

Aanvraag tot terugbetaling van  
TOPAMAX® (Topiramaat, Janssen-Cilag N.V)  
in het kader van **MIGRAINE**

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

---

**Patiënt**

---

Naam en voornaam: .....  
Adres: .....  
Gemeente: ..... Postcode: .....  
Titularis / echtgeno(o)t(e) / kind / ascendent (*onnodige doorhalen*)  
Verzekeringsinstelling: .....  
Nr Inschrijving: .....

---

*of kleefstrookje van de mutualiteit*

---

voor TOPAMAX®  
60 tabletten/capsules à 25 mg topiramaat  
60 tabletten/capsules 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 rechtheb-  
benden 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 ver-  
dragen, of die een contra-indicatie zoals opgenomen in de officiële  
wetenschappelijke bijsluiter 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.

---

**Behandelend geneesheer**

---

STEMPEL

Met collegiale groeten,

Handtekening: ..... Datum .....