|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :** **Demande du** **Réf :** **T** **V/réf.**  |
| Givisiez,  |  |  |

**Nom, Prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Instruction AI / Moyens auxiliaires - chaussures orthopédiques**

Bonjour,

Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d’une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au questionnaire en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e. Si, malgré tout, quelques points devaient demeurer ouverts, nous le comprendrions très bien. Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site www.ai-pro-medico.ch.

Vous pouvez également télécharger le rapport médical (formulaire RM5477) sur notre site web (www.aifr.ch).

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner. Pour cette tâche, vous pouvez faire votre décompte selon Tarmed.

Avec nos remerciements et nos salutations les meilleures.

 *« Dans le but de traiter plus rapidement vos réponses, nous utilisons un lecteur OCR. Si vous utilisez vos propres supports informatiques, merci de* ***nous retourner impérativement la première page du questionnaire ci-joint****, sur lequel figurent nos références OCR. »*

|  |  |
| --- | --- |
|       | Numéro AVS :       Personne assurée :      Né(e) le       |

**Rapport médical** **pour l’examen du droit d’une personne assurée à des chaussures orthopédiques**

Il s’agit d’une demande pour

[ ] une première remise

[ ] un renouvellement [ ] en raison d’un changement de type de chaussures [ ] en raison d’une surconsommation

Pour les assurés

[ ] avant les 20 ans révolus

[ ] en âge AI ou droits acquis

[ ] en âge AVS

**1. Informations et compléments relatifs aux chaussures orthopédiques prescrites**

* **1.1**

Diagnostic(s) Existant depuis

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* **1.2**

Dernier examen du

|  |
| --- |
|       |

* **1.3**

Pour quelle période les chaussures orthopédiques seront-elles nécessaires ?

|  |
| --- |
|       |

* **1.4**

Les chaussures orthopédiques sont-elles nécessaires à la suite d’un accident ?

[ ]  oui [ ]  non

L’accident a-t-il été causé par un tiers ?

[ ]  oui [ ]  non

* **1.5**

Les chaussures orthopédiques sont-elle nécessaires dans le cadre d'un traitement médical (p. ex. postopératoire) ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, veuillez justifier :

|  |
| --- |
|       |

* **2. Explication du type de chaussure nécessaire**
* **2.1**

Y-a-t-il des difficultés à porter des chaussures de confection ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, veuillez justifier :

|  |
| --- |
|       |

* **2.2**

Parmi les types de chaussures orthopédiques énumérés ci-après, lequel est indiqué médicalement, sur la base des diagnostics posés, en raison de l’invalidité ?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Semelles plantaires orthopédiques (ch.4.05\* OMAI)***Semelles plantaires peuvent être échangées, resp. être portées dans différentes chaussures. L’AI ne couvre que les couts si elles ont nécessaires en complément dans le cadre d’une mesure médicale de Réinsertion)* |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Eléments orthopédiques incorporés (ch. 4.02 OMAI)***Les éléments orthopédiques incorporés sont des retouches et des adaptations apportées à des chaussures de confection normales, à des chaussures spéciales pour orthèses ou à des chaussures spéciales pour la stabilisation. Les retouches et les adaptations comportent souvent la compensation de la différence de longueur des jambes, l’amélioration du déroulement du pied et de l’amortissement, par ex. en cas d’arthrose, un meilleur ajustement, un lit plantaire individualisé, etc.*[ ]  **sur des chaussures du commerce***Par exemple avec différence de longueur de jambe En règle générale, jusqu’à une différence de longueur de jambe de 12 mm pour les hommes et de 11 mm pour les femmes, des semelles orthopédiques ou des semelles sont considérées comme suffisantes.****Si les ajustements demandés pour les chaussures du commerce sont dus à une différence de longueur de jambe, veuillez l’expliquer en mm :*** [ ]  **sur les chaussures orthopédiques spéciales pour orthèses**[ ]  **sur les chaussures orthopédiques spéciales pour la stabilisation** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Chaussures prêtes à l'emploi normales de différentes tailles (ch. 4.04 OAMI)***(sans modifications anatomiques ou pathologiques. En cas de chaussures de tailles inégales, l'AI ne couvre que les frais pour une paire et non pour les deux paires (CHF 200.00 au maximum). A cet égard, nous vous prions d'indiquer la pointure de chaussure attendue :* Gauche: Droite:  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Utilisation de chaussures supplémentaires en raison d’une démarche pathologique***En principe une augmentation pour cause d’invalidité est possible pour tous les types de chaussures*[ ]  **en raison d'une démarche pathologique**(par exemple suite à une hémiparésie spastique) *En cas d’augmentation pour cause d’invalidité démarche pathologique,*  *Deux paires de chaussures par année civile sont aux frais de la personne assurée.*[ ]  **en raison du besoin de chaussures de travail**[ ]  **en raison d’une modification de la grandeur des pieds***(maladie)****En plus des informations de base pour la consommation supplémentaire requise, veuillez également indiquer le type de chaussure requis ou cocher la case appropriée.***   |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Chaussures orthopédiques spéciales (ch. 4.03 OMA)***Le terme « chaussures orthopédiques spéciales » désigne des chaussures qui possèdent des éléments particuliers servant à soulager le déroulement, l’amortissement ou la stabilisation du pied. Elles peuvent également être conçues spécialement afin de rendre possible le port d’orthèses ou de semelles plantaires. Elles sont donc de nature à compenser certaines limitations fonctionnelles. Ces chaussures ne nécessitent en général que des corrections et adaptations légères.*[ ]  **Chaussures spéciales pour orthèses** *(seulement lors du port d’une orthèse)*[ ]  **Chaussures spéciales pour la stabilisation** (*chaussures dépassant la cheville et contenant des stabilisateurs intégrés, pouvant notamment être utilisées en cas d’instabilité ou de paralysie)*[ ]  **Chaussures spéciales pour semelles plantaires souples** *(chaussures plus spacieuses et munies d’un contrefort stable. Elles sont particulièrement bien adaptées au port de semelles plantaires.)*[ ]  **Chaussures spéciales pour pansements** (*Chaussure toute faite en tissu, en matière thermoplastique ou en cuir nappa qui se porte sur les pansements ou comme* *soin d’urgence.*[ ]  **Chaussures spéciales pour enfants** *(Chaussures spéciales pour la thérapie et les soins en cas d'insuffisances ligamentaires et musculaires, de troubles**, fonctionnels, de paralysie et de pathologie de la marched.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Chaussures orthopédiques de série (ch. 4.01 OMAI)***(Ce type de chaussures peut être adapté en fonction des besoins lors de modifications complexes du pied, de graves anomalies posturales, de polyneuropathie, etc. Ces chaussures sont fabriquées en série comme une sorte de produit semi-fini. Un maître bottier orthopédiste titulaire d’un diplôme fédéral les adapte ensuite spécialement et y intègre un lit plantaire individuel. Grâce à ces adaptations, ces chaussures constituent un moyen auxiliaire à part entière et sont en partie comparables aux chaussures sur mesures.* |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Chaussures orthopédiques sur mesure (ch. 4.01 OMAI)***Chaussures sur mesure confectionnées à la pièce. Les chaussures orthopédiques sur mesure ne sont confectionnées que si le port de chaussures orthopédiques de série n’est pas possible. Ce type de chaussures ne peut être adapté et vendu que par des maîtres bottiers orthopédistes titulaires d’un diplôme fédéral.* |

**3. Signature**

Prénom, nom, date et signature du médecin

|  |
| --- |
|       |

Adresse exacte (cabinet/service)

|  |
| --- |
|       |

**4. Annexes**

Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession **(radiographies, podogrammes et images explicitement disponibles)** ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander. Les rapports originaux seront retournés après que nous en ayons pris connaissance.

|  |
| --- |
|       |