

**Ordonnance sur la podologie en cas de syndrome du pied diabétique** selon l'art. 11c OPAS**Données personnelles**

Nom _____
 Prénom _____
 Rue _____
 Code postal / Lieu _____
 Date de naissance _____
 Téléphone privé _____
 Employeur _____
 Code postal / Lieu _____
 Téléphone professionnel _____
 Assureur maladie _____
 N° de carte _____
 N° d'assurance sociale / N° AVS _____

Adresse du cabinet de podologie

- Maladie
 Traitement à domicile

Conformément à l'art. 11c OPAS, seules sont remboursées les prestations fournies sur prescription médicale aux **personnes souffrant de diabète sucré** et présentant l'un des **facteurs de risque** suivants **pour un syndrome du pied diabétique**. Le nombre de séances est indiqué par année civile. Le formulaire de prescription est donc valable pour l'année civile au cours de laquelle il a été établi et doit être réédité pour chaque nouvelle année civile.

- Diagnostic A** : personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie **sans maladie artérielle** occlusive périphérique (MAOP), **max. 4 séances**
- Diagnostic B** : personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie **avec maladie artérielle** occlusive périphérique (MAOP), **max. 6 séances**
- Diagnostic C** : personnes atteintes de diabète sucré après un ulcère diabétique ou après une amputation liée au diabète, **max. 6 séances**

Autre(s) diagnostic(s) / remarques :

Début du traitement au _____

Durée de validité
Règlement (fin de l'année
civile en cours) _____

Médecin (cachet) : N° RCC et GLN

Podologue (cachet) : N° RCC et GLN

Date et signature

Date et signature