



Hoe om 'n Mediese Skema te Kies.

AFRIKAANS

For you For health For life

WAT OM TE OORWEEG WANNEER JY 'N MEDIESE SKEMA OORWEEG OF WIL VERANDER.



- Lees die dokumentasie wat mediese fondse stuur betreffende die belangrike veranderinge aan voordeelopsies vir volgende jaar.
- Indien jy onseker is, bel die skema en vra dat enige veranderinge, beperkings, voordele en ander tersaaklike inligting verduidelik word.
- Kies 'n opsie volgens jou gesondheidsorgbehoefte en wat jy kan **bekostig**.
- Jy kan gebruik maak van 'n agent of makelaar (tussenganger). Onthou dat dit nie verpligtend is om 'n makelaar te gebruik nie, maar indien jy doen, maak seker dat hy/sy deur die RMS geakkrediteer is en dat jou keuse van 'n skema en voordeelopsie op ingeligte toestemming gebaseer is.
- Mediese skemas kan voorkeur-/netwerkverskaffers aanstel wat kontrakte met die mediese skema het om dienste te lewer. Die reëls van die mediese skema sal bepaal hoe aangewese/netwerkverskaffers finansier word. Dit is gevolglik belangrik dat jy as die lid verseker dat jy die skema se reëls ken en die voordeeligids in detail bestudeer. Dit is ook noodsaaklik dat jy jou mediese skema kontak om uit te vind wie die aangewese verskaffers is voordat jy afsprake maak.
- Stel vas hoe naby Aangewese Diensverskaffers (ADV) aan jou huis en/of werkplek is, asook watter bybetalings van toepassing is op die vrywillige gebruik van nie-aangewese diensverskaffers.
- Geen beperkings, bybetalings of uitsluitings mag toegepas word op enige persoon ten opsigte van die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV) indien die dienste verkry word van ADV's nie en wat geag word om op VMV-vlak van sorg te wees nie. In gevalle waar dienste vrywillig van 'n nie-ADV verkry word, kan bybetalings gehef word, met die uitsondering van mediese noodgevalle.
- Let daarop dat voorafmagtiging, formuliere (goedgekeurde medisyne vir 'n spesifieke toestand) en protokols ook deur 'n mediese skema gebruik kan word ten einde te verseker dat gesondheidsorg kostedoeltreffend en bekostigbaar is.
- Bestaande lede van mediese skemas wat na 'n ander mediese skema wil skuif, moet daarop let dat wagtydperke van toepassing kan wees. Dit is deur die Wet op Mediese Skemas, 131 van 1998 ingestel om te verhoed dat lede van een skema na 'n ander skuif nadat hul voordele uitgeput is.



WAT JY OOK OOR JOU MEDIESE SKEMA MOET WEET...

3

Jou opsie mag voordeelbeperkings hê.

Meeste mediese skema-opsies het beperkings op wat vir mediese sorg betaal word. Daar is 'n verskil tussen die tradisionele voordeelopsies en die meer moderne voordeelopsies, bekend as Nuwe Generasie-opsies. Die tradisionele voordeelopsies beskik nie oor 'n mediese spaarrekening nie, en alle eise word uit die dag-tot-dag-voordele betaal, terwyl die meer moderne voordeelopsies oor 'n mediese spaarrekening beskik wat gebruik word vir die betaling van sekere dienste, soos besoeke aan 'n algemene praktisyn (AP) en akute medisyne. Die dag-tot-dag- (jaarlikse) voordele kan 'n algehele limiet van geld hê wat dag-tot-dag-eise betaal, maar dit is belangrik om daarop te let dat hierdie limiet tussen sekere voordele/dienste verdeel kan word deur, sublimiete.

'n Familie kan byvoorbeeld 'n jaarlikse limiet hê waar die algehele bedrag R500 000 per familie per jaar is. Ingesluit in hierdie bedrag sal voordele/dienste wees wat beskou word as "groot" gebeurtenisse, soos MRI- en CT-skanderings, wat 'n sublimiet van byvoorbeeld R5000 per familie

per jaar kan hê. Dit beteken dat indien 'n lid skanderings het wat meer as R5000 kos (hetsy vir die familie of selfs net een afhanklike), die mediese skema net tot met R5000 sal betaal. Meeste mediese skemas het sublimiete op prostese, soos kunsmatige gewrigte en ander toestelle wat sekere reëls/inskrywingskriteria mag insluit, byvoorbeeld prostetiese toestelle wat slegs beperk is tot interne prostese. Kanker- (onkologiese) voordele word ook gewoonlik as 'n spesifieke bedrag gestipuleer, byvoorbeeld R250 000 per familie per jaar op onkologie-rekeninge. Hierdie sublimiete sal uit die algehele limiet van R500 000 betaal word. Kanker is gewoonlik 'n VMV, en nadat die voordeellimiet uitgeput is, moet die koste uit die skema se risikopoel betaal word.

Dit is belangrik om kennis te neem van die verskeie algehele limiete, die sublimiete vir sekere dienste, en die reëls wat op die sublimiete van toepassing is. Die belangrikste inligting om te onthou is egter dat die vermeldde limiete en sublimiete nie gebruik mag word om die betaling van voorgeskrewe



For you. For health. For life.



minimum voordele (VMV)-rekeninge te beperk nie. VMV-rekeninge mag egter eers uit hierdie voordele betaal word (dit moet in die skema se reëls wees), selfs indien dit die jaarlikse voordele uitput, maar VMV-rekeninge wat meer as hierdie limiete kos, moet uit die skema se risiko-poel betaal word. VMV's mag nooit uit jou spaarrekening betaal word nie.

Jou opsie mag 'n limiet hê op wat dit dokters betaal wat jou in en uit die hospitaal behandel.

Mediese skemas kan aangewese diensverskaffers (ADV's) aanstel, wat kontrakte met die mediese skema het om dienste vir nie-VMV-toestande te lewer. Die reëls van die mediese skema sal bepaal hoe voorkeur-netwerkverskaffers en nie-VMV-kondisies

betaal word. Dit is gevolglik belangrik dat jy as die lid verseker dat jy die skema se reëls ken en die voordele-gids in detail bestudeer. Dit is ook belangrik dat hy jou mediese skema kontak om uit te vind wie die voorkeurverskaffer is voordat jy afsprake maak. In gevalle waar 'n voorkeurverskaffer nie vir nie-VMV-kondisies gebruik word nie, kan die mediese skema 'n limiet hê op wat hulle vir die rekening sal betaal. Rekeninge sal ook teen die skematarief betaal word. Dit is belangrik om daarop te let dat skemas kan sê dat 'n rekening teen 100% van die skematarief betaal sal word en dat dit nie beteken dat die rekening ten volle vereffen sal word nie.

Jou opsie het 'n netwerk- of kapitasie-opsie en jy moet sekere dokters, apteke ens gebruik.

Sien asb die vorige antwoord. In gevalle waar jy onwillekeurig 'n netwerk- of 'n kapitasie-verskaffer gebruik het, moet die mediese skema sodanige eise ten volle betaal; indien jy egter kies om nie 'n voorkeur-/netwerkverskaffer te gebruik nie, sal die skema slegs bedrae betaal wat hulle aan 'n voorkeur-/netwerkverskaffer sou betaal het, of 'n bybetaling sal gehef word. Mediese skemas se reëls het gewoonlik 'n beperkte aantal konsultasies wat 'n lid by nie-aangewese/netwerkverskaffers kan gebruik. Dit sal verwys word na as buite-die-netwerk-/gebiedsbesoeke.



Jou opsie het 'n ADV vir VMV's en jy gebruik dit nie.

Regulasie 8(2)(a) spesifiseer dat jou mediese skema 'n ADV kan aanwys vir die diagnose, behandeling en versorging van VMV-toestande. Indien jy, uit jou eie vrye wil (gewilliglik) kies om nie die ADV te gebruik nie, kan die mediese skema 'n bybetaling hef. Die bybetalings moet in die mediese skemas se geregistreerde reëls gespesifiseer word, en kan óf 'n persentasie van die rekening wees, die verskil tussen die skematarief en die werklike uitgawes, of 'n vaste bedrag. Dit is dus baie belangrik om uit te vind wie die ADV van jou mediese skema is, en om te verseker dat jy hierdie verskaffers gebruik ten einde bybetalings te vermy. Indien jy 'n VMV-toestand het en die ADV-verskaffer nie binne 'n redelike afstand is nie, nie beskikbaar is binne 'n redelike tydperk nie, of indien onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vir 'n VMV-toestand nodig was onder die omstandighede, of by plekke wat die begunstigde redelikerwys verhinder het om sodanige behandeling van 'n ADV te verkry, mag die mediese skema nie 'n bybetaling hef nie.

Jou skema het 'n medisyne formulier en jou medisyne is nie daar op nie.

Indien jou mediese skema beskik oor 'n medisyne formulier (lys van medisyne wat ten volle deur die skema betaal sal word) en jy gewilliglik besluit om medisyne te gebruik wat nie op die formulier is nie, kan die mediese skema 'n bybetaling hef. Weereens moet sodanige bybetaling in die mediese skema se geregistreerde reëls vervat word, en kan dit óf 'n persentasie van die rekening, die verskil tussen die skematarief en die werklike uitgawes of 'n vaste bedrag wees. In gevalle waar jy al die medisyne op die formulier gebruik het, maar dit nie doeltreffend is nie, nuwe-effekte tot gevolg gehad het of skade kan veroorsaak (byvoorbeeld as jy allergies is vir spesifieke medisyne op die formulier), is Regulasie 15I(c) van toepassing en die mediese skema moet voorsiening maak om die voorgeskrewe medisyne te betaal sonder enige boete vir die lid.

Jou skema het bestuurde sorg-protokolle wat van toepassing is op sekere behandelings, byvoorbeeld kanker.

Die protokolle wat deur die mediese skemas gebruik word, moet op bewyse gebaseer wees, wat beteken dat wetenskaplike studies die limiete moet bevestig. Die protokolle moet ook koste-doeltreffendheid en bekostigbaarheid in ag neem. Dokters mag behandeling voorskryf vir VMV-toestande soos kanker wat nie op bewyse gebaseer is nie, of selfs wanneer daar wetenskaplike studies beskikbaar is, is die behandeling nie koste-doeltreffendheid nie. Ongelukkig is dit

5

For you. For health. For life.





'n aaklige feit dat koste gebruik word om behandeling te bepaal, byvoorbeeld waar chemoterapie voorgeskryf word, maar die koste-studies verklaar dat R10 miljoen bestee moet word om een lewe te red. Ongelukkig sal die spesifieke behandeling dan nie koste-doeltreffend wees nie en gevolglik nie vir VMV-vlak sorg kwalifiseer nie. Lede moet ook kennis neem dat die VMV's die minimum is wat mediese skemas moet betaal en dat die Regulasies verklaar dat hierdie minimum dieselfde behandeling is as wat in die staatsektor beskikbaar is. Indien die behandeling wat deur die dokter voorgeskryf is, nie in die staatsektor beskikbaar is nie, kan nie mediese fonds nie verplig word om sodanige behandeling ten volle te betaal nie. In sodanige gevalle kan die mediese skema die behandeling teen dieselfde bedrag betaal as wat die behandeling beskikbaar in die staatsdiens sou kos. Die behandeling vir ander toestande word volledig in die Regulasies en Algoritmes beskryf.

6

Die Klagte-prosedure.

Jou skema het bybetalings of aftrekkings vir sekere prosedures of behandelings.

Verwys asb na die vorige punte.

Jou mediese skema het 'n mediese spaarrekening, maar die bydraes is nie voldoende vir jou behoeftes nie.

Die Wet op Mediese Skemas, 131 van 1998, bepaal dat slegs 25% van die totale bruto bydrae tot 'n mediese spaarrekening gemaak kan word. Hierdie rekening word gebruik om grootliks algemene dag-tot-dag-eise, soos doktersbesoeke, te betaal. Mediese skemas word toegelaat om enige bedrae aan te dui wat nie die 25% wat in hul reëls voorgeskryf word, oorskry nie. Indien die geld in die mediese spaarrekening uitgeput word, is lede aanspreeklik vir alle uitstaande balanse wat, volgens die skema se reëls, uit die mediese spaarrekening betaal sou word. Die balans in jou mediese spaarrekening word aan die begin van die jaar aan jou toegeken en word terug betaal as deel van jou maandelikse bydrae. Indien jy die skema voor die einde van die jaar verlaat, kan die skema die bedrag terug eis wat jy nog moes betaal ten opsigte van jou spaarrekening vir die tersaaklike tydperk.

Sommige opsies van mediese skemas het 'n selfbetalingsgaping of 'n drempelbedrag,

wat 'n bepaalde bedrag is wat lede uit hul sak moet betaal voordat hulle weer voordele kry. Wanneer hierdie bedrag "bereik"/"in-





betaal" is, skop 'n bo-drempel-voordeel (BDV) in en alle verdere eise sal deur die skema betaal word. Dit is egter belangrik om by jou skema seker te maak of die bogenoemde drempel-voordeel van toepassing is op die opsie waaraan jy behoort. VMV-rekeninge mag nooit uit die mediese spaarrekening betaal word nie, en selfs indien die mediese spaarrekening en alle jaarlikse voordele uitgeput is, moet die VMV-rekening steeds betaal word, maar let daarop dat protokolle, formuliere en ADV's van toepassing is.

Jy wil behandeling kry wat nie deur jou skema gedek word nie.

In gevalle waar die vermelde behandeling wat jy benodig nie deur jou skema gedek word nie, en as sodanig in die skema se reëls aangedui word, sal jy die rekeninge uit jou eie sak moet betaal. Mediese skemas kan slegs betaal vir dienste/voordele wat as tersaaklike gesondheidsdienste gedefinieer word. Indien die toestand 'n VMV is en die behandeling in die staatsektor beskikbaar is, kan die mediese skema nie die vermelde behandeling uitsluit nie. Meeste mediese skemas sal behandeling uitsluit wat nie in Suid-Afrika beskikbaar is nie, asook kosmetiese chirurgie.

Jy kry waarvoor jy betaal – die kompromie tussen bydraes en keuse en vlak van dekking.

Indien jy dekking kies wat nie voldoende is nie, sit jou eie spaargeld weg vir toekomstige mediese behoeftes. Mediese skemas betaal rekeninge volgens die limiete en sublimiete, maar daar is kruissubsidiëring – dit beteken dat die beskikbare geldpoel in die dag-tot-dag-voordeel deur alle lede bygedra word. Gesonde lede wat nie eis of al hul voordele gebruik nie, sal dus die ouer en sieker lede subsideer.



7

For you. For health. For life.



Kontak die Raad vir Mediese Skemas.



For you. For health. For life.



Kliëntesorgsentrum

0861 123 267 | 0861 123 CMS



Ontvangs

Tel 012 431 0500

Faks 012 430 7644



Algemene navrae

Navrae per e-pos

information@medicalschemes.com

www.medicalschemes.com



Klagtes

Faks (086) 673 2466

E-pos complaints@medicalschemes.com



Posadres

Privaatsak X34, Hatfield, 0028



Fisiese adres

Blok A, Eco Glades 2-kantoorpark,
420 Witch-Hazel-laan,
Eco Park, Centurion, 0157