

Aanvraag tot terugbetaling van Topiramate Sandoz®

25 mg 50 mg

Ondergetekende, _____

Dokter in de Geneeskunde, vraagt aan de Adviserend Geneesheer van de verzekeringsinstelling ten voordele van:

Patiënt:

Naam: _____

Voornaam: _____

Vignet kleven

- De terugbetaling voor maanden voor Topiramate Sandoz (max. 6 maanden)
- Aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor maanden voor Topiramate Sandoz (periodes van max. 60 maanden)

Voor de profylactische behandeling van migraine bij rechthebbenden die voldoen aan de IHS-diagnosecriteria van migraine, bij wie een profylaxis behandeling 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 bijsluiters van propranolol, vertonen.

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

Datum, stempel en handtekening: