

# I. Application de la Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc, signée à Rabat le 24 juin 1968

En vigueur à partir du 4 juillet 2018.  
Abroge la circulaire n° 2016/331 du 5 décembre 2016.

## Introduction

Signée à Rabat le 24 juin 1968, la *Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc* (ci-dessous, la *Convention*) a été complétée en ce qui concerne les modalités d'application, par l'*Arrangement administratif relatif aux modalités d'application des articles 9, 10, 11 et 12 de la Convention générale sur la Sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc* (ci-dessous : l'*Arrangement administratif*). L'*Arrangement administratif* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2014 (M.B. 04.04.2014).

Tout en exécutant et en permettant l'application de nouveaux droits, le nouvel Arrangement administratif modifie substantiellement l'Arrangement administratif du 14 septembre 1972 et abroge l'Arrangement administratif du 7 octobre 2004.

La présente circulaire a pour but d'expliquer la Convention en matière d'assurance prestations de santé.

## Chapitre I. Champ d'application et principes de base

### Section I. Champ d'application

#### 1. CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL

La Convention s'applique aux prestations de l'assurance soins de santé reçues dans le cadre d'un séjour temporaire ou d'un transfert de résidence dans l'autre État contractant.

## 2. CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL

### 2.1. Règle générale

§ 1. En matière de soins de santé, la Convention ne s'applique qu'aux personnes répondant **cumulativement** aux conditions suivantes :

- i) être de nationalité belge ou marocaine ;
- ii) être travailleur salarié ou assimilé et être assujéti à la sécurité sociale de l'un des États contractants. Pour l'assurance soins de santé belge, sont assimilés aux travailleurs salariés, les assurés de nationalité belge ou marocaine inscrits auprès d'un organisme assureur en qualité de "chômeur", de "pensionné", d' "invalidé", de "fonctionnaire", de "handicapé", d' "étudiants" ou en qualité de "personne inscrite au registre national des personnes physiques".

§ 2. La Convention s'applique par ailleurs aux ayants droit des travailleurs visés ci-dessus. Sous réserve des dispositions particulières de la Convention relatives à la situation de transfert de résidence, la détermination de la qualité d'ayant droit se fait en application de la législation de l'État d'affiliation.

§ 3. Outre les conditions ci-dessus, l'attribution de la qualité d'ayant droit est soumise à la condition que le candidat potentiel ne soit pas lui-même assujéti à l'assurance maladie obligatoire de l'État de résidence. Cet assujétissement doit être compris dans son sens le plus large : Il se rapporte aussi bien aux droits propres qu'aux droits dérivés.

§ 4. L'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait que malgré l'alignement des droits intervenu entre-temps en Belgique, **la Convention ne s'applique pas aux travailleurs indépendants**. Il en résulte qu'en ce qui concerne les travailleurs indépendants occupés en Belgique la détermination et l'application de leurs droits doivent encore et exclusivement se faire en application de la seule législation belge. Enfin, vu que la nationalité belge ou marocaine est une condition de son application, la Convention ne s'applique ni aux réfugiés ni aux apatrides.

### 2.2. Exceptions

La règle générale ci-dessus doit toutefois être aménagée comme suit :

- la Convention ne s'applique pas aux agents diplomatiques et consulaires de carrière y compris les fonctionnaires appartenant aux cadres des chancelleries
- la Convention s'applique aux travailleurs salariés ou assimilés quelle que soit leur nationalité, occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires marocains ou belges ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes.

## Section II. Principes directeurs

### 1. ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

Pour toutes les législations visées par la Convention, cette dernière assure l'égalité de traitement de toutes les personnes auxquelles elle s'applique : les travailleurs marocains occupés ou ayant été occupés en Belgique bénéficient dans des conditions identiques, des mêmes avantages que les travailleurs de nationalité belge et leurs ayants droit.

De même, les travailleurs belges occupés ou ayant été occupés au Maroc et leurs ayants droit, bénéficient des mêmes avantages que les travailleurs marocains et leurs ayants droit.

## 2. DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE

La législation applicable est celle du lieu de travail.

Toutefois, la règle de l'assujettissement à la législation du pays de travail admet les exceptions suivantes :

- i) les travailleurs salariés détachés temporairement par leur employeur dans l'autre pays : ces travailleurs peuvent rester assujettis à la législation du pays où ils sont occupés habituellement pour autant que la durée du détachement n'excède pas douze mois, une prolongation du détachement pouvant être accordée pour une nouvelle période de douze mois ;
- ii) les travailleurs des entreprises de transport qui demeurent assujettis à la législation du pays où l'entreprise qui les occupe a son siège social ;
- iii) les travailleurs salariés ou assimilés d'un service administratif officiel, détachés de l'un des États contractants restent assujettis à la législation sociale de cet État ;
- iv) les travailleurs salariés ou assimilés occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires belges ou marocains, peuvent opter entre l'application de la législation du pays où ils sont occupés et celle de leur pays d'origine, s'ils sont des ressortissants de l'État représenté par le poste diplomatique ou consulaire.

## 3. TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE POUR L'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

**§ 1.** La Convention assure aux travailleurs salariés ou assimilés ainsi qu'à leurs ayants droit qui se rendent de Belgique au Maroc, ou inversement, le service des prestations en nature du pays du nouveau lieu de travail, lorsqu'ils remplissent les conditions d'octroi de ce pays et en tenant compte des périodes d'assurance accomplies dans l'autre État.

**§ 2.** Ce droit est néanmoins soumis à deux conditions :

- l'occupation dans le nouveau pays débute dans un délai d'un mois à compter de la fin de l'occupation dans l'autre pays
- le bénéficiaire potentiel doit avoir été apte au travail à sa dernière entrée sur le territoire du pays où le droit est demandé.

**§ 3.** La totalisation des périodes d'assurance est réalisée au moyen du formulaire BM104 (le modèle des formulaires se trouvent en *Annexe 1*)<sup>1</sup> délivré par l'organisme compétent à savoir, pour la Belgique, le dernier organisme assureur belge auprès duquel le travailleur était affilié avant son départ vers le Maroc et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) en ce qui concerne les périodes d'assurance accomplies au Maroc. Dans le cas où le travailleur ne serait pas en possession dudit document, l'organisme du nouveau lieu de travail doit s'adresser à l'organisme de liaison du dernier pays de travail pour l'obtenir.

1. Non publiée ici.

## Chapitre II. Dispositions particulières en matière des soins de santé

### Section I. Soins de santé servis durant un séjour temporaire

#### 1. PRINCIPE : DROIT AUX SOINS DE SANTÉ IMMÉDIATEMENT NÉCESSAIRES

§ 1. Les travailleurs salariés ou assimilés ainsi que leurs ayants droit séjournant temporairement dans l'autre État contractant ont droit à tous les soins de santé devenus immédiatement nécessaires durant leur séjour. Les soins leur sont servis pour le compte de l'organisme compétent par l'organisme de l'État de séjour et en application des conditions et tarifs de la législation de ce dernier.

§ 2. Pour bénéficier de l'accès aux soins de santé ainsi qu'à leur prise en charge, les travailleurs salariés ou assimilés et leurs ayants droit doivent être porteurs d'une attestation BM111 délivrée par l'organisme d'affiliation pour une **durée maximale de trois mois**. Le formulaire BM111 prévoit la possibilité de prolonger la durée de validité (rubriques 4.6 à 4.9) : il est à noter que la durée de validité maximale de trois mois doit être calculé entre la date de début de validité indiquée dans la rubrique 3.1 et la date de fin de la période indiquée dans la rubrique 4.6). Cette attestation doit être demandée et délivrée avant qu'ils ne quittent le territoire de l'État d'affiliation. Dans le cas où ils ne seraient pas en possession de cette attestation, l'organisme du lieu de séjour est tenu de s'adresser à l'organisme compétent pour l'obtenir.

§ 3. Le caractère immédiat des soins et leur nécessité sont laissés à l'appréciation et à la décision de l'organisme du lieu de séjour.

§ 4. Lorsque le travailleur salarié ou assimilé ou ses ayants droit doivent être hospitalisés, l'institution de l'État de séjour en informe aussi tôt que possible l'institution compétente en précisant la date du début de l'hospitalisation et la durée probable de celle-ci (formulaire BM113). Il est important de faire remarquer que ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne permettent pas à l'organisme compétent de se prononcer ni sur la nécessité ni sur la durée de l'hospitalisation.

§ 5. En ce qui concerne la situation de "séjour temporaire", la notion d'ayant droit n'est définie ni par la Convention ni par l'Arrangement administratif. Pour l'assurance soins de santé belge, toutes les personnes inscrites en qualité de personne à charge des travailleurs salariés ou assimilés peuvent donc bénéficier des dispositions de la Convention relatives au séjour temporaire.

#### 2. DEMANDE DE TARIFICATION : UTILISATION DU FORMULAIRE BM126

§ 1. Si, durant le séjour temporaire sur le territoire de l'État contractant, l'assuré n'a pas pu effectuer les formalités requises pour demander le remboursement auprès des organismes assureurs de cet État, il peut, *a posteriori*, introduire sa demande de remboursement auprès de l'institution compétente.

**§ 2.** Contrairement à ce qui est mentionné dans la note (1) du verso du formulaire BM126, ce formulaire doit être adressé directement aux Agences de la CNSS du lieu de séjour des intéressés, et non plus à la CNSS de Casablanca. Au cas que l'Agence de la CNSS du lieu de séjour ne peut pas être statuée, la demande de tarification peut être transmis à la Direction régionale.

Pour le cas de Casablanca qui comprend trois Directions régionales, il est souhaitable de demander à l'intéressé la dénomination de la préfecture du lieu de séjour étant donné que les Directions régionales portent le nom de la préfecture de rattachement; le cas échéant, transmettre la demande à la Direction régionale de votre choix tant que toutes ces représentations de la CNSS se chargent de la même tâche.

**§ 3.** Le fichier avec les Agences de la CNSS figurent en *Annexe 2*.<sup>2</sup>

### 3. MAINTIEN DU DROIT AUX SOINS NÉCESSAIRES

**§ 1.** Lorsque, à l'expiration de la période de trois mois, il est établi que l'assuré se trouve dans l'inaptitude de retourner dans le pays d'affiliation, le droit aux soins de santé peut être maintenu à condition que les soins en question soient considérés comme étant devenus nécessaires durant un séjour temporaire de maximum trois mois d'une part, et que cette inaptitude soit attestée au moyen d'un rapport circonstancié par l'institution du lieu de séjour, d'autre part.

**§ 2.** Il est à remarquer que ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne prévoit d'attestation spécifique relative au maintien des prestations en cas de dépassement de la période de séjour de trois mois. La prolongation du formulaire BM111 n'étant pas prévue, les organismes assureurs belges sont invités, chaque fois que les conditions de maintien des prestations sont réunies, de délivrer un formulaire BM111 d'une durée maximale d'un mois. Dans ce cas, le nouveau formulaire et les documents ayant justifié le maintien des prestations sont versés au dossier administratif de l'intéressé.

Dès que la durée du maintien des prestations dépasse six mois, le médecin-conseil de l'organisme assureur doit être saisi avec une demande explicite de se prononcer sur l'opportunité d'appliquer l'article 13 de l'Arrangement administratif.

### 4. SOINS DE SANTÉ PROGRAMMÉS

La prise en charge des soins de santé reçus dans l'autre État contractant est refusée lorsque le bénéficiaire s'y est rendu sans autorisation et dans le but de recevoir un traitement médical.

Ni la Convention ni l'Arrangement administratif ne prévoient les modalités de preuve en ce qui concerne l'intention de se faire soigner dans l'autre État. Il s'ensuit donc que cette intention doit être prouvée par toutes voies de droit.

2. Non publiée ici.

## 5. PROTHÈSES, GROS APPAREILLAGE ET AUTRES SOINS DE GRANDE IMPORTANCE

§ 1. Le service et la prise en charge des prestations durant un séjour temporaire dans l'autre État ne couvre pas la fourniture de prothèses, appareillage et autres soins de grande importance repris dans la liste arrêtée par les États contractants et annexée à la présente circulaire. Ces prestations ne peuvent être servies et remboursées qu'en cas d'urgence absolue dont l'appréciation est laissée à l'organisme de l'État de séjour qui en informe sans délai l'organisme d'affiliation par le biais du formulaire BM114.


§ 2. L'attention doit être attirée sur le fait que le formulaire BM114 ne prévoit pas de partie "B" destinée à l'organisme compétent. Pour être valable et sortir ses pleins effets, la décision quant à l'urgence absolue ne requiert donc pas le consentement de l'organisme compétent qui ne peut qu'en prendre acte.

§ 3. Bien que la notion d'urgence absolue soit laissée à l'appréciation de l'organisme de l'État de séjour, l'État compétent ne perd pas tout son pouvoir d'appréciation dans la mesure où l'Arrangement administratif du 18 février 2014 donne une définition précise de cette notion qui recouvre les "prestations qui ne peuvent être différées sans mettre en danger la vie ou affecter définitivement la santé" du bénéficiaire. Il est donc possible qu'au moment de la notification du Service des soins ou lors de l'introduction d'une créance y relative l'organisme compétent puisse demander des précisions concernant les circonstances et la motivation de la décision prise par l'État de séjour. Cette conclusion est confirmée par l'article 13 de l'Arrangement administratif qui précise que : "les institutions compétentes peuvent demander des renseignements médicaux complémentaires qu'elles estiment leur être nécessaires". Aussi, il est recommandé aux organismes assureurs de faire intervenir leurs médecins-conseils à chaque fois qu'une notification "d'urgence vitale" leur est adressée par le Maroc.

§ 4. Outre les prestations énumérées dans la liste en question, sont, de manière générale, considérées comme soins de grande importance toutes les prestations dont le coût estimé est supérieur à mille euros (1.000 EUR), pour les prestations servies au Maroc et à 10.000,00 Dirhams pour les prestations servies en Belgique (Annexe 3).<sup>3</sup>

## 6. CAS PARTICULIER DES TRAVAILLEURS DÉTACHÉS ET OPTANTS (FORMULAIRE BM128)

§ 1. Les travailleurs détachés et assimilés, ainsi que les optants, et les membres de famille qui les accompagnent (art. 12 de la Convention) ont droit aux soins de soins de santé qui s'avèrent nécessaires immédiatement compte tenu de leur état de santé, pendant toute la durée de leur séjour dans le pays où ils sont occupés (art. 7, § 3, de l'Arrangement administratif).

 **§ 2. Attention** : bien que la rubrique 1 du formulaire BM.128 offre la possibilité de cocher le statut de "travailleur salarié détaché d'un service administratif officiel", il convient de noter que les fonctionnaires détachés ne relèvent pas du champ d'application personnel de l'article 12 de la Convention. Les organismes assureurs ne peuvent pas émettre des formulaires BM128 à leur attention. Les fonctionnaires belges détachés au Maroc ont droit au remboursement des soins de soins dispensés au Maroc sur la base de l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

3. Non publiée ici.

**§ 3. Mesure transitoire** : les formulaires BM128 émis par les organismes assureurs au fonctionnaires belges et leurs membres de famille, sur la base des informations reprises dans la Circulaire O.A. n° 2014/210, restent valables jusqu'à l'expiration de la période indiquée sur le formulaire.

**§ 4.** Le formulaire BM128 ne reprend pas expressément les travailleurs détachés par les entreprises privées. Pour une bonne utilisation uniforme de ce formulaire, il est recommandé aux organismes assureurs de tenir compte des consignes suivantes : si l'organisme marocain n'a pas clairement indiqué la catégorie à laquelle appartient le travailleur, celui-ci sera d'office considéré par l'organisme assureur belge comme un travailleur détaché d'une entreprise privée. Dans le même ordre d'idée, aucune case ne sera complétée par l'organisme assureur belge si le travailleur détaché au Maroc est un travailleur occupé par une entreprise privée.

**§ 5.** Si un assuré marocain présente à un organisme assureur un formulaire BM128 sur lequel est coché le statut de *"travailleur salarié détaché d'un service administratif officiel"*, l'organisme assureur doit s'adresser à l'institution marocaine compétente et l'informer que les fonctionnaires détachés n'ont pas droit à un formulaire BM128.

## 7. INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ SERVIS DURANT UN SÉJOUR TEMPORAIRE EN BELGIQUE

**§ 1.** Les assurés marocains séjournant en Belgique et qui sont porteurs d'un formulaire BM111 valable bénéficient de l'accès aux soins de santé ainsi qu'au remboursement de ceux-ci dans les mêmes conditions que les assurés de la législation belge.

**§ 2.** Sur présentation d'un BM111, les assurés marocains sont enregistrés dans les fichiers de l'organisme assureur avec une assurabilité dont la durée doit strictement correspondre à celle reprise sur le formulaire présenté avec un maximum de trois mois. Ceci implique que dans le cas où l'organisme assureur marocain aurait délivré un formulaire dont la durée de validité est supérieure à trois mois, la période excédentaire ne pourrait en aucun cas être prise en considération. Dans le même ordre d'idée, le formulaire BM111 sans mention précise quant à sa durée de validité doit être considéré comme incomplet et non recevable. Dans ce cas, si nécessaire, un nouveau formulaire doit être demandé à l'organisme marocain compétent.

**§ 3.** Le document BM111 est un document déclaratif et non constitutif de droit. Ce document doit rester en possession de l'assuré marocain qui, à chaque demande de remboursement, peut le présenter à un organisme assureur de son choix. Il s'en suit que lors de l'enregistrement d'un formulaire BM111 :

- les organismes assureurs doivent faire toutes les constatations utiles et conserver une copie de ce document dans le dossier administratif de l'intéressé
- les organismes assureurs doivent s'abstenir de procéder à l'intégration de ce type d'assurés dans le registre du "CIN".

## Section II. Droit aux soins de santé en cas de résidence dans l'autre état contractant

Contrairement à la situation de séjour temporaire qui s'applique à toutes les personnes visées par le champ d'application personnel de la Convention bilatérale, la couverture des soins de santé en cas de transfert de résidence ne s'applique qu'à deux types d'assurés à savoir les travailleurs en incapacité de travail et les personnes considérées comme "ayants droit" au sens de la Convention.

## 1. LES TRAVAILLEURS EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LEURS AYANTS DROIT (FORMULAIRE BM106)

Les travailleurs salariés ou assimilés assujettis dans l'un des États contractants et qui sont en incapacité de travail reconnue comme telle par l'État d'affiliation, bénéficient lorsqu'ils résident ou transfèrent leur résidence dans l'autre État contractant, du droit aux prestations de l'assurance soins de santé prévues par l'État de résidence. Ce droit est applicable *mutatis mutandis* aux ayants droit de ces travailleurs à condition qu'ils n'aient pas de droits propres en vertu de la législation de cet État.

## 2. LES AYANTS DROIT RÉSIDANT EN DEHORS DE L'ÉTAT COMPÉTENT ( FORMULAIRE BM109)

Les ayants droit résidant dans l'État contractant autre que l'État de travail et de résidence du travailleur, ont droit, à charge de l'État compétent, aux prestations de l'assurance soins de santé prévues par l'État de résidence à condition qu'ils n'aient pas de droits propres en vertu de la législation de cet État.

## 3. DISPOSITIONS COMMUNES

### 3.1. Ouverture et durée du droit

Pour faire valoir leurs droits, les travailleurs et les ayants droits résidant seuls dans l'autre État doivent respectivement fournir à l'organisme assureur de l'État de résidence une attestation BM106 ou BM109 dûment délivrée par l'organisme assureur de l'État d'affiliation. Délivrés à la demande de l'assuré social, ces documents sont délivrés avec une validité d'un an renouvelable d'année en année. Ils ne peuvent donc être délivrés pour une durée indéterminée.

### 3.2. Fermeture du droit

La fermeture du droit est opérée au moyen d'un formulaire BM108 émis par l'organisme compétent de sa propre initiative ou par l'institution du lieu de résidence.

Dans tous les cas, la clôture des droits ne sort ses effets qu'à compter du premier jour qui suit celui de la réception de cette clôture par l'État de résidence, soit le lendemain de la réception du formulaire complété en partie "A" par l'institution compétente ou le jour suivant celui de la réception du formulaire BM108 complété en partie "B" par l'institution compétente.

### 3.3. Détermination de la qualité d'ayant droit

Dans le cadre du transfert de résidence, la Convention limite la compétence des États en ce qui concerne la détermination de la qualité d'ayant droit. Dans cette situation spécifique, la notion d' "ayant droit" ne recouvre en effet que deux catégories de personnes à savoir :

- le conjoint non divorcé du titulaire. Il importe de préciser qu'il n'est pas requis que ce conjoint<sup>2</sup> ait la qualité de personne à charge. Son état civil est la seule condition à prendre en considération pour l'attribution du statut d'ayant droit. Autrement dit, le fait que le conjoint ne remplisse pas les conditions requises par la législation belge pour avoir la qualité de personne à charge (p. ex. la condition de cohabitation) ne peut remettre en question son statut d'ayant droit au sens de la Convention. Pour que celle-ci lui soit applicable, il faut et il suffit que son statut de conjoint non divorcé soit établi



- les enfants considérés comme étant à charge du travailleur au sens de la législation de l'État d'affiliation.

### Section III. Dispositions relatives aux accidents du travail

En application de l'article 34 de la Convention et de l'article 4 de l'Arrangement administratif, les prestations en nature aux victimes d'un accident du travail sont, en cas de transfert de résidence en Belgique servies par les organismes assureurs belges lorsque le travailleur est soumis au régime de sécurité sociale marocain.

Les travailleurs remettront la formule BM13, attestant le droit du travailleur aux prestations en nature en matière d'accident du travail.

Les prestations peuvent être servies jusqu'à réception de la formule BM14 mettant fin à la validité de la formule BM13.

### Section IV. Remboursement entre institutions

**§ 1.** Les prestations servies au Maroc ou en Belgique sont remboursées par l'institution compétente sur base des dépenses réelles augmentées de 8 % au titre de frais de gestion. Cette augmentation ne s'applique pas aux accidents du travail.

Les remboursements doivent être effectués dans un délai de six mois calendrier après la date d'introduction des créances.

**§ 2.** Pour l'assurance soins de santé belge, le mode de remboursement sur base des dépenses réelles implique que les assurés de la législation belge résidant au Maroc restent effectivement assujettis et assurés en Belgique où ils bénéficient d'un droit de retour. À ce titre, ils bénéficient de l'accès aux soins de santé servis en Belgique et peuvent, s'ils remplissent les conditions requises, bénéficier de l'application de la réglementation européenne relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi que des Conventions bilatérales liant la Belgique en matière des soins de santé.

**§ 3.** Dans l'attente d'une concertation bilatérale spécifique, il est recommandé aux organismes assureurs belges de rejeter les créances marocaines consécutives à des hospitalisations à des services de prothèses, de gros appareillages ou autres soins de grande importance qui n'auront pas été préalablement notifiés par l'institution marocaine (formulaires BM113 et BM114).

### Section V. Dispositions financières

Les dépenses faites par les organismes assureurs belges en application des dispositions des articles 9, 10 et 12 de la Convention ainsi que des articles 6 et 7 de l'Arrangement administratif, doivent figurer au document "état de dépenses" soit le C.I11.

En *annexes 4 et 5*<sup>4</sup>, les organismes trouveront le nouveau plan comptable pour la gestion des créances belges et marocaines.

4. Non publiées ici.

## Chapitre III. Dispositions finales

**§ 1.** Le nouvel Arrangement administratif ne sort ses effets que pour l'avenir. Il en résulte que les prestations de santé reçues avant le 1<sup>er</sup> mai 2014 restent soumises aux dispositions en vigueur avant cette date. Par ailleurs, l'attention des organismes assureurs est attirée sur le fait que les situations prévues par la Convention bilatérale et pour lesquelles aucun nouveau formulaire n'est proposé, restent soumises aux formulaires initialement prévus par l'Arrangement administratif du 14 septembre 1972.

**§ 2.** Vu les modifications substantielles en ce qui concerne la détermination de la qualité des ayants droit, d'une part et de la durée des droits d'autre part, les formulaires BM109 en cours de validité doivent être clôturés et, si les nouvelles conditions d'octroi sont réunies, être remplacés par de nouveaux formulaires. Ces opérations d'actualisation des formulaires et des droits devront être terminées pour le 30 juillet 2014.

**§ 3.** En ce qui concerne les modalités de remboursement en Belgique des soins reçus durant un séjour temporaire au Maroc (remboursement à l'assuré social qui n'a pas accompli sur place les modalités prévues par la Convention), il est renvoyé à la Circulaire O.A. n° 2018/109 - 80/116<sup>5</sup> du 30 mars 2018 relative au remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou un accord bilatéral en matière de sécurité sociale s'appliquent.

...



Circulaire O.A. n° 2018/219 – 8295/24 du 26 juillet 2018.