

PMB AND CHRONIC MEDICINE APPLICATION FORM AANSOEKVORM VIR VMV EN CHRONIESE MEDIKASIE

Instructions

1. Complete this application form to register for chronic benefits for the first time or to register an additional chronic condition.
2. Please write in legible capitals and indicate your choice by ticking (✓) in the appropriate spaces.
3. Complete one application form for each patient requiring chronic benefits.
4. The principal member or patient must complete Sections 1, 2 and 3 in full.
5. The treating doctor must complete Sections 4, 5, 6 and 7, where applicable.
6. If the appropriate sections are not completed, we will not be able to process your application.
7. Attach copies of any reports to support diagnosis of chronic condition, where applicable.
8. Please post, fax or email the completed and signed application form to the TeleMed PMB (CDL) and Chronic Medicine Programme, PO Box 218, Cramerview, 2060; fax 086 604 3843; or email telemed@insightmed.co.za.
9. Queries relating to the Prescribed Minimum Benefits (PMB) / Chronic Disease List (CDL) and Chronic Medicine Programme: 086 048 8200.

Instrukties

1. Voltooi hierdie aansoekvorm om die eerste keer vir chroniese voordele te registreer of om 'n addisionele chroniese toestand te registreer.
2. Skryf asseblief in duidelike hoofletters en dui jou keuse aan deur 'n regmerk (✓) in die toepaslike spasies te maak.
3. Voltooi een aansoekvorm vir elke pasiënt wat chroniese voordele benodig.
4. Die hooflid of pasiënt moet Afdelings 1, 2 en 3 volledig invul.
5. Die behandelende dokter moet Afdelings 4, 5, 6 en 7 voltooi, waar toepaslik.
6. Indien die toepaslike gedeeltes nie ingevul is nie, sal dit nie vir ons moontlik wees om jou aansoek te verwerk nie.
7. Heg kopieë van enige verslae aan wat die diagnose van chroniese toestande ondersteun, waar toepaslik.
8. Pos, faks of epos die voltooide en getekende aansoekvorm aan die TeleMed VMV (CSL) en Chroniese Medisyneprogram, Posbus 218, Cramerview, 2060; faks 086 604 3843; of epos telemed@insightmed.co.za.
9. Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV) / Chroniese Siektelys (CSL) en Chroniese Medisyneprogram navrae: 086 048 8200.

Section 1 - PRINCIPAL MEMBER INFORMATION / Afdeling 1 - HOOFLID SE INLIGTING

Member's surname
Lid se van

Initials
Voorletters

Date of birth
Geboortedatum

Option
Opsie Platinum Gold Silver Goud Silwer

Membership number
Lidnommer

Section 2 - PATIENT INFORMATION / Afdeling 2 - PASIËNT SE INLIGTING

Patient's surname
Pasiënt se van

Initials
Voorletters

Title
Titel

First names
Voorname

Gender
Geslag Male Female Manlik Vroulik

Date of birth
Geboortedatum

Dependant's code
Afhanklike se kode

Mass (kg)
Massa (kg)

Height (m)
Lengte (m)

Postal address
Posadres

Postal code
Poskode

Contact numbers
Kontaknommers

Work
Werk

Home
Huis

Cellular number
Selfoonnommer

Fax number
Faksnommer

Email address
Epos adres

Please indicate how you would prefer to receive your letter of authorisation
Dui asseblief aan hoe jy sal verkies om jou magtigingsbrief te ontvang

Fax Faks Email Epos Post Pos

If treated by more than one medical practitioner, please provide details / Indien deur meer as een mediese praktisyn behandel word, verskaf asseblief die besonderhede:

Initials and surname Voorletters en van	Type of practitioner Tipe praktisyn	Telephone number Telefoonnommer	Fax number Faksnommer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient's name
Pasiënt se naam

Membership number
Lidnommer

I hereby give permission that my doctor may provide TeleMed with my diagnosis and other relevant clinical information required. I understand that funding from the PMB and/or chronic benefits is subject to clinical entry criteria and drug utilisation review as determined by the TeleMed PMB and Chronic Medicine Program. By registering for the TeleMed PMB and Chronic Medicine Program, I am aware that my condition may be subject to periodic review and that this may include access to my medical records and disclosure of general and medical information supplied to the TeleMed PMB and Chronic Medicine Program to my appointed health care intermediary or any other medically qualified third party, provided that the parties involved have agreed to confidentiality of all information at all times.

Generic medication or therapeutic alternatives can significantly reduce prescription costs. **Should a generic equivalent be available, this will be authorised instead of your prescribed medication unless your doctor has specified otherwise in Section 7.** If your application to the TeleMed PMB and Chronic Medicine Program is declined, the relevant medication can be regarded as acute medication, subject to TeleMed's Scheme Rules and the availability of funds.

Ek verleen hiermee toestemming aan my dokter om TeleMed te voorsien van my diagnose en ander relevante kliniese inligting wat vereis word. Ek begryp dat die befondsing van die VMV en/of chroniese voordele onderworpe is aan kliniese toelatingskriteria en medikasie-gebruiksverslae soos bepaal word deur die TeleMed VMV en Chroniese Medikasie-program. Ek is bewus daarvan dat my toestand onderworpe mag wees aan gereelde kontrole en dat dit toegang mag insluit vir die TeleMed VMV en Chroniese Medikasieprogram tot my mediese rekords en openbaarmaking van algemene en mediese inligting aan my aangewese gesondheidsorgtussenganger of enige ander medies gekwalifiseerde derde party, indien die betrokke partye toegestem het om inligting te alle tye vertroulik te hou.

Generiese medikasie of terapeutiese alternatiewe kan voorskryfkoste aansienlik verminder. **Indien 'n generiese ekwivalent beskikbaar is, sal magtiging hiervoor verleen word in plaas van jou voorgeskrewe medikasie tensy jou dokter anders gespesifiseer het in Afdeling 7.** Indien jou aansoek aan die TeleMed VMV en Chroniese Medikasieprogram afgekeur word, kan die toepaslike medikasie beskou word as akute medikasie, onderworpe aan TeleMed se Skemareëls en die beskikbaarheid van fondse.

Patient's signature (unless younger than 18 years)
Pasiënt se handtekening (tensy jonger as 18 jaar)

Date
Datum

Section 3 - PHARMACY / MEDICINE SUPPLIER DETAILS Afdeling 3 - APTEEK / MEDISYNEVERSKAFFER SE BESONDERHEDE

Medicine supplier's name
Medisyneverskaffer se naam

Practice number
Praktyknommer

Telephone number
Telefoonnommer

Fax number
Faksnommer

Section 4 - SPECIALIST MOTIVATIONS, REPORTS OR TEST RESULTS TO ACCOMPANY APPLICATION Afdeling 4 - SPESIALISMOTIVERINGS, -VERSLAE OF TOETSUITSLAE MOET AANSOEK VERGESEL

An application for the following conditions requires a motivation or confirmation from a specialist / Aansoek vir die volgende toestande vereis 'n motivering of bevestiging van 'n spesialis:

Addison's disease Addison se siekte	Crohn's disease Crohn se siekte	Systemic lupus erythematosus Sistemiese lupus eritematose	Ulcerative colitis Ulseratiewe kolitis
Asthma (if child under 7 years) Asma (indien kind jonger as 7 jaar)	Diabetes insipidus Diabetes insipidus	Rheumatoid arthritis (if patient is not using DMARDS) Rumatoïde artritis (indien pasiënt nie DMARDS gebruik nie)	
Bipolar mood disorder Bipolêre gemoedsversteuring	Multiple sclerosis Veelvuldige sklerose	Schizophrenia Skisofrenie	

Please provide copies of relevant reports or test results / Verskaf asseblief kopieë van toepaslike verslae of toetsuitslae:

Addison's disease Addison se siekte	Serum cortisol levels / ACTH stimulation test Serum kortisolvlakke / AKTH stimulasietoets	Glaucoma Gloukoom	Intra-ocular pressure Intra-okkulêre druk	
Asthma Asma	Spirometry and/or Peak Flow Readings Spirometrie en/of Piekvloeiings	Haemophilia Hemofilie	Type A Tipe A	Type B Tipe B
Chronic renal disease Chroniese niersiekte	Haemoglobin levels for erythroprotein Hemoglobienvlakke vir eritroproteïne	Hyperlipidaemia Hiperlipidemie	Lipogram and risk factors Lipogram en risikofaktore	
	Serum creatinine clearance Serum kreatinienklaring	Hypertension Hipertensie	Blood pressure readings Bloeddruklesings	
COPD COLS	Lung function results and stage of COPD Longfunksie resultate en stadium van COLS	Hypothyroidism Hipotiroïedisme	Thyroid test results Tiroïed toetsuitslae	
Diabetes insipidus	Water deprivation test result Waterdeprivasie toetsuitslag			
Diabetes mellitus 1&2	Random or fasting blood glucose, Hb1Ac (if available) Sporadiese of vastende bloedglukose, Hb1Ac (indien beskikbaar)			

Platinum and Gold members / Platinum en Goud lede:

Application for Chronic (Non-CDL) conditions, other than the PMB (CDL) conditions, may also be subject to entry criteria / Aansoek vir Chroniese (nie-CSL) toestande, anders as die VMV (CSL) toestande, mag onderwerp word aan toelatingkriteria.

Patient's name
Pasiënt se naam

Membership number
Lidnommer

Section 5 - APPLICATION FOR CARDIOVASCULAR CONDITIONS INCLUDING DYSLIPIDAEMIA Afdeling 5 - AANSOEK VIR KARDIOVASKULÊRE TOESTANDE WAT DISLIPIDEMIE INSLUIT

(Doctor to complete) / (Voltooi deur dokter)

Please identify your patient's risk factors / Identifiseer asseblief jou pasiënt se risikofaktore

Risk assessment (tick if applicable) / Risiko evaluasie (merk indien toepaslik)

Diabetes mellitus type 1
Diabetes mellitus tipe 1

Metabolic syndrome
Metaboliiese sindroom

Diabetes mellitus type 2
Diabetes mellitus tipe 2

Circumference of waist
Omtrek van middel

Dyslipidaemia
Dislipidemie

Primary
Primêr

Fasting glucose
Vastende glukose

Secondary
Sekondêr

Smoker / previous smoker / smoking history
Roker / voorheen 'n roker / geskiedenis van rook

Please attach the diagnostic lipogram (i.e. before drug therapy was commenced) if applying for lipid modifying drugs / Heg asseblief die diagnostiese lipogram aan (m.a.w. voor medisinale terapie begin het) indien aansoek vir lipiede modifikasie medisyne is.

Relevant diseases / Procedures performed (Please tick and enter date of event if applicable)

Toepaslike siektes / Prosedures toegepas (Merk asseblief en dui datum van voorval aan waar toepaslik)

 Abdominal aortic aneurysm
Abdominale aortiese aneurisme Nephropathy / Renovascular disease
Nefropatie / Renovaskulêre siekte Angina
Angina Peripheral vascular disease
Perifere vaskulêre siekte Cardiac failure
Hartversaking Prior CABG
Vorige hartomleiding Dysrhythmia
Disritmie Prior myocardial infarction
Vorige miokardiese infarksie Hypertension
Hipertensie Stent / Angioplasty / Angiogram
Stent / Angioplastie / Angiogram Hypertensive retinopathy
Hipertensiewe retinopatie Stroke / Transient ischaemic attack
Beroerte / Verbygaande isgemiese insident Microalbuminuria
Mikroalbuminurie Organ transplant
Orgaanoorplanting

Please supply details of family history / Verskaf asseblief besonderhede oor familiegeskiedenis

Does the patient have a family history of cardiovascular disease?
Het die pasiënt 'n familiegeskiedenis van kardiowaskulêre siekte?

Yes
Ja

No
Nee

If yes, please provide details of relative (mother, father, brother and/or sister) and age at event and/or death

Indien ja, verskaf besonderhede van familieverband (moeder, vader, broer en/of suster) en ouderdom tydens voorval en/of dood

Please supply two initial blood pressure readings (i.e. before drug therapy was commenced), if available

Verskaf asseblief twee aanvanklike bloeddruklesings (m.a.w. voor aanvang van medikasie terapie), indien beskikbaar

1 / mmHg Date / Datum

2 / mmHg Date / Datum

Please supply current blood pressure reading / Verskaf asseblief huidige bloeddruklesing

3 / mmHg Date / Datum

Additional information, if applicable / Addisionele inligting, indien van toepassing

Patient's name / Pasiënt se naam Membership number / Lidnommer

Section 6 - MEDICAL PRACTITIONER'S DETAILS Afdeling 6 - BESONDERHEDE VAN MEDIESE PRAKTISYN

Medical practitioner's name / Mediese praktisyn se naam

Practice postal address / Posadres van praktyk

Practice number / Praktyknommer Type of practitioner / Soort praktisyn

Telephone number / Telefoonnommer Fax number / Faksnommer Email / Epos

Section 7 - MEDICATION DETAILS / Afdeling 7 - BESONDERHEDE VAN MEDIKASIE

(Application to register for chronic benefits for the first time or to register an additional condition / Aansoek om die eerste keer te registreer vir chroniese voordele of om 'n addisionele toestand te registreer)

Diagnosis / Diagnose	ICD-10 code / ICD-10 kode	Medication prescribed / Voorgeskrewe medikasie	Strength / Sterkte	Directions for use / Gebruiks-aanwysings	Quantity per month / Aantal per maand	Repeats, other than ongoing / Herhalings, anders as voortgaande	Generic alternatives Y/N / Generiese alternatiewe J/N

Please state any other medicines taken on a regular basis (including non-prescription, homeopathic or traditional medicines) / Noem asseblief enige ander medisyne wat op 'n gereelde basis geneem word (insluitend nie-voorskrif, homeopatiese of tradisionele medisyne).

Please specify any previously approved medicines that must be discontinued and removed from the authorisation schedule / Spesifiseer asseblief enige voorafgoedgekeurde medisyne wat gestaak en verwyder moet word van die magtigingskedule.

Is the patient allergic to or has the patient had an adverse reaction to any medicines? If so, please state names of medicines / Is die pasiënt allergies of was daar 'n teenreaksie op enige medikasie? Indien wel, gee asseblief die name van medisyne.

Please state any conditions such as pregnancy (give due date), porphyria or other conditions treated by other medical practitioners / Noem asseblief enige toestande soos swangerskap (gee bevallingsdatum), porfirie of enige ander toestande wat deur ander mediese praktisyne behandel word.

Signature of medical practitioner / Handtekening van mediese praktisyn

Date / Datum

Kindly forward the completed application form to the TeleMed PMB and Chronic Medicine Program - see point 8 under instructions on page 1 / Stuur asseblief die voltooide aansoekvorm aan die TeleMed VMV en Chroniese Medisyneprogram - sien punt 8 onder instruksies op bladsy 1. Please ensure that the relevant reports and/or test results are included / Verseker dat die toepaslike verslae en/of toetsuitslae ingesluit is. For completion of application form: Claim code 0199 / Vir voltooiing van die aansoekvorm: Eiskode 0199.