**IPM…………………..**

**Numéro et date d’agrément………………………………**

**Adresse ……………………................**

**LE GERANT**

**Dakar, le ………………………………**

**Objet : demande d’avis dans le cadre le cadre du contrôle médical**

Mme la Directrice, nous venons, par la présente, solliciter l’avis du médecin conseil de l’ICAMO sur la prescription……………………. ou la facture ………………………. reçue de …………………….. Le …………………. 2022.

Nous doutant de la conformité de …………………………… à la réglementation en vigueur. En effet, une irrégularité a été constatée sur …………………………….………..

Dans l’attente d’un avis éclairé sur ce dossier, nous vous prions d’agréer l’assurance de notre considération distinguée.

**Pièces jointes**

……………………….

………………………

**A …………………………………. signature du gérant et cachet de l’IPM**

**Directeur de l’ICAMO**