EM 9

Convenio entre Espana y Marruecos
Convention entre le Maroc et l'Espagne
Liquidation Individual de Gastos Efectivos
Liquidation individuelle des coûts réels (cas par cas)

Articulos 10, 12, 13, 14, 27 y 34.5 del Convenio
Articles 10, 12, 13, 14, 27 et 34.5 de la Convention
Articulos 13, 23, 29 y 30 del Acuerdo Administrativo
Articles 13, 23, 29 et 30 de l'Arrangement Administratif

Ver "Instrucciones" al dorso
Voir "Instructions" au verso

1

1-1 **Factura num.** .....
Facture n°

☐ Primer semestre / Premier semestre ☐ Segundo semestre / deuxième semestre 19 .....

Institucion competente
2 **Institution compétente**

2-1 Denominacion / Dénomination .....

2-2 Direccion / Adresse (1) .....

Datos relativos Al Trabajador
3 **Renseignements concernant le travailleur**

3-1 **Apellidos (2) / Noms** .....

3-2 **Nombre** / **Prénom** .....

3-3 **Fecha de nacimiento** / **Date de naissance** .....

3-4 **D.N.I.** / **C.I.N.** (3) .....

3-5 Nombre del padre / Nom du père .....

3-6 Nombre de la madre / Nom de la mère .....

3-7 Nacionalidad / Nationalité .....

3-8 Direccion en el pais competente (1) .....
Adresse dans le pays compétent .....

3-9 Numero de afiliacion / Numéro d'immatriculation .....

Datos relativos Al Familiar que recibio asistencia sanitaria
4 **Renseignements relatifs à la famille qui bénéficie des soins de santé**

4-1 Apellidos (2) / Noms .....

4-2 Nombre / Prénom .....

4-3 Fecha de nacimiento / Date de naissance .....

4-4 Parentesco / Lien de parenté .....

4-1 La persona indicada / La personne indiquée ☐ en el recuadro 3 / dans le point 3 ☐ en el recuadro 4 / prestation dans le point 4

se ha beneficiado de las prestaciones en virtud del articulo siguiente del convenio: (4)
a bénéficié en vertue des articles suivants de la convention :

4-2 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 27

4-3 A la vista del formulario / Au vu du formulaire ☐ EM-3 ☐ EM-4 ☐ EM-5 de facha / en date du .....
Valido del / Valable du ..... al / au .....

4-4 La persona indicada / La personne indiquée ☐ en el recuadro 3 / dans le cadre 3 ☐ en el recuadro 4 se/ha sometido al reconocimiento médico / dans le cadre 4 a été soumise au contrôle médical
solicitado el ..... (4)
sollicité le ..... (4)

Gastos Efectuados
5 Dépenses effectuées

5-2	Por prestaciones en especie servida / pour les prestations en nature servies del / du ..... al / au ..... (4) bis	5-1 Importe / Montant .....
5-3	Asistencia médica / assistance médicale	.....
5-4	Asistencia odontologia	.....
5-5	Medicamentos / Médicaments	.....
5-6	Hospitalizacion / Hospitalisation : del / du ..... al / au	.....
	del / du ..... al / au	.....
5-7	Otras prestaciones (6) / Autres prestations	.....
	.....	.....
5-8	Total de prestaciones en especie / Total des prestations en nature	.....
5-9	Contrôles medicos Contrôles médicaux (6)	
5-10	Examenes medicos Examens médicaux (7)	
5-11	Gastos de gestion Frais de gestion	
5-12	Total de contrôles / examenes medicos Total des contrôles / examens médicaux	

5-13 Total de gastos / Total des frais .....

Institucion acreedora
6 Institution créancière

6-1 Denominacion / Dénomination .....

6-2 Direccion (1) / Adresse .....

.....

6-3 Sello / Cachet

6-4 Fecha / Date .....

6-5 Firma / Signature .....

INSTRUCCION / INSTRUCTIONS

Este formulario debera cumplimentarse en latras mayusculas / Ce formulaire doit être complété en lettres majuscules.

NOTAS / NOTES

(1) Calle, numero, codigo postal, localidad, provincia, pais.
rue, numéro, code postal, localité, province, ville.

(2) Para los nacionales, espanoles consignar los dos apellidos de nacimiento.
Pour les espagnols, indiquer les deux noms de naissance.

(3) Para los nacionales espagnoles, consignar el numero de documento National de Identidad. Si no se posee, indicar expresamente "ninguno".
Pour les espagnols, indiquer le numéro du document National d'Identité. Pour les marocains, indiquer le numéro de la carte d'Identité Nationale.

(4) Pongase una cruz en la casilla que presede al caso apropiado.
Mettre une croix dans la case correspondante.

(4) bis Indicar la fecha exacta en la que se presto la asistencia sanitaria.
Indiquer la date exacte du service des prestations sanitaires.

(5) Indicar la naturaleza de las prestaciones : protesis, ambulancia, medios complementarios de diagnostico, etc...
Indiquer la nature des prestations : prothèses, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc...

(6) Controles médicos efectuados para la percepcion de prestaciones economicas de enfermedad-maternidad.
Contrôles médicaux effectués pour la perception des prestations en espèce de maladie et de maternité.

(7) Examenes médicos efectuados para reconocimiento o mantenimiento de pension de invalidez. Indicar cual es la institucion solicitante.
Examens médicaux effectués pour connaître ou maintenir "la pension d'invalidité". Indiquer l'institution sollicitante.