

**1. IMPORTANT INFORMATION / BELANGRIKE INLIGTING**

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>To confirm benefits and membership status, please phone 086 000 2378.</li> <li>Members to ensure that the referral form is handed to the provider on the day of the visit.</li> <li>Claims must be submitted to Bestmed electronically or alternatively to claims@bestmed.co.za</li> <li>Pulse1 and Pulse2 members must make use of specialists within the Pulse Specialist DSP Network.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Om jou voordele en lidmaatskapstatus te bevestig, skakel 086 000 2378.</li> <li>Lede moet asseblief seker maak dat die verwysingsvorm op die dag van die besoek aan die verskaffer oorhandig word.</li> <li>Eise moet asseblief elektronies ingedien word of alternatiewelik na claims@bestmed.co.za gestuur word.</li> <li>Pulse1 en Pulse2 lede moet gebruik maak van spesialiste in die Pulse Spesialis ADV Netwerk.</li> </ol> |
|--|---|

**2. PERSONAL INFORMATION / PERSOONLIKE INLIGTING**

Membership number Lidnommer	<input type="text"/>	Option Opsie	<input type="text"/>								
Member surname Lid se van	<input type="text"/>										
Member name Lid se naam	<input type="text"/>										
ID number ID nommer	<input type="text"/>										
Date of referral Verwysingsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				

**3. REFERRAL DETAILS / VERWYSINGSBESONDERHEDE**

**REFERRING DOCTOR / VERWYSENDE DOKTER**

Provider name Naam van verskaffer	<input type="text"/>
Practice number Praktyknommer	<input type="text"/>
Contact number Kontaknommer	<input type="text"/>
Town/suburb Dorp/woonbuurt	<input type="text"/>

**REFERRAL TO / VERWYS NA**

Please mark the appropriate block:    Specialist / Spesialis       Radiologist / Radioloog       Pathologist / Patoloog

Merk asseblief die toepaslike blokkie:

Provider name Naam van verskaffer	<input type="text"/>
Practice number Praktyknommer	<input type="text"/>
Contact number Kontaknommer	<input type="text"/>
Town/suburb Dorp/woonbuurt	<input type="text"/>

Details of referral / Besonderhede van verwysing \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Provider signature / Verskaffer se handtekening \_\_\_\_\_

Date Datum	<input type="text"/>
---------------	----------------------