

## 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 \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_  
 Employeur \_\_\_\_\_  
 Code postal / Lieu \_\_\_\_\_  
 Téléphone prof. \_\_\_\_\_  
 Assureur maladie \_\_\_\_\_  
 N° de carte \_\_\_\_\_  
 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