin, ...)

Type Pharmacie \*

Médicaments / Pharmacie

Date de prescription \*

08/11/2025

Absence date prescription

☐

Date de délivrance \*

08/11/2025

Devise \*

BAHT (THAILANDE)

Montant \*

1008

Montant pris en charge par organisme local ⓘ

Vous devez joindre obligatoirement un justificatif de type Feuille de soins disponible dans l'onglet "DOCUMENTS CLÉS" rubrique "Vos remboursements" du site. Si vous avez d'autres justificatifs à joindre, vous devez sélectionner un autre type de document.

Annuler

Envoyer

19

Cliquez sur "Envoyer"

**Votre premier soin est maintenant ajouté à la liste, vous allez cliquer sur " Ajouter un soin" pour tous les autres soins à enregistrer.**

Vous pouvez saisir jusqu'à 5 soins par demande de remboursement.  
Si vous avez d'autres soins à saisir, vous devez effectuer une nouvelle demande.

Ajouter un soin

Type d'acte ↑	Détail acte	Date	Montant	Devise	
Pharmacie/Fournisseur	Pharmacie (molécules chimiques, vaccin, ...)	08/11/2025	1 008,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer

**Tous vos soins sont maintenant ajoutés à la liste, vous allez cliquer sur " Suivant" pour ajouter les documents facture détaillée acquittée, facture générale ainsi que le certificat médical ou ordonnance (page 9).**

Vous pouvez saisir jusqu'à 5 soins par demande de remboursement.  
Si vous avez d'autres soins à saisir, vous devez effectuer une nouvelle demande.

Ajouter un soin

Type d'acte ↑	Détail acte	Date	Montant	Devise	
Acte(s) en série (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)	Soins infirmiers	08/11/2025	50,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer
Consultation médicale	Spécialiste	08/11/2025	1 100,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer
Laboratoire	Prise de sang/Analyse d'urine	08/11/2025	1 310,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer
Pharmacie/Fournisseur	Pharmacie (molécules chimiques, vaccin, ...)	08/11/2025	1 008,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer
Radiologie	Echographie	08/11/2025	2 000,00	BAHT (THAILANDE)	Supprimer

20

**Cliquez sur "Suivant"**

Suivant

Lorsque plusieurs soins figurent sur une même facture ou feuille de soins, n'oubliez pas de créer autant de lignes que de montants à rembourser (Bouton « + Ajouter un soin »).

Ne cumulez pas les montants de plusieurs actes en une seule ligne, vos remboursements pourraient être erronés.

Souhaitez-vous modifier vos soins déclarés ?

21

**Poursuivre pour envoyer les documents à joindre, cliquez sur "Non"**

Non

Oui



Encore un petit effort, vous êtes arrivé à la dernière étape !  
Ajouter les justificatifs et envoyer la demande.

SÉLECTION D'UN BÉNÉFICIAIRE      SAISIE D'UNE DEMANDE      DÉPÔT DES JUSTIFICATIFS

1 ————— 2 ————— 3

Bénéficiaire concerné      Cette demande de remboursement concerne \*      Pays où ont été dispensés les soins \*

TARTENPION      Maladie      THAILANDE

ter d  
stific  
ntion, la taille maximale de chaque fichier ne peut pas dépasser 3Mo.

**22** Cliquez sur "Suivant"

Ajouter un justificatif

Nom du document	Type de document	Date d'ajout
-----------------	------------------	--------------

Créer

Type de document \*

Sélectionner

- Sélectionner
- Feuille de soins
- Prescription / Ordonnance**
- Facture acquittée
- Autre

Annuler      Envoyer

**23** Sélectionnez votre type de document à envoyer.

Créer

Type de document \*

Prescription / Ordonnance

Joindre un fichier\*

Le fichier doit être à un des formats suivants : .pdf, .jpg, .jpeg, .png  
La taille du fichier ne doit pas dépasser 3Mo.

Parcourir

Annuler      Envoyer

**24** Cliquez sur « Parcourir » pour sélectionner l'emplacement sur le disque où est stocké votre document à envoyer.

**25** Quand le document est téléchargé, cliquez sur "Envoyer"

Pour les documents suivants, répétez les étapes 22, 23, 24 et 25.

**Vous pouvez éventuellement écrire un commentaire ici.**

Nom du document	Type de document	Date d'ajout
-----------------	------------------	--------------

Aucune pièce jointe ajoutée.

Vous pouvez ajouter un commentaire à votre demande

Commentaire

Engagement

Je m'engage sur l'exactitude des déclarations et j'ai bien noté que je dois conserver les originaux des justificatifs joints à ma demande pendant une durée minimale de 27 mois, et être en mesure de les fournir à la CFE sur simple demande. En cas de non-production des originaux, des sanctions peuvent être appliquées telles que suspension de droits, reversement des prestations indument perçues, blocage du service de dépôt en ligne ...

J'ai bien noté que le dépôt en ligne des demandes de remboursement n'engage pas la CFE quant au paiement.

Précédent

Envoyer la demande

26

**Vos lignes de soins et vos documents justificatifs ayant été chargés, il ne vous reste plus qu'à cliquer sur " Envoyer votre demande".**

**Un message de la CFE vous indique que votre demande a bien été enregistrée.**

**Vous pouvez également retourner dans votre espace personnel pour vérifier l'évolution de votre demande et consulter, dans les jours suivant, le montant de votre remboursement.**

CFE  
Caisse des Français de l'Étranger

TARTENPION

Mes contrats ▾ Mes remboursements ▾ Mes démarches ▾ Mes services ▾ Me

Faire une demande de remboursement  
**Consulter mes remboursements**  
Gérer mes coordonnées bancaires  
Voir tableau de garanties

Mes contrats en détail

Mes attestations

Mes contrats  
Assurance Santé