



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA  
Fitaviana - Tanindrazana - Fandrosoana  
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

## SECRETARIAT GÉNÉRAL

### DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES ET DES AFFAIRES GÉNÉRALES

#### DIRECTION DU BUDGET

#### SERVICE RÉGIONAL DU BUDGET

### CENTRE DE TRAITEMENT DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ET PRISE EN CHARGE DES RETRAITÉS (CTRFMP)

## REMBOURSEMENT POUR LES SOINS EXTERNES

#### → Quand faire une demande de remboursement ?

Lorsque les frais médicaux ne sont pas pris en charge, ces derniers peuvent faire l'objet de remboursement.

#### → Qui sont concernés ?

Sont concernés par cette procédure :

- Les agents retraités, leur époux (se), leur(s) enfants de moins de 20 ans en sont concernés.
- Les veufs, veuves et orphelins de moins de 20 ans.

#### → Quelles sont les conditions ?

pour bénéficier d'un remboursement pour les soins externes :

- Le dossier doit être complet et ne comporter aucune anomalie.
- Le retraité et les membres de sa famille doivent résider sur le territoire malagasy.
- Les soins/traitements doivent être assurés par un établissement public à lits payants ou par des formations sanitaires agréées par l'État..

#### → Quelles est la durée de traitement du dossier ?

La demande sera traitée en un (01) an mais peut varier en fonction du nombre de dossiers en cours.

#### @ Quelles sont les pièces à fournir ?

Les pièces requises pour bénéficier d'un remboursement pour les soins externes sont les suivantes :

- ✓ Demande manuscrite adressée au Chef du Service Régionale du Budget Analamanga avec les mentions suivantes : Nom complet, adresse exacte, numéro de téléphone, montant demandé
- ✓ Enveloppe GM
- ✓ Photocopie de la carte de pensionné ou du bulletin de pension
- ✓ Photocopie de la CIN

- ✓ Bulletin de consultation pour chaque ordonnance avec date, signature et cachet du médecin traitant et également le cachet de l'hôpital
- ✓ Ordonnance dont les détails suivants doivent être obligatoirement mentionnés :
  - Nom et prénom ainsi que l'âge du malade
  - Cachet de l'établissement sanitaire traitant
  - Date, nom complet, signature et cachet du médecin traitant
  - Cachet de la pharmacie
- ✓ Facture dont les détails suivants doivent être obligatoirement mentionnés :
  - N° facture
  - Date et nom complet du malade
  - Nom de la pharmacie avec N°STAT, NIF
  - Cachet « payé-livré »
  - Nom du responsable de la pharmacie
- ✓ Notice dont les détails suivants doivent être obligatoirement mentionnés :
  - Nom et signature du responsable de la pharmacie
  - Cachet de la pharmacie.
- ✓ Relevé d'identité bancaire (RIB) pour les demandes de remboursement au-delà de 2 000 000ar



#### **Si époux(se) ou enfant, il devra se munir de :**

- Photocopie certifiée conforme du livret de famille ou acte de mariage moins de 6 mois pour l'époux(se)
- Acte de naissance moins de 6 mois pour les enfants moins de 20 ans
- Certificat médical provenant du médecin d'Etat pour l'enfant handicapé plus de 20 ans

#### **Si l'agent pensionné est décédé, se munir de :**

- Acte de décès du pensionné
- Acte de notoriété
- Ordonnance du tribunal
- Photocopie de la CIN de la personne mentionnée dans l'ordonnance du tribunal



Immeuble FARITANY-Ambohidahy



srb.analamanga@dgifag.mg



032 56 953 28