

Aanvraag tot terugbetaling van Topiramate Sandoz®

Ondergetekende, _____

Geneesheer specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie
vraagt aan de Adviserend Geneesheer van de verzekeringsinstelling
ten voordele van:

Patiënt:

Naam: _____

Voornaam: _____

Vignet kleven

- Terugbetaling voor maanden (max.12 maanden)
- Aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor maanden
(max. 12 maanden)

- Topiramate Sandoz 25 mg x 60 tabletten
- Topiramate Sandoz 25 mg x 100 tabletten
- Topiramate Sandoz 50 mg x 60 tabletten
- Topiramate Sandoz 50 mg x 100 tabletten
- Topiramate Sandoz 100 mg x 100 tabletten
- Topiramate Sandoz 200 mg x 100 tabletten

Ter behandeling van aanvallen van partiële epilepsie en/of veralgemeende
tonisch-clonische aanvallen in één van volgende gevallen:

1. Als add-on therapie bij volwassenen en adolescenten van
12 jaar en ouder, die ofwel partiële aanvallen van epilepsie, ofwel
gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen vertonen en die
refractair en intolerant zijn aan andere anti-epileptica.
2. Als monotherapie, bij patiënten van 12 jaar of ouder.

Datum, stempel en handtekening: