

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE DE COMMUNICATION

L'institution expéditrice remplit la partie A et envoie deux exemplaires du formulaire à l'institution destinataire. Celle-ci remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution expéditrice. Le formulaire est utilisé en tant que complément à d'autres formulaires ou pour tout échange de renseignements qui ne sont pas prévus formellement dans le cadre des formulaires, auxquels il ne se substitue en aucun cas.

- | | | |
|--|------------|--|
| ☐ Demande de renseignements | concernant | ☐ un travailleur salarié |
| ☐ Communication de renseignements | | ☐ un travailleur non salarié |
| ☐ Demande de formulaires | | ☐ un titulaire de pension ou de rente |
| ☐ Rappel | | ☐ un demandeur de pension ou de rente |
| | | ☐ un chômeur |
| | | ☐ un ayant droit |

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

A. Demande de renseignements

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne concernée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
2.4	Date de naissance
2.5	Adresse
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

3 ☐ Demande ☐ Rappel de la demande du

Veuillez nous envoyer pour la personne désignée au cadre 2

3.1 ☐ le(s) formulaire(s) suivant(s)

3.2 ☐ le(s) document(s) suivant(s)

3.3 ☐ le(s) renseignement(s)

3.4 Motif de la demande

4 Institution qui remplit la partie A

4.1 Dénomination

4.2 Adresse

4.3 Cachet

4.4 Date

4.5 Signature

B. Réponse

5

Comme suite à votre demande du.....nous vous transmettons ci-joints

5.1 ☐ Le/s formulaire/s suivant/s

5.2 ☐ Le/s document/s suivant/s

5.3 ☐ Le/s renseignement/s suivant/s

6

Comme suite à votre demande du nous vous informons qu'il nous est impossible de vous transmettre :

6.1 ☐ Le/s formulaires suivants

6.2 ☐ Le/s document/s suivant/s

6.3 ☐ Le/s renseignement/s suivant/s

.....

.....

6.4 ☐ Motifs :

.....

7

Institution qui remplit la partie B

7.1 Dénomination

.....

7.2 Adresse

.....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date

.....

7.5 Signature

.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LES PERIODES D'ASSURANCE POUR L'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE CONTINUEE

*Article 5 de la Convention
Article 4 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente qui a reçu une demande d'admission à l'assurance volontaire continuée remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution compétente de l'autre Partie contractante. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer, remplit la partie B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

A. Demande d'attestation

1	Institution destinataire (Institution compétente ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne concernée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Adresse
	
	
2.4	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.5	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.6	Nationalité

3 La personne désignée au cadre 2 déclare avoir exercé une activité

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ salariée | ☐ non salariée |
| ☐ au Luxembourg | ☐ au Maroc |

- 4 En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous communiquer les périodes d'assurance accomplies par elle à partir du

..... sous la législation de votre pays pour le risque

☐ maladie - maternité

☐ vieillesse - invalidité - survie

5 Institution compétente qui a reçu la demande

5.1 Dénomination

.....

5.2 Adresse

.....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date

.....

5.5 Signature

.....

B. Attestation

6 Il est certifié que la personne désignée au cadre 2

6.1 ☐ a accompli depuis la date indiquée au point 4 les périodes d'assurance suivantes: nature de l'assurance*

du au

du au

du au

du au

6.2 ☐ n'a pas accompli de périodes d'assurance sous notre législation.

* A = obligatoire

B = volontaire

7	Institution compétente pour l'attestation		
7.1	Dénomination		
7.2	Adresse		
7.3	Cachet	7.4	Date
		7.5	Signature

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE RELATIF A LA TOTALISATION DES PERIODES D'ASSURANCE

*Articles 8, 19, 20 et 21 de la Convention
Articles 5 et 19 paragraphe 2 de l'Arrangement administratif*

Ce formulaire est établi par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique. Il est à annexer aux formulaires L/M 13, 14 ou 15. L'institution de l'autre Partie contractante adressera, à l'institution d'instruction, au moyen d'un formulaire identique, les périodes d'assurance accomplies par le demandeur sous la législation qu'elle applique. Ce document peut également être utilisé lorsque la personne assurée, qui ne réside pas dans l'Etat de l'institution d'affiliation, demande uniquement un relevé de sa carrière d'assurance.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire (Institution compétente ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Demandeur de pension	
2.1	Noms	
2.2	Prénoms	
2.3	Date de naissance	
2.4	Adresse	
		
		
2.5	N° de sécurité sociale	au Luxembourg
		au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc	
2.7	Nationalité	

4 Autres hypothèses

- 4.1
- ☐
- Le demandeur de pension désigné au cadre 2 justifie d'une période d'assurance inférieure à un an.

Toutefois ☐ Il peut bénéficier ☐ Il ne peut pas bénéficier

d'une pension au titre de la législation nationale.

- 4.2
- ☐
- Le demandeur de pension désigné au cadre 2 a accompli des périodes d'assurance dans l'Etat tiers suivant

avec le quel ☐ le Luxembourg ☐ le Maroc est lié par une convention bilatérale.

5 Institution qui remplit le formulaire

5.1 Dénomination

.....

5.2 Adresse

.....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date

.....

5.5 Signature

.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT (DETACHEMENT)*Articles 10, 11 et 12 de la Convention**Article 6 paragraphe 1 et article 7 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente de la Partie contractante à la législation de laquelle est soumis le travailleur remplit le formulaire, à la demande du travailleur ou de son employeur, et le remet au demandeur. Avant son départ pour aller travailler dans l'autre Partie contractante, le travailleur doit se faire délivrer un formulaire L/M 5 ou L/M 7 par son institution d'assurance maladie-maternité. Si le travailleur ne possède pas le formulaire L/M 5 ou L/M 7, l'institution du lieu où il travaille doit le demander à l'institution auprès de laquelle il est assuré en matière d'assurance maladie-maternité.

1	☐ Travailleur salarié	☐ Travailleur non salarié
1.1	Noms	
1.2	Prénoms	
1.3	Date de naissance	
1.4	Adresse	
		
		
1.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg	
	au Maroc	
1.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc	
1.7	Nationalité	

2	☐ Employeur	☐ Activité non salariée
2.1	Nom ou raison sociale	
		
2.2	Adresse	
		
		

3	Le travailleur désigné au cadre 1
---	-----------------------------------

- | | |
|-----|---|
| 3.1 | ☐ est détaché ou exercera une activité non salariée pendant la période
du au
auprès de |
| 3.2 | Nom ou raison sociale |
| 3.3 | Adresse |
| 3.4 | ☐ est occupé depuis le.....au service de la mission diplomatique ou du poste consulaire
☐ du Grand-Duché de Luxembourg ☐ du Royaume du Maroc
et a opté pour l'application de la législation ☐ luxembourgeoise ☐ marocaine. |
| 3.5 | ☐ exerce une activité visée à l'article 10 ☐ paragraphe 2 ☐ paragraphe 3 ☐ paragraphe 4
de la Convention. |

4	Attestation
---	-------------

- | | |
|-----|---|
| 4.1 | Le travailleur désigné au cadre 1 reste soumis à la législation ☐ luxembourgeoise ☐ marocaine |
| 4.2 | ☐ en vertu de l'article 10
☐ paragraphe 1, point a) de la Convention.
☐ paragraphe 1, point b) de la Convention |
| 4.3 | du au |
| 4.4 | ☐ pendant toute la durée de son activité désignée au point 3.4. |
| 4.5 | ☐ pendant toute la durée de son activité désignée au point 3.5. |
| 4.6 | ☐ pour la durée de l'activité (voir lettre de l'autorité compétente ou de l'organisme désigné dans le pays
d'emploi qui autorise l'assuré à rester soumis à la législation de l'État d'origine, du détachement en date
du réf.) |

5	Membres de famille qui accompagnent le travailleur désigné au cadre 1
---	---

Noms	Prénoms	Date de naissance	N° de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

6	Institution compétente
---	------------------------

6.1	Dénomination		
			
6.2	Adresse		
			
			
6.3	Cachet	6.4	Date
			
		6.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

CERTIFICAT DE PROLONGATION D'ASSUJETTISSEMENT (DETACHEMENT)

*Article 10 paragraphe 1 points a) et b) de la Convention
Article 6 paragraphe 3 de l'Arrangement administratif*

L'employeur ou le travailleur non salarié doit remplir la partie A du formulaire en quatre exemplaires qu'il enverra, au Luxembourg, au Centre commun de la sécurité sociale, et au Maroc, au Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, Direction de la Protection Sociale des Travailleurs. Cette autorité demandera l'accord de l'autorité compétente de la Partie contractante où le travailleur a été détaché ou exerce son activité non salariée, moyennant ce formulaire. Après réception de l'accord, deux exemplaires du formulaire, remplis à la partie B, seront envoyés à l'employeur ou au travailleur non salarié. L'employeur en remettra un exemplaire au travailleur salarié.

A. A remplir par l'employeur ou le travailleur non salarié

1	Autorité compétente ou organisme désigné
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	☐ Travailleur salarié	☐ Travailleur non salarié
2.1	Noms	
2.2	Prénoms	
2.3	Date de naissance	
2.4	Adresse	
		
		
2.5	N° de sécurité sociale	au Luxembourg
		au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc	
2.7	Nationalité	

3 Le travailleur désigné au cadre 2

3.1 ☐ a été détaché pendant la période
du au

3.2 ☐ exerce une activité non salariée pendant la période
du au
auprès de

3.3 Nom ou raison sociale

.....

Adresse

.....

.....

4 ☐ Employeur ☐ Travailleur non salariée

4.1 Nom ou raison sociale

.....

4.2 Adresse

.....

.....

4.3 Cachet 4.4 Date

.....

4.5 Signature

.....

5 Membres de famille qui accompagnent le travailleur désigné au cadre 2

Noms	Prénoms	Date de naissance	N° de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

B. A remplir par l'autorité compétente ou l'organisme désigné du pays d'envoi

6	Le travailleur désigné au cadre 2 était porteur d'un certificat de détachement L/M 3
6.1	délivré le et venant à expiration le
6.2	Nous demandons la continuation de l'assujettissement du travailleur en question à la législation
	☐ luxembourgeoise ☐ marocaine
	pour la période du au

7	Autorité compétente ou organisme désigné	
7.1	Dénomination	
		
7.2	Adresse	
		
		
7.3	Cachet	7.4 Date
		
		7.5 Signature
		

C. A remplir par l'autorité compétente ou l'organisme désigné du pays où le travailleur désigné au cadre 2 est détaché ou exerce son activité

7	Nous déclarons
7.1	☐ être d'accord ☐ ne pas être d'accord pour que le travailleur désigné au cadre 2 continue à être soumis à la législation ☐ luxembourgeoise ☐ marocaine
7.2	pendant la période du au

8	Autorité compétente ou organisme désigné	
8.1	Dénomination	
		
8.2	Adresse	
		
		
8.3	Cachet	8.4 Date
		
		8.5 Signature
		

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE LA PERSONNE RESIDANT SUR LE TERRITOIRE DE L'UNE DES PARTIES CONTRACTANTES ET TRAVAILLANT DANS L'AUTRE

*Article 13 paragraphe 1 et article 17 paragraphe 1 point a) de la Convention
Article 9 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'assuré, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire est établi à la demande de celle-ci. Cette dernière institution, une fois en possession des deux exemplaires en question, remplit la partie B et retourne l'un des deux à l'institution compétente.

A. Attestation

1	Institution du lieu de résidence
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne assurée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

- 3 La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations de l'assurance maladie-maternité

à partir du
et jusqu' à annulation de la présente attestation.

4	Institution compétente	
4.1	Dénomination	
		
4.2	Adresse	
		
		
4.3	Cachet	4.4 Date
		4.5 Signature

B. Notification de l'inscription

5	
5.1	La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille
5.2	☐ ont été inscrits chez nous le
5.3	☐ n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que
5.4	☐ les membres de la famille de la personne désignée au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce qu'ils ont droit aux prestations en nature dans le pays de résidence du fait de l'exercice d'une activité professionnelle.
5.5	☐

6 Les membres suivants de la famille de la personne désignée au cadre 2 ont été inscrits:

6.1	Noms	Prénoms	Date de naissance	N° de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
				
				
				
				
				
				

6.2 Date de l'inscription

7 Institution du lieu de résidence

7.1	Dénomination		
			
7.2	Adresse		
			
			
7.3	Cachet	7.4	Date
			
		7.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES MEMBRES DE LA FAMILLE

*Article 13 paragraphe 2 et article 17 paragraphe 1 point a) de la Convention**Article 10 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'intéressé, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente.

A. Attestation

1	Institution du lieu de résidence
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne assurée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

3 Les membres de la famille de la personne désignée au cadre 2 ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à moins

3.1 ☐ qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation du pays où ils résident.

3.2 ☐ qu'ils n'exercent une activité professionnelle.

4 Ce droit est ouvert à la date du

et subsiste jusqu'à annulation de la présente attestation.

5 Institution compétente

5.1 Dénomination

.....

5.2 Adresse

.....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date

.....

5.5 Signature

.....

B. Notification de l'inscription

6 Les membres de la famille de la personne désignée au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que

6.1 ☐ aucun membre de la famille n'a droit aux prestations.

6.2 ☐ tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays.

6.3 ☐ le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle dans notre pays.

6.4 ☐ les pièces nécessaires pour attester l'état de famille n'ont pas été présentées.

7 Les membres suivants de la famille de la personne désignée au cadre 2 ont été inscrits:

7.1	Noms	Prénoms	Date de naissance	N° de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
				
				
				
				
				
				

7.2 Date de l'inscription

8 Institution du lieu de résidence

8.1	Dénomination		
			
8.2	Adresse		
			
			
8.3	Cachet	8.4	Date
			
		8.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE IMMEDIATEMENT NECESSAIRES EN CAS DE SEJOUR TEMPORAIRE SUR LE TERRITOIRE DE L'AUTRE PARTIE CONTRACTANTE

*Article 14, article 16 paragraphe 3 et article 17 paragraphe 1 point a) de la Convention
Article 11 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé, ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. En cas d'urgence le formulaire peut être présenté directement à l'hôpital ou au prestataire de soins.

Attention ! Ce document n'ouvre aucun droit si le but du voyage est de recevoir un traitement médical

1	Bénéficiaire
1.1	Noms
1.2	Prénoms
1.3	Date de naissance.....
1.4	Adresse.....
1.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
1.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
1.7	Nationalité

- 2 La personne précitée a droit aux prestations en nature **immédiatement** nécessaires (cas d'urgence) de l'assurance maladie - maternité. Ces prestations peuvent être servies du au inclus

3	Institution compétente
3.1	Dénomination
3.2	Adresse
3.3	Cachet
3.4	Date
3.5	Signature

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE NOTIFIANT LA FIN DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE

*Article 9 paragraphe 3, article 10 paragraphe 1-1, article 12 paragraphe 3 et article 25 paragraphe 1
de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'institution du lieu de résidence qui remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente.

A. Notification

1	Institution du lieu de résidence
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne concernée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

3	Membre de la famille
3.1	Noms
3.2	Prénoms
3.3	Lien de parenté avec la personne désignée au cadre 2
3.4	Date de naissance
3.5	Adresse
	
	
3.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
3.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc

4 Le droit à prestations attesté par notre formulaire.....du.....
a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant:

.....
.....

4.1 ☐ La personne désignée au cadre 2 a cessé d'être assurée au

.....

4.2 ☐ La pension ou la rente de la personne désignée au cadre 2 est suspendue ou supprimée au

.....

4.3 ☐ Les personnes inscrites chez vous ne résident plus dans votre pays depuis le

.....

4.4 ☐ Le titulaire du droit à prestations est décédé le

4.5 ☐ Autres

.....

5	Institution compétente		
5.1	Dénomination		
			
5.2	Adresse		
			
			
5.3	Cachet	5.4	Date
			
		5.5	Signature
			

B. Accusé de réception

6 La notification contenue à la partie A ci-avant nous est parvenue le

7 Le bénéfice des prestations en nature est ☐ suspendu ☐ supprimé

à partir du

8	Institution du lieu de résidence		
8.1	Dénomination		
			
8.2	Adresse		
			
			
8.3	Cachet	8.4	Date
			
		8.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES TITULAIRES DE PENSION

Article 16 paragraphe 2 de la Convention

Article 12 de l'Arrangement administratif

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celle-ci. L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 6.

A. Attestation

1	Institution du lieu de résidence
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Titulaire de pension
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

3	A remplir par l'institution débitrice de la pension
3.1	La personne désignée au cadre 2 est titulaire d'une pension
	☐ de vieillesse ☐ d'invalidité ☐ de survie
	☐ d'accident du travail ☐ de maladie professionnelle
3.2	depuis le
3.3	Numéro de la pension

4	Institution qui a rempli le cadre 3		
4.1	Dénomination		
			
4.2	Adresse		
			
			
4.3	Cachet	4.4	Date
			
		4.5	Signature
			

5	A remplir par l'institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité		
5.1	La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité		
	à partir du et jusqu'à annulation de la présente attestation.		
5.2	La délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire L/M		
	du		

6	Institution qui a rempli le cadre 5		
6.1	Dénomination		
			
6.2	Adresse		
			
			
6.3	Cachet	6.4	Date
			
		6.5	Signature
			

B. Notification de l'inscription

7 La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas été inscrits

7.1 ☐ parce qu'il existe déjà un droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays

7.2 ☐
.....

8 La personne désignée au cadre 2 et les membres suivants de sa famille ont été inscrits:

8.1	Noms	Prénoms	Date de naissance	N°de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
				
				
				
				
				
				
8.2	Date de l'inscription			

9 Institution du lieu de résidence

9.1	Dénomination		
			
9.2	Adresse		
			
			
9.3	Cachet	9.4	Date
			
		9.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

Article 13 de l'Arrangement administratif

L'institution du lieu de séjour ou de résidence remplit la partie A et transmet deux exemplaires à l'institution compétente qui remplit la partie B et renvoie un exemplaire à l'institution du lieu de séjour ou de résidence. Si la prestation est destinée à un membre de famille, indiquer également les données concernant la personne assurée. Si les deux ont besoin de prestations, prière d'utiliser deux formulaires.*

A. Demande d'autorisation

1.	Institution compétente
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2.	Personne assurée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

8.	Institution du lieu de séjour ou de résidence
----	---

8.1	Dénomination	
		
8.2	Adresse	
		
		
8.3	Cachet	8.4 Date
		
		8.5 Signature
		

B. Réponse de l'institution compétente

9. L'octroi des prestations demandées au point 5.2

☐ est approuvé ☐ est refusé

Motif du refus

.....

.....

.....

10.	Institution compétente
-----	------------------------

10.1	Dénomination	
		
10.2	Adresse	
		
		
10.3	Cachet	10.4 Date
		
		10.5 Signature
		

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE CONCERNANT LES PRESTATIONS EN ESPECES POUR INCAPACITE DE TRAVAIL

*Article 17 paragraphe 1 point b) et article 38 paragraphe 1 point b) de la Convention
Articles 14 et 25 de l'Arrangement administratif*

Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de séjour ou de résidence qui le transmet à l'institution compétente. Celle-ci retourne un exemplaire rempli à la partie B. En cas de prolongation de l'incapacité de travail, la partie B peut être utilisée par l'institution compétente ou l'institution du lieu de séjour ou de résidence pour informer l'institution de l'autre Partie contractante.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution compétente
1.1	Dénomination.....
1.2	Adresse.....

2	Personne assurée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance.....
2.4	Adresse dans le pays compétent.....
2.5	Adresse dans le pays de séjour ou de résidence
2.6	N° de sécurité sociale: au Luxembourg..... au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

3	Employeur
3.1	Nom ou raison sociale.....
3.2	Adresse.....

A. ☐ Demande de prestations

4 La personne désignée au cadre 2 a demandé en date du.....
l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite

4.1 ☐ de maladie

4.2 ☐ d'accident survenu le

4.3 ☐ d'accident du travail

4.4 ☐ de maternité (date présumée de l'accouchement.....)

4.5 ☐ de maladie professionnelle

5 Le certificat du médecin traitant ☐ est joint ☐ n'a pu être fourni

6 De l'avis de notre médecin contrôleur

6.1 ☐ dont le rapport est annexé au présent formulaire,

6.2 ☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,

6.3 l'incapacité a débuté le.....
et se prolongera probablement jusqu'au.....

6.4 ☐ il n'y a pas d'incapacité de travail.

7 ☐ L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation et en particulier

.....
.....

8	Institution du lieu de séjour ou de résidence		
8.1	Dénomination.....		
8.2	Adresse.....		
8.3	Cachet	8.4	Date
		8.5	Signature

B. ☐ Octroi de prestations

☐ **Demande d'un contrôle médical ou administratif supplémentaire**

☐ **Prolongation de l'incapacité de travail**

9 La personne désignée au cadre 2

9.1 ☐ a droit aux prestations en espèces

du..... au.....

9.2 ☐ n'a pas droit aux prestations en espèces.

9.3 ☐ n'a plus droit aux prestations en espèces à partir du.....

10 Ces prestations seront servies

10.1 ☐ par nos soins

10.2 ☐ par l'employeur du.....au.....

11 Nous vous prions de bien vouloir nous communiquer dès que possible le résultat

11.1 ☐ d'un examen médical détaillé sur formulaire L/M 20

11.2 ☐ d'un contrôle administratif sur formulaire L/M 21

11.3 d'un nouveau contrôle médical , à effectuer vers le.....

12 Comme suite à

12.1 ☐ notre formulaire L/M 11 du.....

12.2 ☐ votre formulaire L/M 11 du.....

12.3 Nous avons l'honneur de vous faire savoir que de l'avis de notre médecin contrôleur,

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe,

☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,

la personne désignée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler

jusqu'au

13	Institution compétente ou institution du lieu de séjour ou de résidence
----	---

13.1	Dénomination.....
------	-------------------

.....

13.2	Adresse.....
------	--------------

.....

.....

13.3	Cachet
------	--------

13.4	Date
------	------

.....

13.5	Signature
------	-----------

.....

ANNEXE – RAPPORT MÉDICAL

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire L/M 11 à annexer au présent formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité

A. Rapport général

- 1 Je soussigné/e,
 , docteur en médecine,
 après avoir examiné la personne désignée ci-dessus
 le

- 1.1 estime qu'il s'agit
- 1.2 ☐ d'un cas de maladie
- 1.3 ☐ d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement :)
- 1.4 qu'il s'agit probablement
- 1.5 ☐ d'un accident du travail
- 1.6 ☐ d'une maladie professionnelle
- 1.7 ☐ d'un accident
- 1.8 ☐ d'une rechute ou aggravation

2 À remplir dans tous les cas

- 2.1 Anamnèse et symptômes actuels :

- 2.2 Examen clinique :

- 2.3 Autres constatations :

- 2.4 Examens techniques
 :.....

2.5 Diagnostic :

.....

2.6 Conclusions :

.....

2.7 ☐ L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler

2.8 ☐ L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir

du jusqu'au

2.9 ☐ L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler

(..... %) du jusqu'au

2.10 ☐ L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical le

.....

2.11 ☐ L'intéressé est en état de travailler à partir du

.....

B. Rapports en cas d'accident du travail

3 Premier rapport médical

3.1 Cet accident a produit les lésions suivantes

.....

3.2 Ces lésions ☐ ont eu ☐ auront les conséquences suivantes

.....

3.3 L'incapacité de travail a débuté le

.....

3.4 La victime est soignée

☐ à son domicile

☐ au cabinet du médecin

☐ à l'hôpital

☐ dans un autre lieu

Adresse

.....

4	Dernier rapport médical
---	-------------------------

4.1 Le traitement a pris fin le :

.....

4.2 Les lésions sont consolidées à la date du :

.....

4.3 ☐ sans séquelles

4.4 ☐ et auront probablement les conséquences suivantes :

.....

.....

.....

4.5 Description détaillée de l'état de la victime après guérison ou à la fin du traitement médical :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature et cachet du médecin :

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

*Article 17 paragraphes 2 et 3 et article 38 paragraphe 2 de la Convention**Article 16, article 17 paragraphe 3, article 25 paragraphe 3 et article 26 paragraphe 4 de l'Arrangement administratif**Remplir un formulaire par bénéficiaire*

1

Facture N. ☐ 1^{er} semestre ☐ 2e semestre de l'exercice

2 Institution compétente

2.1 Dénomination

 2.2 Adresse

3 Personne assurée

3.1 Noms

 3.2 Prénoms

 3.3 Adresse au Luxembourg

 3.4 Adresse au Maroc

 3.5 N° de sécurité sociale au Luxembourg
 au Maroc
 3.6 N° de carte d'identité nationale au Maroc
 3.7 Nationalité

4	Membre de famille
4.1	Noms
4.2	Prénoms
4.3	Date de naissance
4.4	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
4.5	N° de carte d'identité nationale au Maroc

5 La personne indiquée au cadre ☐ 3 ☐ 4 a bénéficié de prestations au vu du formulaire

L/M du

valable du au

6	Dépenses effectuées	Montant
6.1	Pour prestations en nature servies du au	
6.2	Soins médicaux .....	.....
6.3	Soins dentaires .....	.....
6.4	Médicaments .....	.....
6.5	Hospitalisation du au .....	.....
	du au .....	.....
6.6	Autres prestations en nature .....	.....
		
6.7	Total des prestations en nature	.....
6.8	Contrôles administratifs .....	.....
	Contrôles médicaux .....	.....
	Contrôles médico-sociaux .....	.....
6.9	TOTAL DES DEPENSES	.....

7	Institution créancière	
7.1	Dénomination	
		
7.2	Adresse	
		
		
7.3	Cachet	7.4 Date
		
		7.5 Signature
		

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE

Articles 19 à 26 de la Convention
Article 19 de l'Arrangement administratif

Ce formulaire doit être établi par l'institution compétente qui a reçu la demande de pension et, si le demandeur a été soumis à la législation qu'elle applique, elle doit joindre obligatoirement le formulaire L/M 2. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du demandeur dans l'autre Partie contractante.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire (Institution compétente ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

A. Renseignements concernant le demandeur

2	
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Dernière adresse au Luxembourg
	
	
2.5	Dernière adresse au Maroc
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

2.9 Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le demandeur a été assuré

2.10 au Luxembourg

.....

2.11 au Maroc

.....

3 Etat civil

☐ célibataire	☐ remarié/e depuis
☐ divorcé/e depuis	☐ séparé/e depuis
☐ marié/e depuis	☐ veuf/ve depuis

4 Identification bancaire

4.1	Noms et prénoms du titulaire	.....
4.2	Dénomination de la banque	..... .....
4.3	Adresse de la banque	..... ..... .....
4.4	Code bancaire BIC <i>Joindre obligatoirement attestation bancaire (RIB)</i>	.....
4.5	Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code	.....

5	Le requérant	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
5.1	Continuation du paiement du salaire en cas de maladie	☐	☐
5.2	Prestations en espèces pour incapacité de travail	☐	☐
5.3	Pension d'invalidité	☐	☐
5.4	Pension de vieillesse	☐	☐
5.5	Pension de survivant	☐	☐
5.6	Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	☐	☐
5.7	Prestation de chômage ou de préretraite	☐	☐
5.8	Prestations familiales	☐	☐
5.9	Remboursement de cotisations	☐	☐
5.10	Autres		
			
			

6	Renseignements complémentaires concernant les prestations visées au cadre 5		
6.1	Nature de la prestation	Période ou date d'effet	Montant mensuel
	5.....	.....	.....
	5.....	.....	.....
	5.....	.....	.....
	5.....	.....	.....
	5.....	.....	.....
6.2	Institution débitrice de la prestation: Dénomination - Adresse		
			
			
			

B. Renseignements concernant les membres de la famille du demandeur

7	Conjoint
7.1	Noms
7.2	Prénoms
7.3	Date de naissance
7.4	Adresse
	
	
7.5	Date de mariage

8	Enfants			
	Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté*
				
				
				
				
				
				

* Il y a lieu d'indiquer enfant légitime, enfant du conjoint, recueilli, petit-enfant ou autre.

C. Renseignements divers

9

- 9.1 Date d'introduction de la demande
- 9.2 Début de la pension
- 9.3 ☐ Formulaire L/M 2 joint en annexe
☐ Autres documents joints
- 9.4 Observations
.....
.....
- 9.5 ☐ L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.

10

Institution d'instruction

- 10.1 Dénomination
.....
.....
- 10.2 Adresse
.....
.....
- 10.3 Cachet
- 10.4 Date
.....
- 10.5 Signature
.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

Articles 19 à 26 de la Convention
Article 19 de l'Arrangement administratif

Ce formulaire doit être établi par l'institution compétente qui a reçu la demande de pension et, si le demandeur a été soumis à la législation qu'elle applique, elle doit joindre obligatoirement le formulaire L/M 2. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du demandeur dans l'autre Partie contractante.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire (Institution compétente ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

A. Renseignements concernant le demandeur

2	
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Dernière adresse au Luxembourg
	
	
2.5	Dernière adresse au Maroc
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

2.7 Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le demandeur a été assuré

2.8 au Luxembourg

.....

.....

2.9 au Maroc

.....

.....

3 Etat civil

☐ célibataire ☐ remarié/e depuis

☐ divorcé/e depuis ☐ séparé/e depuis

☐ marié/e depuis ☐ veuf/ve depuis

4 Identification bancaire

4.1 Noms et prénoms du titulaire

4.2 Dénomination de la banque

.....

4.3 Adresse de la banque

.....

.....

4.4 Code bancaire BIC
Joindre obligatoirement attestation bancaire (RIB)

4.5 Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code

5

5.1 Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité

5.2 L'invalidité

☐ est présumée	☐ n'est pas présumée	avoir été causée par un tiers responsable
☐ résulte	☐ ne résulte pas	d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
☐ résulte	☐ ne résulte pas	d'un accident non professionnel

6

6.1 Depuis le début de son incapacité de travail, le demandeur

☐ a été soumis à une rééducation professionnelle.☐ n'a pas été soumis à une rééducation professionnelle.

Dans l'affirmative, indiquer

6.2 en vue de quel emploi

.....

6.3 l'employeur pour lequel il a occupé ce nouvel emploi:

nom ou raison sociale

.....

adresse

.....

.....

6.4 la date du début et de la fin de cet emploi

7

Le requérant

a demandé les
prestations suivantesbénéficie des
prestations suivantes

7.1 Continuation du paiement du salaire en cas de maladie

☐☐

7.2 Prestations en espèces pour incapacité de travail

☐☐

7.3 Pension d'invalidité

☐☐

7.4 Pension de vieillesse

☐☐

7.5 Pension de survivant

☐☐

7.6 Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

☐☐

7.7 Prestation de chômage ou de préretraite

☐☐

7.8 Prestations familiales

☐☐

7.9 Remboursement de cotisations

☐☐

7.10 Autres

.....

.....

8	Renseignements complémentaires concernant les prestations visées au cadre 7		
8.1	Nature de la prestation	Période ou date d'effet	Montant mensuel
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
8.2	Institution débitrice de la prestation: Dénomination - Adresse		
			
			
			

B. Renseignements concernant les membres de la famille du demandeur

9	Conjoint
9.1	Noms
9.2	Prénoms
9.3	Date de naissance
9.4	Adresse
	
	
9.5	Date de mariage

10	Enfants			
	Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté*
				
				
				
				
				
				

* Il y a lieu d'indiquer enfant légitime, enfant du conjoint, recueilli, petit-enfant ou autre.

C. Renseignements divers

11

11.1 Date d'introduction de la demande

11.2 Début de la pension

11.3 ☐ Formulaire L/M 2 joint en annexe☐ Rapport médical détaillé L/M 20 joint en annexe☐ Autres documents joints

11.4 Observations

.....

.....

11.5 ☐ L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.

12

Institution d'instruction

12.1 Dénomination

.....

.....

12.2 Adresse

.....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date

.....

12.5 Signature

.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

Articles 19 à 26 de la Convention
Article 19 de l'Arrangement administratif

Ce formulaire doit être établi par l'institution compétente qui a reçu la demande de pension et, si le défunt a été soumis à la législation qu'elle applique, elle doit joindre obligatoirement le formulaire L/M 2. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du défunt dans l'autre Partie contractante.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire (Institution compétente ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

A. Renseignements concernant l'assuré décédé

2	
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Dernière adresse au Luxembourg
	
	
2.5	Dernière adresse au Maroc
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

2.9 Dernière institution d'assurance pension auprès de laquelle le défunt a été assuré

2.10 au Luxembourg

.....

.....

2.11 au Maroc

.....

.....

3

3.1 Date et lieu du décès

3.2 Le décès ☐ est présumé ☐ n'est pas présumé

être la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le décès ☐ est présumé ☐ n'est pas présumé avoir été causé par un tiers responsable.

3.3 A la date de son décès l'assuré ☐ exerçait ☐ n'exerçait pas une activité professionnelle.

3.4 Si l'assuré exerçait une activité professionnelle au moment de son décès, indiquer la dernière journée effective de travail.

.....

Nom ou raison sociale et adresse du dernier employeur

.....

.....

.....

Nature de l'activité professionnelle non salariée

.....

.....

3.5 En cas d'absence de l'assuré

☐ date des dernières nouvelles

☐ date fixée par la déclaration de décès probable

4

4.1	A la date de son mariage l'assuré	☐ était	titulaire d'une pension ou d'une rente
		☐ n'était pas	
4.2	A la date de son décès l'assuré	☐ était	titulaire d'une pension ou d'une rente
		☐ n'était pas	
4.3	L'assuré décédé	☐ avait	obtenu un remboursement de cotisations
		☐ n'avait pas	
4.4	Si l'assuré était titulaire d'une pension ou d'une rente, indiquer l'institution débitrice de cette pension ou rente		
			
			
			

B. Renseignements concernant les ayants droit

5

☐ Veuve☐ Veuf☐ Autres ayants droit

5.1	Noms	.....
5.2	Prénoms	.....
5.3	Date de naissance	.....
5.4	N° de carte d'identité nationale au Maroc	.....
5.5	Adresse	.....
		
5.6	Date de mariage avec l'assuré décédé	.....
5.7	Les conjoints ont-ils eu un enfant ensemble (enfant naturel ou adopté)	☐ oui ☐ non
5.8	Le cas échéant, date ☐ de la séparation de corps ☐ du divorce	.....
5.9	Le cas échéant, date du remariage	.....
5.10	Noms et prénoms du ou des nouveaux conjoints	.....
		
5.11	Lien de parenté et état civil (pour les ayants droit autres que la veuve ou le veuf)	.....

6	Identification bancaire	
6.1	Noms et prénoms du titulaire	.....
6.2	Dénomination de la banque	.....
		
6.3	Adresse de la banque	.....
		
		
6.4	Code bancaire BIC <i>Joindre obligatoirement attestation bancaire (RIB)</i>	.....
6.5	Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code	.....

7		
7.1	La personne désignée au cadre 5 ☐ n'était pas ☐ était à la charge de l'assuré décédé	
7.2	La personne désignée au cadre 5	
	☐ bénéficie d'une pension ou d'une rente	
	du au	
	☐ ne bénéficie pas d'une pension ou d'une rente ☐ peut prétendre à une pension.	
7.3	Nature de la pension ou de la rente	
7.4	Numéro de la pension ou de la rente	
7.5	Montant de la pension ou de la rente	
7.6	Institution débitrice	
		
		
7.7	☐ La personne indiquée au cadre 5	
	☐ a droit ☐ n'a pas droit à une rente de survie à charge de l'assurance accident	
	Institution débitrice	
		
		
	Numéro de la pension ou de la rente	

7.8	La veuve / le veuf	☐ élève un enfant	☐ n'élève pas d'enfant
	pour lequel elle il perçoit des allocations familiales ou une pension d'orphelin		☐ oui ☐ non
7.9	Institution débitrice		
			
			
7.10	Date présumée de l'accouchement, si la personne désignée au cadre 5 est enceinte		
			

8	Enfants			
8.1	Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté *
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....
8.2	Adresse			
				
				
8.3	L'enfant /Les enfants indiqué(s) au(x) point(s) .....poursuit/poursuivent des études			
	certificat(s) d'études joint(s)		☐ oui	☐ non
8.4	L'enfant/Les enfants indiqué(e)s au point.....est/sont handicapé(s)			
	certificat(s) joint(s)		☐ oui	☐ non
8.5	Observations			
				
				

* Il y a lieu d'indiquer enfant légitime, enfant du conjoint, recueilli, petits-enfants ou autre.

C. Renseignements divers

9

- 9.1 Date d'introduction de la demande
- 9.2 Début de la pension
- 9.3 ☐ Formulaire L/M 2 joint en annexe
☐ Rapport médical joint en annexe
☐ Autres documents joints
- 9.4 Observations
.....
.....
- 9.5 ☐ L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.

10

Institution d'instruction

- 10.1 Dénomination
.....
- 10.2 Adresse
.....
.....
- 10.3 Cachet
- 10.4 Date
10.5 Signature

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE DE NOTIFICATION DE DECISION

Article 20 de l'Arrangement administratif

L'institution d'instruction remplit ce formulaire et en communique un exemplaire au demandeur et à l'institution compétente de l'autre Partie, en y joignant copie de sa propre décision.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Demandeur
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité

- 3 La demande de pension de
- 3.1 ☐ vieillesse ☐ invalidité ☐ survivant
- 3.2 a été examinée par l'institution ci-après :

4	Institution compétente	Référence du dossier
		
		
		

5	Votre demande est rejetée
	en ce qui concerne
	au motif
	
	

6	Une pension vous est accordée	
	en ce qui concerne	Date d'effet
		

7	Si vous voulez contester cette décision, vous disposez des voies et délais de recours ci-après:
7.1	Une réclamation contre une décision d'une institution luxembourgeoise doit être adressée, en double exemplaire, au <i>Conseil arbitral des assurances sociales, 16 boulevard de la Foire, L-1528 Luxembourg</i> , dans un délai de 40 jours à compter de la date de réception de sa notification.
7.2	Une réclamation contre une décision d'une institution marocaine doit être adressée, en double exemplaire, au tribunal compétent dans les délais fixés par la loi.

8	Institution d'instruction		
8.1	Dénomination	.....	.....
			
8.2	Adresse	.....	
			
			
8.3	Cachet	8.4	Date
			
		8.5	Signature
			

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

DEMANDE D'UNE ALLOCATION AU DECES

Article 23 de l'Arrangement administratif

Pour bénéficier d'une allocation de décès vous devez, au moyen du présent formulaire, adresser une demande, soit à l'institution compétente, soit à l'institution du lieu de résidence. Vous devez joindre à votre demande les pièces justificatives** requises par la législation qu'applique l'institution compétente.*

1	Le/la soussigné(e)
1.1	Noms
1.2	Prénoms
1.3	Date de naissance
1.4	Adresse
1.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
1.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
1.7	Lien de parenté avec le défunt

2	demande une allocation en raison du décès de
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Date et lieu de décès
	Cause du décès ☐ maladie ☐ maladie professionnelle
	☐ accident ☐ accident du travail
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité
2.8	Numéro de la pension ou de la rente
2.9	Dénomination et adresse de l'institution débitrice
	
	

- 3 Les frais funéraires s'élèvent à
Ils ont été payés par
.....
- 4 Le demandeur ☐ a reçu une allocation de décès à un autre titre
☐ n'a pas reçu une allocation de décès à un autre titre
- 5 Les documents suivants sont annexés: ☐ originaux des factures funéraires
☐

6 Veuillez verser le montant dû sur mon compte

- 6.1 auprès de la banque
.....
- 6.2 à
.....
- 6.3 code bancaire BIC
Joindre obligatoirement attestation bancaire (RIB)
- 6.3 numéro du compte IBAN et/ou SWIFT CODE

Date

Signature du demandeur

7 Institution du lieu de résidence

- 7.1 Dénomination
.....
.....
- 7.2 Adresse
.....
.....
- 7.3 Cachet 7.4 Date
7.5 Signature

* au Luxembourg : Union des caisses de maladie
au Maroc : Caisse nationale de sécurité sociale

** pour le Luxembourg : acte de décès
factures acquittées relatives aux frais funéraires
pour le Maroc : acte de décès

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LES PERIODES D'ASSURANCE ET LES MEMBRES DE FAMILLE A PRENDRE EN COMPTE POUR L'OCTROI DES PRESTATIONS DE CHÔMAGE

*Article 8 et articles 29 à 32 de la Convention
Articles 5 et 24 de l'Arrangement administratif*

L'institution compétente remplit la partie A et transmet deux exemplaires du formulaire à l'institution compétente de l'autre Partie contractante. Celle-ci remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution expéditrice.

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

A. Demande d'attestation

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne concernée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.5	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.6	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.7	Nationalité
2.8	Date de la demande de prestations
	

3 La personne désignée au cadre 2 déclare avoir exercé une activité

☐ salariée ☐ non salariée ☐ au Luxembourg ☐ au Maroc

3.1 Nom ou raison sociale du dernier employeur

.....

.....

Dernière activité non salariée

.....

Adresse

.....

.....

3.2 Employeurs précédents Activités non salariées précédentes

.....

.....

.....

4 En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous communiquer:

4.1 ☐ les périodes de cotisations ou les périodes d'emploi ou d'activité professionnelle accomplie par elle pendant la période

du au

4.2 ☐ les membres de la famille de la personne désignée au cadre 2

4.3 ☐ les périodes pendant lesquelles la personne désignée au cadre 2 a bénéficié des prestations de chômage en vertu de la législation ☐ luxembourgeoise ☐ marocaine

au cours de la période du au

5 Institution compétente

5.1 Dénomination

.....

5.2 Adresse

.....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date

.....

5.5 Signature

.....

B. Attestation

6	Il est certifié que la personne désignée au cadre 2		
6.1 a accompli pendant la période indiquée au point 4.1 les périodes d'activité suivantes:			
du	au	nature de l'activité*	employeur
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
6.2 ☐ n'a pas travaillé			
6.3 ☐ a droit aux prestations de chômage depuis le			
☐ en vertu de la législation luxembourgeoise			
☐ en vertu de la législation marocaine			
6.4 ☐ a bénéficié des prestations de chômage pendant la période			
du au			
☐ en vertu de la législation luxembourgeoise			
☐ en vertu de la législation marocaine			

* A = salariée

B = non salariée

7	Membres de la famille de la personne désignée au cadre 2
---	--

7.1	Noms	Prénoms	Lien de parenté	N° de sécurité sociale au Luxembourg au Maroc
-----	------	---------	-----------------	---

1				
---	-------	-------	-------	-------

2				
---	-------	-------	-------	-------

3				
---	-------	-------	-------	-------

4				
---	-------	-------	-------	-------

5				
---	-------	-------	-------	-------

6				
---	-------	-------	-------	-------

7.2	Adresse			
-----	---------------	--	--	--

.....				
-------	--	--	--	--

.....				
-------	--	--	--	--

8 Jusqu'au début de son chômage, la personne désignée au cadre 2 assurait l'entretien des membres de sa famille indiqués sous les numéros d'ordre

.....

9	Institution désignée au cadre 1
---	---------------------------------

8.1	Dénomination		
-----	--------------------	--	--

.....			
-------	--	--	--

8.2	Adresse		
-----	---------------	--	--

.....			
-------	--	--	--

.....			
-------	--	--	--

8.3	Cachet	9.4	Date
-----	--------	-----	------

.....	
-------	--

9.5	Signature
-----	-----------

.....	
-------	--

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

FORMULAIRE ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

*Article 38 paragraphe 1 point a) de la Convention
Article 25 paragraphe 1 de l'Arrangement administratif*

Si le formulaire a été demandé par l'institution du lieu de séjour ou de résidence de l'intéressé, il doit être adressé à ladite institution; dans les autres cas, il doit être remis à la personne assurée.

1	Institution du lieu de séjour ou de résidence
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne assurée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse dans le pays compétent
	
	
2.5	Adresse dans le pays de séjour ou de résidence
	
	
2.6	N° d'identification au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité

3 En raison

3.1 ☐ de l'accident du travail survenu le
et entraînant les conséquences suivantes :

.....
.....
.....

3.2 ☐ de la maladie professionnelle constatée le
et entraînant les conséquences suivantes :

.....
.....
.....

4 La personne désignée au cadre 2 peut bénéficier des prestations en nature

☐ duau

☐ à partir duet jusqu'à annulation de la présente attestation.

5 Le rapport du contrôle médical

☐ est joint sous pli fermé. ☐ peut nous être demandé. ☐ n'a pas été établi.

☐ a été envoyé le à

.....
.....

6 Institution compétente

6.1 Dénomination

.....

6.2 Adresse

.....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date

.....

6.5 Signature

.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ EN CAS D'INCAPACITÉ

Article 42 de la Convention
Article 26 de l'Arrangement administratif

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Personne examinée
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.4	Adresse
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité
2.9	Professions exercées
2.10	Numéro de la pension
2.11	Date de présentation de la demande de pension

3	Objectif d'examen
---	-------------------

3.1	
	
	

4	Rapport établi par le Docteur
---	-------------------------------

4.1	Noms	.....
4.2	Prénoms	.....
4.3	Adresse.....	.....
		
4.4	Médecin contrôleur de (dénomination de l'institution)	.....
		

5	Institution qui demande l'examen
---	----------------------------------

5.1	Dénomination	
		
5.2	Adresse	
		
		
5.3	Cachet	5.4 Date
		
		5.5 Signature
		

6 Avis fondé sur l'examen pratiqué le

Avis fondé sur le rapport médical du

7 Antécédents

7.1 Antécédents médicaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.2 Principales plaintes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.2.1 En traitement chez

.....

.....

7.3 Traitement en cours

.....

.....

.....

.....

7.4 Antécédents socioprofessionnels.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.4.1 L'assurée exerce-t-il/elle actuellement une activité professionnelle ?

☐ oui ☐ non ☐ nombre d'heures

Type d'activité :
.....
.....

7.4.2 Accidents du travail/maladies professionnelles
.....
.....
.....

7.4.3 Type de l'activité exercée en dernier lieu
.....
.....

7.4.4 Incapacité de travail ☐ depuis

A cessé le travail ☐ le

8 EXAMEN CLINIQUE

8.1 État général

Taille cm Poids kg

État nutritionnel ☐ bon ☐ pléthorique ☐ déficitaire

Muqueuses
.....

Téguments
.....

État mental, humeur
.....

Observations
.....
.....
.....
.....

8.2 Tête
.....

8.2.1 Acuité visuelle
.....

8.2.2 Acuité auditive
.....

8.2.3 Autres fonctions sensorielles
.....
.....

8.3 Cou

8.3.1 Corps thyroïde

8.3.2 Territoires ganglionnaires

8.3.3 Autres résultats

8.4 Appareil respiratoire

8.5 Appareil cardio-vasculaire

8.5.1 Cœur

8.5.2 Pouls

8.5.3 Tension artérielle (au repos)

8.5.4 Tension artérielle (seconde mesure)

8.5.5 Vascularisation périphérique

8.5.6 Oedèmes

8.5.7 ECG (de repos)

8.6 Abdomen

8.6.1 Appareil digestif et viscères intra abdominaux

8.6.2 Foie

8.6.3 Rate

8.6.4 Système endocrinien

8.7 Appareil génito-urinaire

8.8 Appareil locomoteur

8.8.1 Rachis

.....

.....

.....

.....

.....

8.8.2 Membres supérieurs

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.8.3 Membres inférieurs

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.9 Adénopathies

.....

.....

.....

8.10 Examen neurologique

.....

Mouvements (force et tonus
musculaire) :

☐ normaux

☐ raides

☐ lents

☐ déficitaires

Marche :

☐ normale

☐ laborieuse

☐ gêne droite

☐ gêne gauche

.....

.....

Réflexes

.....

.....

8.11 Symptomatologie neurovégétative

.....

.....

.....

.....

.....

8.12 Divers (allergies, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

9 Explorations fonctionnelles et autres investigations (si nécessaire)

9.1 Exploration fonctionnelle respiratoire

.....

.....

.....

.....

9.2 Fonction cardiaque/ECG d'effort

.....

.....

.....

9.3 Doppler artériel et veineux

.....

.....

.....

9.4 Imagerie (avec prière d'en préciser la date)

9.4.1 Examen radiologique pratiqué ce jour

.....

.....

.....

.....

.....

9.4.2 Examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs

.....

.....

.....

.....

.....

9.4.3 Échographie (abdominale, etc.)

.....

.....

.....

.....

9.4.4 IRM et autres investigations

.....

.....

.....

9.5 Examens de laboratoire

.....

.....

.....

9.6 Autres examens

.....

.....

.....

10. Diagnostic

.....

.....

.....

11. Synthèse

.....

.....

.....

Évolution de la pathologie

.....

.....

.....

.....

Retentissement sur l'état de santé

.....

.....

.....

.....

Déficits fonctionnels

.....

.....

.....

.....

Par rapport à l'examen précédent (pratiqué le

il y a amélioration ☐ détérioration ☐ état stationnaire ☐

12 L'assurée demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants :

travaux lourds ☐

travaux mi-lourds ☐

travaux légers ☐

13 Restrictions à prendre en compte

13.1 Proscrire

exposition à l'humidité ☐ exposition au froid ☐

exposition à la chaleur ☐ exposition au bruit ☐

exposition aux gaz, vapeurs, émanations ☐

travail posté ☐ travail nocturne ☐

flexion répétée, port et levage de charges ☐

gravir plans inclinés, échelles ou escaliers ☐ risque de chute ☐

13.2 Le travail n'est possible

qu'en position assise ☐ que moyennant des pauses supplémentaires ☐

qu'à l'intérieur ☐ (outre les pauses habituelles)
nombre et durée de ces pauses

qu'en faisant alterner les postures de travail ☐ qu'en faisant alterner marche, station debout et
position assise ☐

qu'en excluant les contraintes de temps ☐

- 13.3 Il y a diminution de la capacité de travail du fait que l'assurée n'a pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains, etc.

.....

est allergique à/au

.....

14 Questions complémentaires

- 14.1 L'assurée peut-elle travailler sur écran ?

oui ☐ non ☐

Dans la négative, prière d'en préciser la raison

- 14.2 L'assurée est-il/elle autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, sur son lieu de travail ?

oui ☐ non ☐

Dans la négative, prière d'en préciser la raison

- 14.3 L'assurée est-il/elle autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, dans son travail à domicile ?

oui ☐ non ☐

Dans la négative, prière d'en préciser la raison

- 14.4 L'assurée peut-elle exercer à temps plein son ancienne activité de

.....

oui ☐ non ☐

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale) :

.....

- 14.5 Un travail adapté est-il possible ?

oui ☐ non ☐

Dans l'affirmative, prière d'en citer quelques exemples

.....

- 14.6 Un travail adapté peut-il être accompli à temps plein ?

oui ☐ non ☐

Dans la négative, prière d'en préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)

- 14.7 Aux yeux de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est,

☐ totale ☐ partielle

Si elle est partielle, prière d'en préciser le taux

14.8 Taux d'invalidité, aux yeux de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

.....

14.9 Catégorie d'invalidité dans la législation du pays de résidence
(A ne préciser que si l'examen médical a été le préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension d'invalidité)

.....

14.10 Les restrictions énumérées sont

a) permanentes depuis

.....

b) temporaires et ne valent que du au

14.11 Une amélioration de l'état de santé de l'assurée est-elle possible ?

oui ☐

non ☐

pas de réponse ☐

Dans l'affirmative, prière de préciser la façon d'y parvenir

.....

.....

14.12 L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par

☐ une réadaptation médicale ?

☐ une réadaptation professionnelle ?

oui ☐

non ☐

pas de réponse ☐

15. Un réexamen de l'assurée est-il nécessaire ?

oui ☐

non ☐

Dans l'affirmative, prière d'en préciser la date

.....

16. Date de l'examen médical :

.....

Signature et cachet du médecin:

.....

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

RAPPORT ADMINISTRATIF SUR LA SITUATION D'UN BENEFICIAIRE DE PRESTATIONS

*Article 42 de la Convention
Article 26 de l'Arrangement administratif*

Référence du dossier	au Luxembourg :
	au Maroc :

1	Institution qui a demandé le rapport
1.1	Dénomination
	
1.2	Adresse
	
	

2	Bénéficiaire de prestations
2.1	Noms
2.2	Prénoms
2.3	Date de naissance
2.5	Sexe : ☐ masculin ☐ ☐ féminin
2.6	Adresse
	
	
2.6	N° de sécurité sociale au Luxembourg
	au Maroc
2.7	N° de carte d'identité nationale au Maroc
2.8	Nationalité
2.9	Nature de la prestation
2.10	Numéro de la pension ou de la rente

3	Etat civil		
☐	célibataire	☐	divorcée depuis
☐	mariée depuis	☐	remariée depuis
☐		☐	séparée depuis
☐		☐	veuf/ve depuis

4	Conjoint		
4.1	Noms		
4.2	Prénoms		
4.3	Date de naissance		
2.6	N° de sécurité sociale	au Luxembourg	
		au Maroc	
4.4	N° de carte d'identité nationale au Maroc		
4.4	Adresse		
			
			
4.5	Date de mariage		

5	Enfants			
5.1	Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté *
				
				
				
				
				
5.2	Adresse			
				
				

* Il y a lieu d'indiquer enfant légitime, enfant du conjoint, recueilli, petit-enfant ou autre.

6	Autres membres de la famille			
6.1	Noms	Prénoms	Date de naissance (mariage - décès)	Lien de parenté
				
				
				
				
6.2	Adresse			
				
				
6.3	Observations			
				
				

7	La personne concernée	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
7.1	Continuation du paiement du salaire en cas de maladie	☐	☐
7.2	Prestations en espèces pour incapacité de travail	☐	☐
7.3	Pension d'invalidité	☐	☐
7.4	Pension de vieillesse	☐	☐
7.5	Pension de survivant	☐	☐
7.6	Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	☐	☐
7.7	Prestation de chômage ou de préretraite	☐	☐
7.8	Prestations familiales	☐	☐
7.9	Remboursement de cotisations	☐	☐
7.10	Autres		
			
			

8	Renseignements complémentaires concernant les prestations visées au cadre 7		
8.1	Nature de la prestation	Période ou date d'effet	Montant mensuel
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
	7.....	.....	.....
8.2	Institution débitrice de la prestation: Dénomination - Adresse		
			
			
			

9	Activités éventuelles		
9.1	☐ Le titulaire de prestation n'exerce aucune activité.		
9.2	☐ Le titulaire de prestation exerce une activité ☐ salariée ☐ non salariée nature de l'activité non salariée.....		
9.3	☐ Le titulaire de prestation entend exercer une activité à l'avenir ☐ salariée ☐ non salariée		
9.4	Date du début de l'activité actuelle		
9.5	Durée du travail		
9.6	Montant du revenu		
	☐ journalier ☐ hebdomadaire ☐ mensuel		
	☐ l'information n'est pas disponible		

10

Le titulaire de prestation désigné au cadre 2 est décédé le

.....

Observations

.....

.....

L'exactitude des renseignements ci-dessus a été vérifiée.

11

Institution qui a rédigé le rapport

11.1 Dénomination

.....

11.2 Adresse

.....

.....

11.3 Cachet

11.4 Date

.....

11.5 Signature

.....