

Aanvraag tot terugbetaling van  
Topiramate EG<sup>®</sup>  
in het kader van **MIGRAINE**

Ondergetekende Dokter in de Geneeskunde vraagt  
aan de Adviserende Geneesheer van de verzekeringsinstelling  
ten voordele van

**Patient**

Naam en voornaam:.....  
Adres:.....  
Gemeente:..... Postcode:.....  
Titularis/ echtgeno(o)t (e) / Kind / ascendent (onnodige schrappen)  
Verzekeringsinstelling:.....  
Nr Inschrijving:.....  
\_\_\_\_\_ of kleefstrookje van de mutualiteit

Voor TOPIRAMATE EG<sup>®</sup>

60 filmomhulde tabletten à 25 mg topiramaat  
60 filmomhulde tabletten à 50 mg topiramaat

- Terugbetaling voor ..... maanden ( max. 6 maanden)  
 Aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor ..... maanden  
(periodes van max. 60 maanden)

Voor de profylactische behandeling van migraine bij rechthebbende die voldoen aan de IHS-diagnosecriteria van migraine, bij wie een profylaxisbehandeling aangewezen is wegens de frequentie en/of de intensiteit van de migraineaanvallen en bij deze die een onvoldoende respons hebben op propranolol, of die het niet verdragen, of die een contra-indicatie zoals opgenomen in de officiële wetenschappelijke bijsluiter van propranolol, vertonen.

De maximale dagelijkse vergoedbare dosering bedraagt: 2x 50 mg/dag, die, na de titratieperiode, zal bekomen worden met een maximum van 2 tabletten per behandelingsdag

**BEHANDELENDE GENEESHEER**

Datum:

Stempel

Handtekening: