

Demande de remboursement de Topiramate Sandoz®

Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, demande au Médecin-Conseil de l'organisme assureur d'octroyer en faveur de :

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Collez ici la vignette de mutuelle

Un remboursement pour mois pour Topiramate Sandoz (12 mois max.)

Une prolongation du remboursement pour mois pour Topiramate Sandoz (période de 12 mois max.)

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

Dans le traitement des crises partielles d'épilepsie ou des crises toxico-cloniques selon l'un des schémas suivants :

1. En traitement add-on chez des patients, âgés de 12 ans et plus, présentant soit des crises partielles d'épilepsie soit des crises tonico-cloniques généralisées, et qui sont réfractaires ou intolérants aux autres médicaments anti-épileptiques.
2. En monothérapie, chez des patients âgés de 12 ans et plus.

Date, signature, cachet : _____