REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

*APPLICATION FOR REIMBURSEMENT*

**Formulaire à remplir obligatoirement en MAJUSCULES, au stylo à bille noir ou bleu**

*Form to be necessarily filled in CAPITAL LETTERS, with a black or blue ball-pen*

## Employeur
*Employer*

**Numéro employeur** *Employer number* ___ – _____ – ___ – __

**Raison sociale** *business name*

**Adresse** *Address*

**E-mail** *E-mail*

## Victime
*Victim*

Matricule Assuré *Insured number* ___ – _____ – __

Nom *Name*

Prénoms *first name*

Boite Postale *P.O. Box* — Quartier *Neighbourhood* — Lieu dit .....

Date accident *Date of accident* __ __ ____

Nature des lésions *Nature of injuries*

Siège des lésions *Location of injuries*

## Note de Remboursement
*Note of reimbursement*

Date demande *date of application* __ __ ____

Numéro du dossier *File number*

Objet du remboursement *Subject of the reimbursement*

Fournisseur *supplier*

Adresse *Address*

Tél *Phone*

Bénéficiaire *beneficiary* ☐ **Victime** *Victim* ☐ **Autre** *Other* (si autres préciser le nom) *(if others specify the name)*

Autre bénéficiaire *other beneficiary*

Adresse *Address*

DRBT001

COM/DECT/CNPS/2019

## Détails note de frais
*Details of expenses*

*(Bien vouloir y joindre toute pièce justificative à la présente note de remboursement)*
*(Please attach supporting documents to this reimbursement form)*

| N° *N°* | Date prestation *Date service rendered* | Prestation *Service rendered* | Qté *Qte* | Prix unitaire *Unit price* |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |