APPLICATION FOR ADVANCED MEDICINE SUPPLY
AANSOEK OM VOORSKOT VAN MEDISYNEVOORRAAD

bestMed
Better living. Better life.

IMPORTANT: Please attach a copy of your flight ticket or travel document to this document.
BELANGRIK: Heg asseblief 'n afskrif van u vliegtuigkaartjie of reis dokument aan hierdie vorm.

1. APPROVAL CONDITIONS / TOESTEMMING VOORWAARDES

Bestmed can grant approval for a member to claim for an advanced supply of medicine in the following instances:

- If the member is going to a destination across the local border.
- If the member is going overseas.
- If the member is going to a destination where there is no pharmacy in the nearby vicinity (e.g. Kruger National Park).

Please note that Bestmed will not grant approval for an advanced supply of medicine when members are travelling within the borders of South Africa.

Bestmed kan goedkeuring aan 'n lid verleen om 'n voorskot van medisynevoorraad te eis, in die volgende gevalle:

- Indien die lid na 'n bestemming gaan buite die plaaslike grens.
- Indien die lid na die buiteland gaan.
- Indien die lid na 'n bestemming gaan waar daar geen apteek in die nabygeleë omgewing is nie (bv. Kruger Nasionale Park).

Neem asseblief kennis dat Bestmed nie toestemming verleen vir 'n voorskot van medisynevoorraad wanneer lede binne die grense van Suid-Afrika reis nie.

2. APPLICATION DETAILS / AANSOEK BESONDERHEDE

Membership number
Lidnommer

Dependant code or name of the beneficiary requiring the medicine
Afhanklike kode of die naam van die begunstigde wat die medisyne benodig _____

Destination of travel
Reisbestemming _____

Departure and return dates
Datums van vertrek en terugkoms

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

to
tot

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Number of months' supply of required medicine
Aantal maande se voorraad van die medisyne wat benodig word _____

Specify the pharmacy name and contact details at which the medicine is to be collected
Meld die naam en kontakbesonderhede van die apteek waar die medisyne afgehaal gaan word _____

Specify the date on which the medicine is to be collected
Meld die datum wanneer die medisyne afgehaal gaan word _____

List the medicine required (acute and chronic)
Lys die medisyne wat benodig word (akuut en chronies) _____

Please complete the above information and return to Bestmed at least two weeks prior to the date of medicine collection.

This information can be e-mailed to medicine@bestmed.co.za or faxed to +27 12 472 6760.

For more information, please contact Bestmed on 086 000 2378

Voltooi asseblief die bogenoemde inligting en stuur dit aan Bestmed minstens twee weke voor die datum wanneer die medisyne afgehaal gaan word.

Hierdie inligting kan per e-pos gestuur word na medicine@bestmed.co.za of gefaks word na +27 12 472 6760.

Vir meer inligting skakel asseblief Bestmed op 086 000 2378

Signature/Handtekening _____ Date/Datum _____