

# Demande de remboursement de Topiramate Sandoz®

25 mg

50 mg

Je soussigné(e),

---

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

## Patient :

Nom :

---

Prénom :

---

Coller ici la vignette de mutuelle

- Un remboursement pour .... mois pour Topiramate Sandoz (6 mois max.)
- Une prolongation du remboursement pour .... mois pour Topiramate Sandoz (période de 60 mois max.)

Pour le traitement prophylactique de la migraine chez des bénéficiaires remplissant les critères de diagnostic IHS de migraine, chez qui un traitement prophylactique est indiqué en raison de la fréquence et/ou de l'intensité des crises de migraines et qui ont une réponse insuffisante au propranolol, ou qui ne le tolèrent pas, ou qui présentent une contre-indication reprise dans la notice scientifique officielle du propranolol.

La posologie journalière maximale remboursable s'élève à :  
2 x 50 mg par jour, qui, dès la fin de la période de titration, sera réalisée avec un maximum de 2 comprimés par jour de traitement.

Date, signature, cachet :