

# PRESCRIBED MINIMUM BENEFITS (PMBs) APPLICATION VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV's) AANSOEK



**Please note: Please do not use this form to apply for chronic medicine**  
**Neem kennis: Moet asseblief nie hierdie vorm voltooi om aansoek te doen vir chroniese medisyne nie**

## COMPLETION OF THIS FORM / VOLTOOING VAN DIE VORM

- Bestmed has appointed a Specialist Designated Service Provider (DSP) network for all Prescribed Minimum Benefits (PMBs).
  - Members have the choice to voluntarily use non-DSP providers. However, non-DSP providers may charge higher fees or co-payments which would be for your own account.  
PMBs are subject to pre-authorisation and in the case of emergencies the application must be received within 48 hours.
  - To avoid administrative delays, please ensure that all sections are completed in full and in the case of pre-authorisation a written quotation must accompany the fully completed PMB application form.
  - The application form MUST be completed by the medical practitioner providing or prescribing the treatment/service.
  - Please ensure that all relevant diagnostic/medical reports are included with the completed application form.
  - The completed form can be faxed to 012 472 6760 or sent via email to pmb@bestmed.co.za
- 
- Bestmed het 'n aangewese diensverskaffer (ADV) spesialisnetwerk vir alle voorgeskrewe minimum voordele (VMV's) ingestel.
  - Lede is daarop geregtig om die keuse uit te oefen om vrywillig van nie-netwerkverskaffers gebruik te maak. Nie-netwerkverskaffers kan egter hoër fooie of bybetalings hef wat vir die lid se eie rekening sal wees.  
VMV's is onderhewig aan voorafmagtiging en in die geval van 'n noodgeval moet die aansoek binne 48-uur van die voorval ingedien word.
  - Om administratiewe vertrags te vermy, maak seker dat elke afdeling volledig voltooi is. In die geval van voorafmagtiging moet 'n skriftelike kwotasie die voltooië VMV aansoek vergesel.
  - Die aansoekvorm MOET deur die mediese praktisyn, wat die diens lewer of voorskryf, voltooi word.
  - Maak asseblief seker dat alle relevante diagnostiese/mediese verslae die aansoek vergesel.
  - Die voltooië vorm kan na 012 472 6760 gefaks word of per e-pos na pmb@bestmed.co.za aangestuur word.

## SECTION A: PATIENT INFORMATION / AFDELING A: PASIËNT BESONDERHEDE

Title Titel	<input type="text"/>	Initials Voorletters	<input type="text"/>
Surname Van	<input type="text"/>		
Member number Lidnommer	<input type="text"/>		
Date of birth Geboortedatum	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y	Gender Geslag	<input type="text"/> M <input type="text"/> F

## SECTION B: PMB CONDITION APPLIED FOR / AFDELING B: VMV TOESTAND WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD

ICD-10 code

ICD-10 kode

Description/ Omskrywing: \_\_\_\_\_

## SECTION C: ONGOING PMB SERVICES / AFDELING C: HERHALENDE VMV DIENSTE

### MEDICINE APPLIED FOR / MEDISYNE WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD:

Name & strength of medicine/ Naam & sterkte van medisyne	Directions / Aanwysings	Quantity per month / Hoeveelheid per maand	How long has the medicine been used / Hoe lank word die medisyne reeds gebruik	Number of repeats required / Aantal herhalings benodig	Start date of requested authorisation / Begindatum van verlangde magtiging

**CONSULTATION AND TREATMENT CODES APPLIED FOR /  
KONSULTASIES EN BEHANDELINGSKODES WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD:**

NB: List all consultation, radiology, pathology and other treatment codes /

NS: Lys alle konsultasie, radiologie, patologie en ander behandelingskodes

Tariff code / Tariefkode	Description / Omskrywing	Quantity per month / Hoeveelheid per maand	Number of repeats required / Aantal herhalings benodig	Start date of requested authorisation / Begindatum van verlangde magtiging

Patient Name / Pasiënt Naam

Surname / Van

Member number / Lidnommer

**SECTION D: ACUTE OR EVENT SPECIFIC PMB SERVICES /  
AFDELING D: AKUTE OF GEBEURTENIS SPESIFIEKE VMV DIENSTE**

Service date / Diensdatum	Tariff code / Tariefkode	Tariff charged / Bedrag gehef	Service date / Diensdatum	Tariff code / Tariefkode	Tariff charged / Bedrag gehef

**Confirm billing practice / tariff structure of the practice applying for funding at cost.  
Bevestig heffing- / tariefstruktuur van die praktyk wat aansoek doen vir befondsing teen koste.**

---



---

**Was the patient and / or member / family informed of the fees to be charged?  
Was die pasiënt en / of lid / familie ingelig oor die tariefstruktuur van die praktyk?**

YES / JA	NO / NEE
----------	----------

- If YES, please provide a copy of the signed document/consent. / Indien JA, voorsien asseblief 'n afskrif van die getekende dokument/toestemming.
- If NO, please motivate / Indien NEE, motiveer asseblief.

---



---



---

**SECTION E: MOTIVATION / REMARKS TO ENDORSE THIS APPLICATION /  
AFDELING E: MOTIVERING / AANMERKINGS OM AANSOEK TE VERSTERK**

Please attach copies of blood test results and / or any other relevant diagnostic reports.  
Heg asseblief afskrifte van patologie en / of ander relevante diagnostiese verslae aan.

Is the treatment in accordance with treatment as practised in the state sector?  
Is die behandeling in ooreenstemming met die behandeling soos toegepas in die staat?

If so, at which state institution is this practised?  
Indien wel, by watter staatsinstelling word dit so toegepas?

**SECTION F: DETAILS OF DOCTOR APPLYING FOR BENEFITS /  
AFDELING F: BEHANDELENDE GENEESHEER SE BESONDERHEDE**

Initials Voorletters	<input type="text"/>		
Surname Van	<input type="text"/>		
Practice number Praktyknommer	<input type="text"/>		
Speciality Spesialiteit	<input type="text"/>		
Tel (w)	<input type="text"/>	Fax Faks	<input type="text"/>

Signature of doctor / Handtekening van dokter: \_\_\_\_\_ Date / Datum: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (member) acknowledge that I am  
aware of the tariff structure of the practice, as well as the Bestmed fund-  
ing guideline for approved services at the Bestmed rate. I choose to make  
use of this provider.

Ek, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (lid) erken hiermee  
dat ek kennis dra van die praktyk se tariefstruktuur, asook die Bestmed  
befondsingsriglyne vir goedgekeurde dienste befonds teen die Bestmed-  
tarief. Ek kies om van hierdie praktyk gebruik te maak.

Signature of member / Handtekening van lid: \_\_\_\_\_ Date / Datum: \_\_\_\_\_