

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

Données personnelles

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ genre _____
 Rue _____
 Code postal / Lieu _____
 N° d'assurance sociale / N° AVS _____
 Téléphone privé _____
 Mail _____

Destinataire:

Assureur maladie

Nom _____
 Rue _____
 Code postal / Lieu _____
 GLN _____

Employeur

Nom _____
 Code postal / Lieu _____
 Loi/Instruction Non _____
 Date/n° de l'accident _____

Régulation

- 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 en cours)

Médecin

GLN _____ RCC _____
 Mail _____

Podologue

GLN _____ Tel. _____
 Mail _____

Date:

Transmission électronique
