

Aanvraag tot terugbetaling van
Topiramate EG[®]
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[®]

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: