

CHRONIC MEDICINE APPLICATION FORM CHRONIESE MEDISYNE AANSOEKVORM



Better living. Better life.

Dear Bestmed member

Please find attached the chronic medicine application form. Please refer to the following important information regarding the chronic medicine benefits application process.

1. Complete one application form per patient.
2. The completed and signed application form can be e-mailed to medicine@bestmed.co.za, faxed to 012 472 6760 or posted to PO Box 2297, Pretoria, 0001.
3. Incomplete application forms will NOT be processed.
4. Registration of the medicine will only be given from the date on which Bestmed receives the fully completed application. No authorisations will be backdated.
5. If the medicine and/or dosage has changed, it is not necessary to complete an application form. Bestmed will only require a copy of the new prescription with the relevant ICD-10 code(s). In the event that medicine used for psychiatric conditions has changed, or where the prescribing doctor has changed, then a newly completed application form is required.
6. Certain conditions, e.g. osteoporosis, may require additional information in order to extend the authorisation period.
7. Bestmed will cover the cost of the first application form completed. Thereafter, the cost of completing any additional forms will be paid from the available acute benefits/savings account.

If you have any enquiries, please contact Bestmed on 086 000 2378 (Monday to Friday-08:00 to 16:00) or alternatively refer to the benefit brochure for more comprehensive details. The information is also available on our website at www.bestmed.co.za.

Bestmed Medicine Management

DISCLAIMER: Should a dispute arise with regard to any benefit, the registered Rules of Bestmed as approved by the Registrar of Medical Schemes shall prevail. A copy of the Scheme Rules may be requested at any time.

Geagte Bestmed-lid

Vind asseblief aangeheg die chroniese medisyne aansoekvorm. Verwys asseblief na die volgende belangrike inligting ten opsigte van die chroniese medisyne aansoekproses:

1. Voltooi een aansoekvorm per pasiënt.
2. Die voltooide en getekende aansoekvorm kan per e-pos gestuur word aan medicine@bestmed.co.za, gefaks word na 012 472 6760 of ge-pos word aan Posbus, Pretoria, 0001.
3. Onvolledige aansoekvorms sal NIE geprosesseer word nie.
4. Registrasie van die medisyne sal slegs gedoen word vanaf die datum waarop Bestmed die volledige aansoek ontvang. Geen magtigings sal terugwerkend aanvaar word nie.
5. Indien die medisyne en/of dosering verander, is dit nie nodig om weer 'n aansoekvorm te voltooi nie. Bestmed benodig slegs 'n afskrif van die nuutste voorskrif met die relevante ICD-10 kode(s). Indien medisyne gebruik word vir 'n psigiatriese toestand en die medisyne en/of voorskrywende dokter verander, benodig Bestmed 'n nuut voltooide aansoekvorm.
6. Vir sekere kondisies, bv. osteoporose, mag addisionele inligting vereis word om die magtigingsperiode te verleng.
7. Bestmed sal die koste dra vir die voltooiing van die eerste aansoekvorm. Daarna sal die koste vir die voltooiing van enige addisionele vorms van die beskikbare akute voordele/spaarrekening verhaal word.

Indien u enige navrae het, kontak Bestmed by 086 000 2378 (Maandag tot Vrydag-08:00 tot 16:00). U kan ook na die voordeelsbrochure verwys of op ons webwerf besoek by www.bestmed.co.za vir meer omvattende inligting.

Bestmed Medisynebestuur

VRYWARING: Indien 'n dispuut sou ontstaan sal die geregistreerde Reëls van Bestmed, soos goedgekeur deur die Registrateur van Mediese Skemas, van krag wees. 'n Afskrif van die Reëls mag ter enige tyd aangevra word.

CHRONIC MEDICINE APPLICATION FORM CHRONIESE MEDISYNE AANSOEKVORM



Better living. Better life.

Paragraphs 1 to 3 must be completed by the member.
Paragraphs 4 to 6 must be completed by a medical practitioner.

Nommer 1 tot 3 moet deur die lid voltooi word.
Nommer 4 tot 6 moet deur 'n mediese praktisyn voltooi word.

1. PARTICULARS OF PRINCIPAL MEMBER / HOOFLID SE BESONDERHEDE

Surname and initials
Van en voorletters _____

Date of birth
Geboortedatum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Membership number
Lidmaatskapnommer _____

Tel (w) _____ Tel (h) _____

Fax _____ Cell _____
Faks _____ Sel _____

E-mail _____
E-pos _____

2. PARTICULARS OF THE PATIENT / INLIGTING VAN DIE PASIËNT

Surname and initials
Van en voorletters _____

Date of birth
Geboortedatum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

E-mail _____
E-pos _____

Does the patient smoke?
Rook die pasiënt?

Yes / Ja	No / Nee
----------	----------

Did the patient smoke in the past?
Het die pasiënt in die verlede gerook?

Yes / Ja	No / Nee
----------	----------

Hysterectomy
Histerektomie

Yes / Ja	No / Nee
----------	----------

Cell
Sel _____

Height
Lengte _____

Weight
Gewig _____ kg

Gender
Geslag

M	F
---	---

3. PATIENT'S CONSENT / TOESTEMMING DEUR PASIËNT

I hereby give permission to the doctor or any other service provider to state the diagnosis and mention any other information relating to my condition(s) on the form. I understand that this information will remain confidential at all times.

Ek verleen hiermee toestemming aan my mediese praktisyn en enige ander diensverskaffer om die diagnose en enige ander inligting wat betrekking op my siektetoestand/e het, op die vorm aan te bring of op aanvraag te verskaf. Ek verstaan dat die inligting ten alle tye vertroulik hanteer sal word.

Signature of applicant/Handtekening van aansoeker _____

Date
Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

4. CLINICAL QUESTIONNAIRE / KLINIESE VRAELYS

- Please complete all the appropriate sections in the following clinical questionnaire.
- Medicine application for epilepsy must be accompanied by an EEG report.
- Please attach all the requested pathology and medical reports.

- Voltooi slegs die toepaslike gedeeltes van die kliniese vraelys.
- Vir medisyne aansoek vir epilepsie moet 'n EEG verslag aangeheg word.
- Heg afskrifte van vereiste patologiese toetse en ander mediese verslae aan hierdie vorm.

PLEASE NOTE:

- Chronic benefits are granted according to the Bestmed formulary per condition per benefit option.
- The formularies are available on the Bestmed website at www.bestmed.co.za.
- If non-formulary medicine does qualify for benefits, it will be subject to an additional co-payment.

LET WEL:

- Chroniese voordele word toegestaan volgens Bestmed se formularium per kondisie per opsie.
- Die formulariums is op Bestmed se webwerf beskikbaar by www.bestmed.co.za.
- Nie-formularium medisyne sal onderhewig wees aan 'n bykomende bybetaling indien dit wel kwalifiseer vir voordele.

A. HYPERTENSION, HYPERLIPIDAEMIA AND DIABETES MELLITUS / A. HIPERTENSIE, HIPERLIPIDEMIE EN DIABETES MELLITUS

Does the patient suffer from any of the following medical conditions? Mark with an X where applicable.

Ly die pasiënt aan enige van die volgende mediese toestande? Merk met 'n X soos van toepassing.

SICKNESS CONDITION SIKTETOESTAND			
Diabetes mellitus type 1 Diabetes mellitus tipe 1		Diabetes mellitus type 2 Diabetes mellitus tipe 2	
Micro-albuminuria or GFR < 60 ml/min Mikro-albuminurie of GFS < 60 ml/min		Stroke/TIA Beroerte/TIA	
Left ventricular hypertrophy Linker ventrikulêre hipertrofie		Heart failure Hartversaking	
Hypertensive retinopathy Hipertensiewe retinopatie		Family history of heart attacks Familie geskiedenis van hartaanvalle	
Chronic renal disease Chroniese nierversaking		Coronary artery disease (e.g. angina, myocardial infarction, prior artery bypass graft, angioplasty**) Koronêre bloedvatsiekte (bv. angina, miokardiale infarksie, vorige hartomleiding, angioplastie**)	

**Attach all relevant medical reports.

**Heg alle relevante mediese verslae aan.

HYPERTENSION QUESTIONNAIRE HIPERTENSIE VRAELYS		
BLOOD PRESSURE READING BLOEDDRUKLESINGS	READING BLOEDDRUKLESING	DATE DATUM
At diagnosis By diagnose		
Current Huidiglik		

Copies of pathology reports are COMPULSORY for the application to be processed and in the event of changes to current therapy or dosages.

Afskrifte van basislyn- en mees onlangse patologie toetse is VERPLIGTEND vir die verwerking van die aansoek, ook in geval van verandering in terapie en dosering.

HYPERLIPIDAEMIA QUESTIONNAIRE HIPERLIPIDEMIE VRAELYS		BASELINE LIPOGRAM VALUES BASISLYN LIPOGRAM WAARDES						TEST DATE TOETSdatum
Total cholesterol Totale cholesterol		Triglycerides Triglisieriede		HDL		LDL		
		LIPOGRAM VALUES ON TREATMENT: LIPOGRAM WAARDES OP BEHANDELING:						TEST DATE TOETSdatum
Total cholesterol Totale cholesterol		Triglycerides Triglisieriede		HDL		LDL		
Does the patient suffer from any of the following conditions? Ly die pasiënt aan enige van die volgende toestande?				Yes / Ja	No / Nee	Details Besonderhede		
Hypo- or hyperthyroidism? Hipo- of hipertiroiedisme?				Yes / Ja	No / Nee			
History of ischaemic heart disease? Gesiedenis van isgemiese hartsiekte?				Yes / Ja	No / Nee			
History of peripheral artery disease? Gesiedenis van perifere bloedvatsiekte?				Yes / Ja	No / Nee			
History of TIA and/or stroke? Gesiedenis van TIA en/of beroerte?				Yes / Ja	No / Nee			
Family history of hypercholesterolemia? Familie geskiedenis van hipercholesterolemie?				Yes / Ja	No / Nee			
<ul style="list-style-type: none"> If yes: Father myocardial infarction before the age of 55 years? Indien wel: Vader miokardiale infarksie voor ouderdom 55 jaar? 				Yes / Ja	No / Nee			
<ul style="list-style-type: none"> If yes: Mother myocardial infarction before the age of 65 years? Indien wel: Moeder miokardiale infarksie voor ouderdom 65 jaar? 				Yes / Ja	No / Nee			
Were any lifestyle changes made? Was daar enige lewenstylaanpassings gemaak?				Yes / Ja	No / Nee			
<ul style="list-style-type: none"> Does the patient follow an exercise programme? Volg die pasiënt 'n oefenprogram? 				Yes / Ja	No / Nee			
<ul style="list-style-type: none"> Does the patient follow a special diet? Volg die pasiënt 'n spesiale dieet? 				Yes / Ja	No / Nee			
<ul style="list-style-type: none"> Were there any changes in weight? Is daar verandering in gewig? 				Yes / Ja	No / Nee			
End stage renal failure? Eindstadium nierversaking?				Yes / Ja	No / Nee	Serum-creatinine level or GFR Serum-kreatinien waarde of GFS		

DIABETES MELLITUS QUESTIONNAIRE DIABETES MELLITUS VRAELYS						
Is the patient newly diagnosed with diabetes? Is die pasiënt 'n nuut gediagnoseerde diabeet?					Yes / Ja	No / Nee
Type of diabetes? Tipe diabeet?					Type 1 Tipe 1	Type 2 Tipe 2
Baseline pathology values Basislyn patologie waardes						
Fasting blood glucose Vastende bloedglukose		HbA1c		Date of test Datum van toets		
Most recent pathology values Mees onlangse patologie waardes						
Fasting blood glucose Vastende bloedglukose		HbA1c		Date of test Datum van toets		

B. OSTEOPOROSIS QUESTIONNAIRE / OSTEOPOROSE VRAELYS

Copies of earliest and latest DEXA densitometry must be attached.

Heg asseblief volledige voorbehandelings- en mees onlangse resultate van die beendigheidstoetse, gedoen met 'n DEXA beendigheidsmeter aan.

Age when menopause was diagnosed Ouderdom van aanvang van menopause						
Is the patient currently on hormone replacement therapy? Gebruik die pasiënt enige hormoonvervangingsterapie?					Yes / Ja	No / Nee
Date of commencement of hormone replacement therapy (if applicable) Datum van aanvang van hormoonvervangingsterapie (indien van toepassing)		Date Datum				
Date when oophorectomy was done (if applicable) Datum van oöforektomie ondergaan (indien van toepassing)		Date Datum				
Details of previous bone fractures Besonderhede van vorige frakture (beenbreuke) opgedoen						
Details of long term cortisone therapy, if any Besonderhede van enige langtermyn kortisoongebruik						
What is the patient's BMI? Wat is die pasiënt se BMI?						
Any alcohol intake? If yes, how many units per week? Alkohol inname per week		< 4 units per week < 4 eenhede per week		≥ 4 units per week ≥ 4 eenhede per week		
Any medical condition(s) resulting in prolonged immobility? Ly die pasiënt aan enige toestand wat verlengde periodes van immobiliteit tot gevolg het?						

C. CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) / CHRONIESE OBSTRUKTIEWE LUGWEGSIEKTE (KOLS)

NB: Results of lung function test must be attached. If the application is for home oxygen, then the blood gas report is required. Please mark applicable answer. NB: Mees onlangse longfunksie toetse moet aangeheg word. As daar aansoek gedoen word vir suurstof tuis, benodig ons die bloedgasanalise. Merk toepaslike blokkie.					
Date when COPD was diagnosed Datum waarop KOLS gediagnoseer is					
How many times was the patient hospitalised for COPD in the past 3 years? Hoeveel keer was die pasiënt die afgelope 3 jaar vir KOLS gehospitaliseer?		0	<3	>3	
How many times did the patient receive emergency treatment for COPD in the past 3 years? Hoeveel keer moes die pasiënt die afgelope 3 jaar noodbehandeling vir KOLS ontvang?		0	<3	>3	
Frequency of oral cortisone treatment in the past year? Frekwensie van orale kortisoon die afgelope jaar gebruik?		Never Nooit	Once 1 keer	3 or > 3 of >	Chronic Chronies
Date of lung function test performed Datum van longfunksie toets					
FEV1 (% of calculated), predicted FEV1 (% van berekende), voorspel		≥ 80%	79-50%	49-30%	< 30%
FEV1/FVC value of the report FEV1/FVC waarde op die verslag					
FEV1 post-bronchodilator value of the report FEV1 post-brongodilator waarde op verslag					
Does the patient suffer from any of the following conditions? Ly die pasiënt aan die volgende?		Heart condition Harttoestand	Yes / Ja	No / Nee	ICD-10
		Respiratory failure Respiratoriese versaking	Yes / Ja	No / Nee	ICD-10

D. RHEUMATOID ARTHRITIS / RUMATOIDE ARTRITIS

PREVIOUS DMARD THERAPY VORIGE SIEKTE MODIFISERENDE TERAPIE			
Name of medicine Naam van medisyne	Dosage Doserings	Duration of therapy Tydsduur van terapie	Reason why stopped (if applicable) Rede waarom gestaak (indien van toepassing)

Please mark appropriate block
Merk toepaslike blokkie

Date of diagnosis
Datum van diagnose

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

DIAGNOSIS DIAGNOSE			
Rheumatoid Arthritis Rumatoïde Artritis	Ankylosing Spondylitis Ankiloserende Spondilitis	Psoriatic Arthritis Psoriatiëse Artritis	Juvenile Idiopathic Arthritis Kinder Idiopatiese Artritis
Symptoms Simptome			
Symmetry Simmetrie	>3 joint groups >3 gewrigsgroepe	Stiffness > 1 hour Styfheid > 1 uur	Hand joints affected Handgewrigte aangetas
SDAI count SDAI telling	CRP units CRP eenhede	Number swollen joints Getal geswelde gewrigte	Number tender joints Getal gevoelige gewrigte
Functional impairment Funksionele inkorting			
Class 1: No restriction Klas 1: Geen inkorting	Class 2: Discomfort Klas 2: Ongemak	Class 3: Self care Klas 3: Selfversorging	Class 4: Dependent Klas 4: Afhanklik

E. PSYCHIATRIC QUESTIONNAIRE / PSIGIATRIESE TOESTANDE

A psychiatrist must complete this application form.
Hierdie afdeling moet volledig deur 'n psigiater voltooi word.

Initial diagnosis and date of diagnosis Aanvangsdiagnose en datum van diagnose		
Current ICD-10 code Huidige ICD-10 kode		
1) Current diagnosis according to DSM4 criteria Huidige diagnose volgens DSM4 kriteria		
Axis i As i		
Axis ii As ii		
Axis iii As iii		
Axis iv As iv		
Axis v As v		
2) Medicine history for psychiatric conditions Medisyne voorheen gebruik vir psigiatriese toestande		
Date started Aanvangsdatum	Medicine and dosage Medisyne en dosering	Period used and reason for stopping medicine (if applicable) Tydperk gebruik en rede vir staking (indien van toepassing)
3) Hospitalisation history for psychiatric conditions Hospitalisasie geskiedenis vir psigiatriese toestande		
Date Datum	Length of stay Verblyf tydperk	Hospital Hospitaal

Name of Psychiatrist/Naam van Psigiater _____ Practice number/Praktyknommer _____

IMPORTANT BELANGRIK

Without the correct ICD-10 code(s), the application cannot be processed.
Sonder die korrekte ICD-10 kode(s), sal die aansoek nie verwerk kan word nie.

5. MEDICINE BENEFITS APPLIED FOR / MEDISYNE WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD

(Please list all the medicine that is used for a specific condition. This new authorisation will supersede all previous authorisations for the same condition.)
(Al die medisyne wat tans vir die toestand gebruik word, moet ingevul word. Alle vorige magtigings vir medisyne vir dieselfde toestand word deur hierdie aansoek vervang.)

Patient name and surname
Pasiënt naam en van _____

Membership number
Lidmaatskapsnommer _____

ICD-10 CODE ICD-10 KODE	NAME & STRENGTH OF MEDICINE PRESCRIBED AND SELECTED FROM THE APPROPRIATE BESTMED FORMULARY NAAM EN STERKTE VAN MEDISYNE VOORGESKRYF EN GEKIES UIT TOEPASLIKE BESTMED FORMULARIUM	DOSAGE DOSERING	QUANTITY PER MONTH HOEVEELHEID PER MAAND	HOW LONG HAS PATIENT BEEN ON MEDICINE? HOE LANK GEBRUIK DIE PASIËNT AL DIE MEDISYNE?	HOW MANY REPEATS? AANTAL HERHALINGS?

List medicine to be stopped or discontinued
Lys medisyne wat gestaak kan word _____

6. DECLARATION OF ATTENDING DOCTOR / VERKLARING VAN BEHANDELENDE GENEESHEER

I declare that to the best of my knowledge, all the above information is true and accurate, based on the examinations and tests performed on this patient.
Ek verklaar dat bogenoemde inligting na die beste van my wete, waar en akkuraat is na aanleiding van die ondersoek en toetse op hierdie pasiënt uitgevoer.

Surname and initials
Van en voorletters _____

Tel (w) _____

Discipline
Dissipline _____

Tel (h) _____

Practice number
Praktyknommer _____

Cell
Sel _____

E-mail
E-pos _____

Fax
Faks _____

Doctor's signature/Handtekening van geneesheer _____

Date
Datum

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---