

---

PRESCRIPTION DANS LE CADRE D'UN TRAJET DE SOINS

**DIABETE DE TYPE II**

---

Demande de séances de podologie

Je soussigné, médecin traitant de Mr/Mme

.....

sollicite le suivi de podologie prévu pour ce patient dans le cadre de son Trajet de Soins :

☐ 2 séances de 45 minutes dispensées par un podologue agréé.

**Groupe à risques :**    ☐ 1    ☐ 2a    ☐ 2b    ☐ 3

Deux prestations peuvent être attestées par année calendrier.  
Ces séances sont remboursées de façon préférentielle par la mutuelle.

Cachet

Date:

Signature:

**Document à montrer au podologue avant de le joindre à l'attestation de soins pour obtenir le remboursement de la mutuelle.**