

# PRESCRIBED MINIMUM BENEFITS (PMB) APPLICATION

PLEASE DO NOT USE THIS FORM FOR CONDITIONS LISTED ON THE CHRONIC DISEASE LIST (CDL)

## VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV) AANSOEK

NIE VIR AANSOEK VAN CHRONIESE SIEKTELYS-TOESTANDE NIE (CSL)



Better living. Better life.

### COMPLETION OF THIS FORM / VOLTOOING VAN DIE VORM

- PMB's 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.
  
- VMV's is onderhewig aan vooraf-magtiging en in die geval van 'n noodgeval moet die aansoek binne 48 uur van die voorval ingedien word.
- Om administratiewe vertraging te vermy, maak seker dat elke afdeling volledig voltooi is. In die geval van vooraf-magtiging 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

Surname/Van \_\_\_\_\_

Initials/Voorletters \_\_\_\_\_

Title/Titel \_\_\_\_\_

Birthdate/Geboortedatum \_\_\_\_\_

Member number/Lidnommer \_\_\_\_\_

Gender/Geslag  F/V  M/M

### 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

**SECTION C CONTINUED: CONSULTATION AND TREATMENT CODES APPLIED FOR**  
**AFDELING C VERVOLG: 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 / Tarief kode	Description / Omskrywing	Quantity per month Hoeveelheid per maand	Number of repeats required Aantal herhalings benodig	Start date of requested authorisation Begindatum van verlangde magtiging

Member number \_\_\_\_\_ Patient Name and Surname \_\_\_\_\_  
 Lidnommer \_\_\_\_\_ Pasiënt Naam en Van \_\_\_\_\_

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

Service date / Diensdatum	Tariff code / Tarief kode	Tariff charged Bedrag gehef	Service date Diensdatum	Tariff code / Tarief kode	Tariff charged Bedrag gehef

**Confirm billing practice / tariff structure of the practice applying for funding at cost.**  
**Bevestig heffing / tarief 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 AASOEK 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: BEHANDELLENDE GENEESHEER SE BESONDERHEDE**

Surname and initials Van en voorletters	Practice number Praktyknommer
Telephone number Telefoonnommer	Fax number Faksnommer
Date Datum	Signature of doctor Handtekening van dokter

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

Ek, \_\_\_\_\_ (lid) erken hiermee dat ek kennis dra van die praktyk se tarief struktuur, asook die feit dat die Skema goedgekeurde dienste befonds teen Mediese Skematariewe. Ek kies om van hierdie praktyk gebruik te maak.

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