

## PRE-TRAJET DE SOINS

### Prescription médicale de séances de **PODOLOGIE**

Je soussigné, médecin traitant de Mr/Mme  
.....

sollicite le suivi **podologique** prévu pour  
ce patient dans le cadre de son Pré-Trajet  
de soins Diabète :

2 Séance(s) de 45 minutes  
dispensée(s) par un podologue agréé.

**Groupe à risque** : 1 2a 2b 3

(2 prestations peuvent être attestées par an)  
**Document à montrer au podologue avant  
de le joindre à l'attestation pour la mutuelle.**

**Cachet :**

**Date :**

**Signature :**