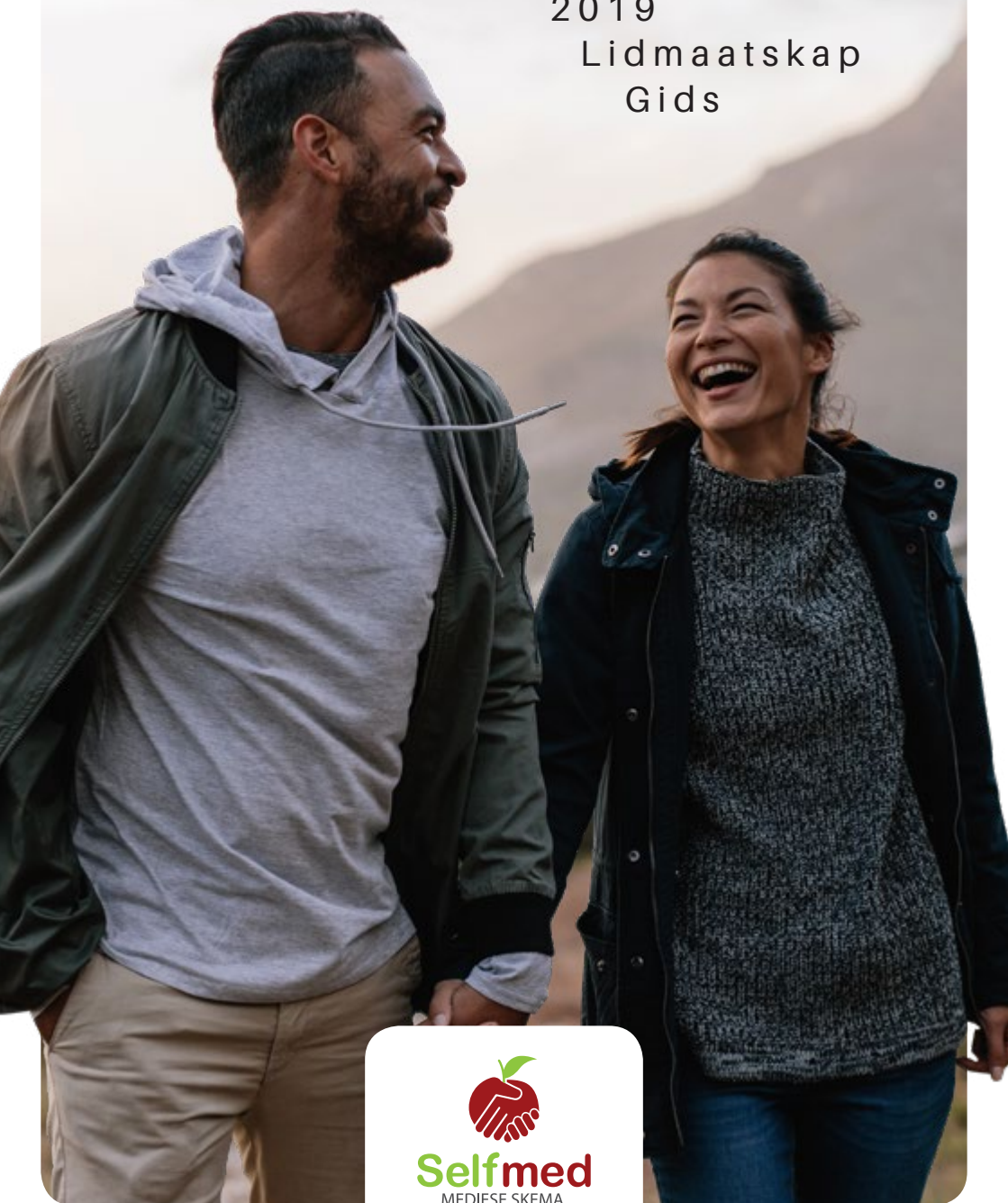


2019
Lidmaatskap
Gids



INHOUD

1. Lidmaatskap.....	1
2. Bydraes.....	3
3. Werking van selfmed opsies.....	4
4. Medisyne	5
5. Voorgeskrewe minimum voordele	8
6. Voorafgoedkeuring.....	10
7. Bestuurde Gesondheidsorg	11
8. Interne Prostese	13
9. Bybetalings van Toepassing op Hospitaalprosedures.....	16
10. Betaling van Eise.....	17
11. Uitsluitings	18
12. Definisies en Afkortings.....	21
13. Kontaknommers.....	26

Die Selfmed Mediese Skema is 19 November 1974 formeel geregistreer.

Die Skema se Raad van Trustees is:

Trevor Harris (Voorsitter)

Reg Engelbrecht

Francois de Wit

Duncan Albertyn

Reg No: 1446

1. LIDMAATSKAP

1.1 Wie kwalifiseer as 'n afhanklike van 'n lid?

- Gade
- Metgesel van hooflid
- Kinders
- Broers, susters en ouers indien afhanklik van hooflid vir sorg en ondersteuning

1.2 Watter bewys het die Skema nodig ten opsigte van 'n afhanklike se afhanklikheid van die hooflid?

- 'n Huweliksertifikaat, in geval van gade.
- 'n Beëdigde verklaring, in geval van gemeenregtelike gade.
- In geval van metgesel, 'n beëdigde verklaring dat die hooflid en hierdie afhanklike 'n gemeenskaplike huishouding deel en beplan om dit permanent te doen.
- Wat kinders betref:
 - Regsdokumente vir aanneming in geval van 'n aangenome kind,
 - 'n Hofbevel vir 'n pleegkind.
- Wat broers, susters en ouers van die hooflid betref, word 'n beëdigde verklaring benodig wat die verwantskap met die hooflid bevestig en verklaar dat die familielid finansieel afhanklik van die hooflid is vir sorg en ondersteuning.

1.3 Hoe voeg ek 'n nuwe afhanklike by my bestaande lidmaatskap?

Vul 'n wysigingsvorm in, verkrygbaar by die Skema of vanaf die Selfmed webtuiste (www.selfmed.co.za). Faks jou ingevulde wysigingsvorm na: 0860 288 363. Die ingevulde wysigingsvorm kan ook gepos word of per epos gestuur word. Verwys asb. na die laaste bladsy van hierdie ledegids vir volledige kontakbesonderhede. Doen navrae oor jou aansoek by 0860 787 372.

1.4 Wat gebeur in die geval van die dood van 'n hooflid?

Die Skema sal die oudste afhanklike in kennis stel van sy reg om met die lidmaatskap voort te gaan as hooflid terwyl die status van die ander afhanklikes onveranderd bly, op voorwaarde dat die Skema 'n afskrif van die doodsertifikaat ontvang. Tensy die Raad in kennis gestel word dat sodanige persoon nie 'n lid wil wees nie, sal hy toegelaat word as lid tot die Skema. Bankbesonderhede moet aan die Skema voorsien word sodat daar nie 'n onderbreking in die betaling van bydraes is nie. Indien oudste afhanklike minderjarig is, benodig die Skema toestemming van 'n wettige voog.

1.5 Wanneer het die Skema die reg om my lidmaatskap of dié van enige van my afhanklikes te kanselleer?

Indien jy of enige van jou afhanklikes:

- by 'n ander skema aansluit en nagelaat het om een maand skriftelik kennis te gee, in welk geval die Skema ook nie meer as twee maande se bydraes sal terugbetaal nie;
- onware inligting verskaf, of belangrike inligting verswyg wanneer daar om registrasie aansoek gedoen word;
- onware inligting verskaf by die indien van 'n eis, 'n vals eis indien, of doelbewus toelaat dat 'n diensverskaffer voorafgenoemde namens jou doen;
- toelaat dat jou lidmaatskapkaart deur enige ander persoon gebruik word;

- sonder goeie verduideliking versuim om die Skema in te lig dat dit vir dienste of goedere betaal het wat nie gelewer of ontvang is nie;
- enige ander bedrieglike dade pleeg;
- versuim om bydraes binne 28 dae vanaf betalingsdatum te betaal;
- versuim om 'n voorskot binne 28 dae vanaf betalingsdatum terug te betaal
- die skema een (1) kalendermaand vooraf skriftelik kennis gee
- in geval van 'n maatskappy wat as 'n Groep geregistreer is, drie (3) maande vooraf skriftelike kennisgewing

1.6 Wanneer is ek op voordele geregtig?

Jy is vanaf die intreedatum van jou lidmaatskap op voordele geregtig, indien geen algemene wagtydperk, of toestand-spesifieke wagtydperk van toepassing is nie.

1.7 Wagtydperk

1.7.1 Wat is 'n algemene wagtydperk?

Die Skema mag 'n algemene wagtydperk van drie maande op alle voordele instel ten opsigte van alle nuwe aansoekers en afhanklikes wie:

- Nooit aan 'n vorige mediese skema behoort het nie; en/of
- Nie aan 'n mediese skema behoort het vir 90 dae of meer, voor toetred tot die huidige skema nie; en/of
- Lede was van 'n ander mediese skema vir 'n periode van meer as 2 jaar sonder 'n onderbreking in lidmaatskap van 90 dae of meer tussen die beëindiging van lidmaatskap by die vorige skema en toetred tot die nuwe skema. 'n Sertifikaat van vorige lidmaatskap mag vereis word

1.7.1.1 Het ek die keuse om 'n betaling te maak ten einde die wagtydperk te laat ophef?

- Ongelukkig nie. Selfmed het nie hierdie opsie nie.

1.7.2 Wat is 'n toestand-spesifieke wagtydperk?

Die Skema mag ook 'n toestand-spesifieke wagtydperk opleë van tot 12 maande, vanaf intreedatum van jou lidmaatskap, ten opsigte van enige voordeeltrekkers met 'n voorafbestaande mediese toestand, wat:

- Nooit aan 'n vorige mediese skema behoort het nie; en/of
- Nie aan 'n mediese skema behoort het vir 90 dae of meer, voor toetred tot die huidige skema nie; en/of
- Lede was van 'n ander mediese skema vir 'n periode van minder as 2 jaar sonder 'n onderbreking in lidmaatskap van 90 dae of meer tussen die beëindiging van lidmaatskap by die vorige skema en toetred tot die nuwe skema.
- 'n Sertifikaat van vorige lidmaatskap en/of 'n mediese verslag mag vereis word

1.7.3 Geen wagperiodes sal toegepas word op:

- 'n Voordeeltrekker wat van opsie verander binne die Skema; of
- 'n Kind afhanklike wat gebore is gedurende die periode van lidmaatskap

1.8 Intreedatum

1.8.1 Wat is 'n intreedatum?

Datum waarop 'n persoon lid word van die Skema of die datum waarop 'n afhanklike se registrasie effektief word.

1.8.2 Wat is die intreedatum ten opsigte van afhanklikes?

- Wanneer die aansoek binne 30 dae vanaf die verkryging van 'n nuwe afhanklike ontvang word (bv. by 'n huwelik, geboorte of aanneming), is die intreedatum die datum van verkryging
- Indien die aansoek ná 30 dae vanaf verkryging van 'n nuwe afhanklike ontvang word, is die intreedatum die eerste van die maand na die een waarin die aansoek ontvang is,

OF die eerste van die daaropvolgende maand nadat alle inligting wat die Skema mag benodig ten opsigte van so 'n aansoek ontvang is.

1.8.3 Sal voordele pro rata wees?

Ja, indien lidmaatskap of 'n afhanklike se registrasie na 1 Januarie van 'n jaar plaasvind. Dit is van toepassing op alle voordele wat aan 'n jaarlikse limiet onderhewig is.

1.9 Wanneer is my afhanklikes geregtig op voordele?

Jou afhanklikes is vanaf die intreedatum op voordele geregtig, tensy 'n wagtydperk van toepassing is.

2. BYDRAES

2.1 Hoe word my bydrae betaal?

As hooflid betaal jy 'n vaste bedrag, ongeag jou ouderdom en inkomste, plus 'n vaste bedrag vir elke volwasse afhanklike (21 jaar of ouer) en elke minderjarige afhanklike (jonger as 21 jaar) wat onder jou lidmaatskap geregistreer is.

Voorbeeld:

Hierdie tabel verwys na die Selfmed MEDXXI Opsie.

Jou bydrae as hooflid	R 2,051.00
Een bykomende volwasse afhanklike	R 2,040.00
Een bykomende minderjarige afhanklike	R 820,00
Totale versekerde bydrae	R 4,911.00

2.2 Wanneer is lidbydraes betaalbaar?

Bydraes is maandeliks vooruit betaalbaar, met ingang vanaf die eerste dag van die maand waarin jou intreedatum val.

2.3 **In watter stadium, nadat my minderjarige afhanklike 21 jaar oud geword het, word my bydrae verhoog?**

Die verhoogde bydrae vir 'n volwasse afhanklike sal betaalbaar wees vanaf die eerste dag van die maand wat volg op die maand waarin die afhanklike 21 word.

2.4 **Wanneer is verhoogde bydraes ten opsigte van 'n nuwe afhanklike betaalbaar?**

Die eerste verhoogde bydrae is betaalbaar vanaf:

- lid se intreedatum, indien die afhanklike se byvoeging aangedui word op lid se aansoek; of
- vanaf die eerste dag van die maand wat volg op die toelatingsdatum van afhanklikes wat binne 30 dae van geboorte of huweliksdatum geregistreer word; of
- enige ander datum wat die Skema mag bepaal

2.5 **Wat gebeur as my bydraes agterstallig raak?**

As die Skema jou bydraes nie betyds ontvang het nie, word die betaling van alle voordele onder jou lidmaatskap opgeskort tot tyd en wyl agterstallige bydraes ontvang is. As jou bydraes meer as 'n maand agterstallig is, word jou lidmaatskap onmiddellik, sonder verdere kennisgewing, beëindig.

2.6 **Wat is 'n laat aansluiter?**

Die afdeling "Definisies" beskryf 'n laat aansluiter.

2.7 **Hoe werk laataansluitingsboetes?**

Die Skema kan 'n laataansluiter se bydraes volgens die Wet op Mediese Skemas verhoog. Die aantal jare waar geen mediese dekking geniet is nie word gebruik en omskep in 'n persentasie soos deur die Wet voorgeskryf. Die laataansluitingsboete is dus 'n voorgeskrewe persentasie van die normale maandelikse bydrae.

3. WERKING VAN SELFMED OPSIES

3.1 **Opsies Beskikbaar**

3.1.1. **Wat is 'n Opsie?**

'n Opsie is 'n produk wat onder die Skema geregistreer is en wat jou 'n spesifieke struktuur van voordele bied.

3.1.2. **Watter Opsies bied die Skema?**

- Selfmed MEDXXI
- Selfmed Selvesure
- Selfmed Med Elite
- Selfmed 80%
- SelfNET
- SelfNET Essential

3.1.3. Chroniese medisyne-voordele

Nieteenstaande chroniese medisyne-voordele wat deel is van die Voorgeskrewe Minimum Voordele (sien deel 5), is chroniese medisyne-voordele beskikbaar by die Selfmed 80% en Med Elite Opsies. Verwys asseblief na die lys van chroniese toestande in dié Ledegids, na die Opsommings van Voordele vir limiete op chroniese medisyne-voordele, en paragraaf 4.2 vir inligting oor die registrasieproses.

3.1.4. Wanneer kan ek my Opsie verander?

Jy kan jou opsie jaarliks op 1 Januarie verander, nadat jy die Skema minstens 30 dae skriftelike kennis gegee het.

3.1.5. Hoe verander ek my Opsie?

Stuur 'n voltooide Opsievorm terug aan die Skema. Dit is verkrygbaar by die Skema se kantore of vanaf die webtuiste (www.selfmed.co.za).

4. MEDISYNE

4.1. **Wie moet aansoek doen om die Chroniese Medisyne Voordeel?**

Om as aansoeker te kwalifiseer, moet jy die medisyne vir 'n ononderbroke tydperk van minstens drie maande gebruik. Die medisyne moet deur 'n mediese praktisyner voorgeskryf word en moet vir die behandeling wees van siektes wat op die Skema se lys van goedgekeurde chroniese toestande voorkom. Jou opsie moet ook 'n chroniese voordeel bied.

4.1.1. Lys van chroniese toestande

- Aandag afleibaarheidsindroom
- Addison se Siekte
- Alzheimer se Siekte
- Angina
- Ankiloserende Spondylitis
- Asma
- Benigne Prostaathiperplasie
- Beroerte
- Brongiëktasie
- Chroniese Nierversaking
- Chroniese Obstrukiewe Pulmonêre Siekte
 - Emfiseem
 - Chroniese Bronchitis
- Conn se Sindroom
- Crohn se Siekte
- Cushing se Sindroom
- Diep Veneuse Trombose
- Dermatomijsitis
- Diabetes Insipidus
- Diabetes Mellitus
- Epilepsie
- Gloukoom
- Hemofilie
- Hipercholesterolemie
- Hipertensie
- Hipoparatiëose
- Hipotiëose
- Isgemiese Hartsiekte
- Jig (Gout)
- Kanker
- Kardiale Aritmieë
- Kardiomiopatie
- Kongestiewe Hartversaking
- Koronêre Vatsiekte
- Maagstukdermrefluks (GERS)
- Menopouse (Hormoonvervangingsterapie)
- Motorneuronsiekte
- Myasthenia Gravis

- Narkolepsie
- Orgaanoorplanting (instandhoudingsterapie)
- Osteoporose
- Paget se Siekte van Been
- Paraplegie/Kwadriplegie (verwante medisyne)
- Parkinson se Siekte
- Poliarteritis Nodosa
- Psoriase, insl. Psoriatische Artritis
- Pulmonale Tussenruimte-fibrose
- Rumatoïede Artritis
- Sarkoïedose
- Sielkundige Versteyrings
 - Anorexia Nervosa
 - Bipolêre Gemoedsversteuring
 - Bulimia Nervosa
 - Major Depressie
- Narkolepsie
- Obsessiewe Kompulsiewe Versteuring
- Paniekaanvalle, indien gediagnoseer en behandeling deur psigiater voorgeskryf
- Posttraumatische Stres Versteuring
- Skisofrenie
- Tourette se Sindroom
- Sistemiese Lupus Erytematose
- Sistiese Fibrose
- Skleroderma
- Spierdistrofie
- Trombo-angitis Obliterans
- Trombositopeniese Purpura
- Ulseratiewe Kolitis
- Veelvuldige Sklerose
- Zollinger-Ellison-Sindroom

4.2. Aansoekproses

4.2.1. Hoe registreer ek vir Chroniese Medikasie?

U gesondheids sorg praktisyn (dokter of apteker) kan om chroniese goedkeuring namens u aansoek doen deur die Skema te skakel by 0860 247 288.

'n Lid kan die Skema by 0860 787 372 skakel en vra dat chroniese medisyne uit die chroniese voordeel betaal moet word. Dit kan nodig wees om 'n voorskrif of ander verlangde inligting, soos laboratoriumtoetse, aan die Skema te verskaf. Verwys asb. na die laaste bladsy van hierdie ledegids vir volledige kontakbesonderhede. Indien enige bykomende inligting verlang word, sal die dokter gekontak word.

Maak asseblief seker dat die volgende inligting op die voorskrif verstrek word:

- Lidmaatskapnommer
- Kontakbesonderhede

4.2.2. Wat moet ek doen as my chroniese medisyne verander, die magtiging verstryk, of as ek met 'n ander chroniese toestand gediagnoseer word?

Die vinnigste en maklikste manier om hierdie situasies te hanteer is om jou gesondheidsorgpraktisyn te vra om die Skema by 0860 247 288 te skakel, en ook die apteker van die verandering in kennis te stel. Die ander opsie is om jou nuwe of bygewerkte voorskrif te faks na 0860 288 363. Onthou asseblief om jou Selfmed-lidmaatskapnommer en kontakbesonderhede in te sluit.

4.3. Verwysingsprys?

Die verteenwoordig die maksimum prys wat die Skema sal betaal vir spesifieke medisyne of klas medisyne vir die chroniese toestande wat op die skema se lys (bylae C) verskyn en wat voldoen aan die Raad op Mediese Skemas se gepubliseerde kondisie algoritmes. Die verwysingsprys kan verwys na beide 'n generiese verwysingsprys of terapeutiese verwysingsprys.

4.3.1. Wat gebeur indien 'n groter hoeveelheid van 'n goedgekeurde medisyne gebruik word gedurende 'n 30 dae-periode?

Die generiese verwysingsprys vir die vasgestelde periode sal sodoende oorskry word en die lid sal verantwoordelik wees vir die balans.

Indien 'n mediese dokter egter die groter hoeveelheid voorgeskryf het, moet dit aan die Skema gemotiveer word, waarna die verwysingsprys dienooreenkomstig verhoog sal word.

4.4. **Hoe verskil die verwysingsprys van die generiese MMAP-prys?**

Die MMAP-prys is verteenwoordigend van 'n vorm van generiese verwysingsprys. Die generiese ekwivalent is 'n medisyne wat presies dieselfde aktiewe bestanddele bevat as die handelsnaamprodukt. Hierdie medisyne word deur dieselfde of 'n ander maatskappy vervaardig nadat die patent op die handelsnaamprodukt verval het. As gevolg daarvan, kos generiese ekwivalente normaalweg heelwat minder as die handelsnaamprodukt. 'n Bybetaling sal egter ook betaalbaar wees indien die koste van die voorgeskrewe (handelsnaam) produk dié van die generiese ekwivalent oorskry.

Die generiese verwysingsprys is gebaseer op 'n klas medisyne wat terapeutiese ekwivalent(e) insluit. 'n Terapeutiese ekwivalent is 'n produk, wat nie noodwendig dieselfde aktiewe bestanddele bevat nie, maar steeds gebruik kan word om dieselfde toestand te behandel en dieselfde "terapeutiese" resultate lewer. 'n Voorbeeld is die gebruik van Panado (wat parasetamol bevat) en Disprin (wat aspirien bevat) om pynverligting te bewerkstellig.

4.5. **Wanneer is 'n bybetaling op medisyne betaalbaar?**

Enige bybetaling op medisyne, hetsy in gevalle waar die generiese verwysingsprys oorskry is, en/of 'n medisyne-limiet bereik is, en/of die apteker of dokter 'n resepteringsfooi vra wat die Skema se tarief oorskry, sal betaalbaar wees met die aankoop van die betrokke medikasie.

4.6. **Medisyne wat huis toe geneem word (TTO's)**

By ontslag uit 'n hospitaal mag 'n maksimum van sewe dae se voorraad medisyne huis toe geneem word. Dié voordeel is betaalbaar vanuit die hospitaalvoordeel, mits die aankoop op die dag van ontslag plaasvind.

4.7. **Nie-voorgeskrewe Medisyne (PAT)**

Die meeste algemene kwale kan effektief behandel word deur medisyne wat beskikbaar is by 'n apteek sonder 'n voorskrif. Hierdie medisyne kan geëis word uit die voordeel vir nie-voorgeskrewe medisyne. Vra asb. u apteker vir advies. Hierdie voordeel is beskikbaar op Selfmed 80% en Selfmed Selfsure opsies alleenlik.

5. VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE

5.1. **Wat is die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV)?**

Die Wet op Mediese Skemas skryf sekere voordele voor ten opsigte waarvan mediese skemas verplig is om die diagnose, behandeling en sorg wat daarmee verband hou te betaal, sonder enige bybetaling of kortings, met dien verstande dat die dienste verkry word by die Skema se Aangewese Diensverskaffer, en in die geval van medisyne, dat die medikasie voldoen aan die Skema se formulier en befondsings-protokolle.

LW: Hierdie voordele is beskikbaar op aansoek aan alle lede en is addisioneel tot die voordele wat hul gekose Opsie alreeds bied indien bestaande limiete uitgeput is.

5.2. **Wat is 'n Aangewese Diensverskaffer?**

Dit is 'n gesondheidsorgverskaffer of groep van gesondheidsorgverskaffers wat deur die Skema aangewys is as voorkeurverskaffer vir die behandeling en sorg van die toestande wat deel vorm van die Voorgeskrewe Minimum Voordele. Hierdie diensverskaffers is:

- Mediclinic
- Melomed
- Netcare
- Publieke Gesondheidsorg (staats fasiliteite)
- Optipharm Koerierapteek
- Clicks Direct Medicines Koerierapteek
- Script-Wise Koerierapteek
- Dischem Apteek
- Pick 'n Pay Apteek
- MediRite Apteek
- ICON Onkologie
- One Health Managed Care
- Clicks Apteek
- Opticlear

Let asseblief daarop dat al word hierdie dienste ten volle gedek deur die Skema, sal die Skema se gesondheidsorgbeginsels steeds van toepassing wees. Dit beteken dat voorafgoedkeuring steeds 100% verkry moet word vir 'n Voorgeskrewe Minimum Voordele toestand wat hospitalisasie vereis. Magtiging moet ook verkry word vir medisyne ten opsigte van die Voorgeskrewe Minimum Voordele.

5.3. **Wat gebeur indien dienste verkry word by 'n verskaffer wat nie die Skema se Aangewese Diensverskaffer is nie?**

Jy sal dan verantwoordelik wees vir 'n bybetaling van 40% (vooraf betaalbaar) ten opsigte van die Voorgeskrewe Minimum Voordele, wat vrywillig verkry is van 'n verskaffer, anders as die Skema se Aangewese Diensverskaffers.

5.4. **Wat gebeur in geval van die volgende:**

- Die benodigde diens was nie beskikbaar by die Aangewese Diensverskaffer nie, of kon nie binne 'n redelike tyd voorsien word nie, OF
- Daar was geen Aangewese Diensverskaffer binne redelike bereik van waar die voordeeltrekker was nie, OF

- Onmiddellike sorg as gevolg van 'n noodgeval was nodig, wat die gebruik van 'n ander verskaffer genoodsaak het?

Indien enige van die bogenoemde omstandighede geld, sal die bybetaling in (5.3) nie van toepassing wees nie, met dien verstande dat die volgende dokumentasie voorsien en goedgekeur moet word deur die Skema:

- Geskrewe kommunikasie wat die noodsaaklikheid, in geval van al drie bogenoemde punte, staaf
- 'n Omvattende kliniese verslag wat die noodsaaklikheid van onmiddellike sorg, in die geval van 'n noodgeval, ondersteun

5.5. **Watter toestande en behandelings is ingesluit onder die Voorgeskrewe Minimum Voordele?**

Ongeveer 270 toestande vorm deel van die Voorgeskrewe Minimum Voordele, in die geval van komplikasies, wat hospitaalbehandeling noodsaak. 'n Lys hiervan is verkrygbaar by die Skema, op versoek.

Vanaf 1 Januarie 2004 word daar ook voorsiening gemaak vir die mediese bestuur, diagnose en medisyne van die volg ende chroniese toestande:

- Addison se Siekte
- Asma
- Bipolêre Gemoedsversteuring
- Brongiëktase
- Chroniese Nierversaking
- Chroniese Obstruktiwiewe Pulmonêre Siekte
- Crohn se Siekte
- Diabetes Insipidus
- Diabetes Mellitus Tipe 1 & 2
- Disritmes
- Epilepsie
- Gloukoom
- Hemofie
- Hipercholesterolemie
- Hipertensie
- Hipertensie
- Kardiomiopatie
- Kongestiewe Hartversaking
- Koronêre Vatsiekte
- Parkinson se Siekte
- Rumatoïede Artritis
- Sistemiese Lupus Erytematose
- Skisofrenie
- Ulseratiwiewe Kolitis
- Veelvuldige Sklerose

5.6. **Waar 'n chroniese magtiging reeds toegeken is vir 'n spesifieke chroniese toestand, sal sodanige magtiging geldig bly?**

Ja, maar voordele sal onderhewig wees aan die Skemareëls van die spesifieke Opsie. Let asseblief daarop dat, indien u behoort aan 'n Opsie met spesifieke sub-limiete, beide Voorgeskrewe Minimum Voordele en nie-Voorgeskrewe Minimum Voordele sal akkumuleer na die spesifieke limiete. Wanneer die limiete bereik is, sal slegs die Voorgeskrewe Minimum Voordele voortgaan om vir voordele te kwalifiseer en ook slegs indien daar aan die voorgeskrewe kriteria voldoen is.

5.7. **Kan die Skema 'n chroniese medisyne limiet toepas?**

Ja, indien 'n opsie 'n chroniese medisyne limiet het, sal enige chroniese medisyne eers uit die chroniese limiet betaal word, ongeag of dit deel vorm van VMV al dan nie. Indien die chroniese medisyne limiet uitgeput is, sal die Skema voortgaan om die goedgekeurde VMV chroniese medikasie van die versekerde voordeel te betaal, onderhewig aan die feit dat dit by 'n Aangewese Diensverskaffer verkry is.

6. VOORAFGOEDKEURING

6.1. Wat is voorafgoedkeuring (PAR)?

Voorafgoedkeuring (PAR) is die goedkeuring van enige beplande toelating tot 'n hospitaal, insluitende 'n verwante behandeling of prosedure wat gedurende die hospitalisasie gedoen word.

MRI/CT-skanderings en radio-isotoopstudies vereis spesifieke voorafgoedkeuring, ongeag of dit deel van hospitalisasie is of nie sowel as sekere endoskopiese prosedures. Die volgende prosedures benodig egter nie 'n PAR nie en voordele ten opsigte daarvan sal betaal word ooreenkomstig jou Opsie se voordele vir radiologie:

- Dexaskandering
- RT mineraal beëindigtheidstudie

Indien jy onseker is of 'n prosedure in hierdie kategorie val en dus 'n PAR benodig, skakel asb. die Voorafgoedkeuringsentrum vir advies by 0860 104 974.

Let Wel: 'n PAR is nie 'n waarborg van 'n eis se betaling nie. Betaling is ten alle tye onderhewig aan beskikbare voordele en 'n bybetaling mag van toepassing wees (volle besonderhede in Opsomming van Voordele).

6.2. Wanneer moet ek om 'n voorafgoedkeuringsnommer (PAR) aansoek doen?

Hierdie aansoek om 'n PAR moet so spoedig moontlik gedoen word, verkieslik by bevestiging van toelating deur jou dokter. Ons beveel aan dat jy minstens drie besigheidsdae voor 'n beplande prosedure aansoek doen ingeval meer inligting van jou dokter benodig word. Indien dit 'n noodgeval oor 'n naweek of gedurende die nag is, kan jy binne twee werksdae vanaf die toelating of skandering by die Voorafgoedkeuringsentrum om 'n PAR aansoek doen. In die geval van swangerskap, moet jy verkieslik voorafgoedkeuring vir die bevalling teen week 28 versoek.

6.3. Hoe moet ek met die Voorafgoedkeuringsentrum in verbinding tree om 'n PAR te bekom?

Stuur 'n e-pos na: authorisations@selfmed.co.za, stuur 'n faks na 0860 467 727 of skakel 0860 104 974.

6.4. Watter inligting moet ek byderhand hê wanneer ek om 'n PAR aansoek doen?

- Lidmaatskapnommer en afhanklike kode
- Pasiënt se volle naam en geboortedatum
- Datum van toelating EN datum van prosedure. (Dit is besonder belangrik aangesien ons as 'n reël nie voor operatiewe prosedures die dag vóór die beplande chirurgie magtig nie – dit moet versoek en gemotiveer word).
- Van en voorletters van dokter of diensverskaffer en praktyknommer
- Naam en telefoonnommer van dokter of in die geval van MRI/CT-skanderings, die radioloog se besonderhede
- Naam van hospitaal waar die pasiënt toegelaat gaan word
- Die rede vir die toelating tot die hospitaal, of die beplande diagnostiese prosedure en ICD-10 kode

- Vra jou dokter om 'n volledige beskrywing van die volgende inligting wat van nut sal wees tydens die aansoek om 'n PAR:
 - Die diagnose, en
 - die beplande prosedure, asook die prosedurekodes wat hy/sy beoog om te gebruik.

6.5. Wat gebeur as ek nie om 'n PAR aansoek doen nie?

As jy nie vooraf of binne twee werksdae (in 'n noodgeval) aansoek doen om 'n PAR nie, sal geen voordele betaalbaar wees nie.

6.6. Behandeling van buitepasiënte by 'n hospitaal se ongevalle-afdeling

Let asseblief daarop dat besoeke aan die dokter by die hospitaal se afdeling vir buitepasiënte of ongevalle nie altyd uit jou hospitaalvoordeel befonds word nie. Om dié rede mag sommige hospitale van jou vereis om kontant vir dié besoeke te betaal. Indien dit gebeur, stuur die rekening aan die Skema, en jy sal volgens jou dag-tot-dag voordeel terugbetaal word.

BELANGRIK: *Hoewel daar gepeog word om die stand van lidmaatskap en beskikbare fondse vas te stel, mag enige voorafgoedkeuring uitgesluit wees in terme van die skemareëls en waarborg dus nie betaling nie.*

7. BESTUURDE GESONDHEIDSORG

Bestuurde gesondheidsorg word gedefinieer as enige poging om die rasonele, kostedoeltreffende en toepaslike gebruik van gesondheidsorghulpmiddels aan te moedig. Die Skema se filosofie is om dit te bereik met lede asook diensverskaffers se samewerking.

7.1. Protokolle

Die Skema se bestuurde gesondheidsorgverskaffer gebruik befondsingsriglyne en protokolle ten opsigte van sekere goedere en dienste waarvoor voordele toegestaan word. Voordeeltrekkers sal slegs kwalifiseer vir voordele ten opsigte van sodanige dienste en goedere, indien daar aan die riglyne en protokolle voldoen is.

Die Skema of bestuurde gesondheidsorgverskaffer behou die reg om 'n tweede mediese opinie te versoek, by 'n dokter wat deur die skema aangewys word en op die skema se koste, ten opsigte van enige elektiewe hospitaalprosedure. 'n Fiksheidsverslag sal ook benodig word ten opsigte van enige versoeke vir rug- of gewrigs chirurgie. Die Skema of bestuurde gesondheidsorgverskaffer mag voorts, in sy diskresie, die koste van enige laparoskopiese chirurgie beperk tot die koste van die ekwivalente konvensionele (oop) chirurgie.

7.2. Siektebestuur

Siektebestuur is 'n holistiese benadering wat fokus op die pasiënt se siekte, met inbegrip van alle koste-elemente wat gebruik word. Tussentrede vind plaas deur middel van pasiëntberading en opvoeding, gedragsmodifikasie, terapeutiese riglyne, insentiewe, boetes en gevallebestuur.

7.2.1. Onkologiebestuur

Dit is belangrik dat jy, voordat jy met aktiewe behandeling begin, so gou moontlik by die Skema se Onkologiebestuursprogram aansluit.

7.2.1.1. Hoe moet jy registreer?

Jou behandelende dokter moet 'n behandelingsplan voltooi en aan die Skema se kliniese span stuur, aangesien alle onkologiebehandeling onderhewig is aan voorafgoedkeuring en gevallestuur. Indien jy kanker-verwante behandeling ontvang, maar jou behandeling nie vooraf goedgekeur is deur die Program nie, sal jy nie 'n versekerde voordeel ten opsigte hiervan ontvang nie. Lede op alle opsies moet gebruik maak van die Skema se voorkeurverskaffer onkologienetwerk.

Sodra die Onkologiebestuursplan jou inligting, behandelingsplan en lidmaatskapbesonderhede ontvang, sal jou voorgestelde behandeling op stelsel geplaas word. Die behandelingsplan word dan hersien en, indien nodig, sal 'n lid van die kliniese span jou dokter kontak om moontlike alternatiewe behandeling met hom te bespreek. 'n Magtiging sal aan hom gestuur word nadat jou behandelingsplan verwerk en goedgekeur is. Jy sal ook 'n magtigingsbrief ontvang.

Maak asseblief seker dat jou dokter die Onkologiebestuursplan inlig omtrent enige veranderinge in jou behandeling, aangesien jou magtiging dan weer aangepas moet word.

NOTA: Afgesien van die magtiging wat die Onkologiebestuursplan toestaan, moet jy steeds voorafgoedkeuring bekom ten opsigte van enige hospitalisasie, gespesialiseerde radiologie, sekondêre fasiliteite en stoma terapie

7.2.1.2. Vir wie moet jou dokter kontak om jou behandeling te registreer?

Skakel gerus 0860 104 974, e-pos oncology@selfmed.co.za of stuur 'n faks na 0860 467 727.

7.2.1.3. Is daar enige beperkings van toepassing op onkologie voordele?

Ja. Hoewel die skema 'n versekerde voordeel toestaan vir die behandeling, insluitende verwante patologie en radiologie tydens die aktiewe fase van die siekte, word voordele beperk tot 'n jaarlikse limiet. Indien hospitalisasie benodig word as deel van die onkologiebehandeling, sal sodanige hospitaalkostes nie akkumuleer na die onkologie-limiet nie. Limiet n.v.t. ingeval van VMV nie.

7.2.2. MIV/VIGS

Spesifieke voordele is beskikbaar vir antiretrovirale terapie, verwante medisyne en patologie-toetse en sal streng vertroulik hanteer en bestuur word, waar lede op die MIV/VIGS Bestuursprogram registreer. Ondersteuning en berading is beskikbaar aan die betrokke lid en familie, indien nodig.

Enige lid of afhanklike wat positief vir MIV getoets is, word aangemoedig om by die MIV/VIGS Bestuursprogram aan te sluit ten einde toegang tot voordele te kry.

Kontaknommers verskyn agter in hierdie gids.

7.3. Borsrekonstruksies

Voordele word toegestaan vir rekonstruktiewe chirurgie na mastektomie vir bewese borskanker. Voordele word eenmalig betaal vir volledige rekonstruksie volgens watter metode ook al, sowel as vir reduksie-chirurgie aan die onaangetaste kant vir simmetrie, waar aangewese, soos per motivering.

Slegs komplikasies van 'n werklike mediese aard word oorweeg vir voordele en nie vir mislukte kosmetiese operasies nie.

7.4. **Orgaanoorplantings en Dialise**

Voordele ten opsigte van dialise en orgaanoorplantings sal slegs toegelaat word indien behandeling deel vorm van 'n Gevallebestuursprogram. Voordele word toegestaan ten opsigte van nierdialise en die volgende orgaanoorplantings: hart-, long-, hart-en-long, beenmurg-, nier-, en leweroorplantings. Voordele is voorts onderhewig daaraan dat die ontvanger van 'n orgaan 'n voordeeltrekker moet wees, in welke geval beperkte voordele betaalbaar is.

Verwys asb. na die Opsommings van Voordele vir meer inligting oor die voordele wat jou Opsie bied.

7.5. **Ambulansdienste (ER24)**

7.5.1. **Met wie moet ek in verbinding tree rakende ambulansdienste?**

ER24 is die Skema se voorkeurverskaffer van ambulansdienste. Hulle moet geskakel word vir enige mediese geregverdigde ambulansvervoer. As dienste nie deur (of deur die tussentrede van) ER24 gelewer word nie, word voordele beperk tot 'n voorgeskrewe maksimum. (Sien asseblief Voordeelskedules vir besonderhede).

7.5.2. **Hoe kan ek met ER24 in verbinding tree?**

Vir kliniese raad, asook versoeke vir vervoer, skakel 084 124, indien binne die RSA. Vir eise-navrae, kan jy 011 319 6580 skakel.

7.5.3. **Hoeveel tyd het ek om ER24 in te lig dat ek as gevolg van 'n noodgeval van 'n ander ambulansdiens gebruik moes maak?**

Indien dit 'n noodgeval is, moet jy ER24 binne 24 uur vanaf die datum waarop die diens gelewer is, daarvan verwittig sodat jy vir onbeperkte voordele kan kwalifiseer.

L.W.: Die dienste van die voorkeurverskaffer is slegs beskikbaar in die RSA, Swaziland en Lesotho.

NB: Indien jy ER24 vanuit een van hierdie buurstate moet kontak, is die kontaknommer: 011 541 1218.

8. **INTERNE PROSTESE**

8.1. **Wat is 'n Interne Protese?**

Dit is 'n toestel wat in die liggaam ingeplant word as 'n interne ondersteuningsmeganisme en/of vir funksionele mediese redes as protese ingeplant word om dele van die liggaam te vervang.

8.2. **Watter voordele word toegestaan ten opsigte van Interne Protese?**

Die volgende voordele is van toepassing, gebaseer op die tipe protese:

Interne Prostese	Selfsure en MEDXXI opsies
Kardiale Stente	Beperk tot R 44,800.00 en 'n maksimum van 2 stente per begunstigde per jaar
Kardiale Pasaangeërs	Beperk tot R 52,300.00 per begunstigde per jaar
Hartkleppe	Beperk tot R 36,900.00 per begunstigde per jaar
Heupvervanging (Enkel en Bilateraal)	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Totale Elmoogvervanging	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Knievervanging (Enkel en Bilateraal)	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Totale Skouervervanging	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Totale Enkelvervanging	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Spinale Plate en Skroewe	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Beenverlengingstoestelle	Beperk tot R 36,900.00 per begunstigde per jaar
Karotis Stente	Beperk tot R 18,000.000 per begunstigde per jaar
Aorta Stentinplantings	Beperk tot R 52,300.00 per begunstigde per jaar
Perifere Arteriële Stentinplantings	Beperk tot R 36,900.00 per begunstigde per jaar
Anti-embolieë Apparate	Beperk tot R 44,800.00 per begunstigde per jaar
Interne Ringspiere en Stimuleerders	Beperk tot R 44,800.00 per gesin per Jaar
Interne Fiksasie Apparate	Beperk tot R 30,200.00 per begunstigde per jaar
Serebrale Aneurisma Spirale	Beperk tot R 44,800.00 per begunstigde per jaar
Spinale Inplantingsapparate	Prosedure befonds soos VMV-behandeling
Intra-okulêre lens post-katarakverwydering	Beperk tot R 2,700.00 per begunstigde per jaar, waar prosedure slegs op een oog uitgevoer is, of R 5,400.00 per begunstigde per jaar, waar uitgevoer op beide oë
Enige ander prostese nie hierbo genoem	Beperk tot R 30,200.00 per begunstigde per jaar

Interne Prostese	Med Elite opsie
Kardiale Stente	Beperk tot R 46,200.00 en 'n maksimum van 2 stente per begunstigde per jaar
Kardiale Pasaangeërs	Beperk tot R 54,300.00 per begunstigde per jaar
Hartkleppe	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Heupvervanging (Enkel en Bilateraal)	Beperk tot R 54,300.00 per begunstigde per jaar en waar klinies aangedui vir 'n gesamentlike bilaterale heupvervanging, Beperk tot R 108,600.00 per begunstigde per jaar
Totale Elmoogvervanging	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Knievervanging (Enkel en Bilateraal)	Beperk tot R 54,300.00 per begunstigde per jaar en waar klinies aangedui vir 'n gesamentlike bilaterale knievervanging, Beperk tot R 108,600.00 per begunstigde per jaar
Totale Skouervervanging	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Totale Enkelvervanging	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Spinale Plate en Skroewe	Beperk tot R 46,200.00 per begunstigde per jaar
Beenverlengingstoestelle	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Karotis Stente	Beperk tot R 18,900.00 per begunstigde per jaar
Aorta Stentinplantings	Beperk tot R 54,300.00 per begunstigde per jaar

Interne Prostese	Med Elite opsie
Perifere Arteriële Stentinplantings	Beperk tot R 38,800.00 per begunstigde per jaar
Anti-embolieë Apparate	Beperk tot R 46,200.00 per begunstigde per jaar
Interne Ringspiere en Stimuleerders	Beperk tot R 46,200.00 per gesin per Jaar
Interne Fiksasie Apparate	Beperk tot R 36,900.00 per begunstigde per jaar
Serebrale Aneurisma Spirale	Beperk tot R 46,200.00 per begunstigde per jaar
Spinale Inplantingsapparate	Beperk tot R 46,200.00 per begunstigde per jaar
Intra-okulêre lens post-katarakverwydering	Beperk tot R 2,700.00 per begunstigde per jaar, waar prosedure slegs op een oog uitgevoer is, of R 5,400.00 per begunstigde per jaar, waar uitgevoer op beide oë
Enige ander prostese nie hierbo genoem	Beperk tot R 30,800.00 per begunstigde per jaar

Interne Prostese	Selfmed 80% opsie
Kardiale Stente	Beperk tot R 51,000.00 en 'n maksimum van 2 stente per begunstigde per jaar
Kardiale Pasaangeërs	Beperk tot R 59,000.00 per begunstigde per jaar
Hartkleppe	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Heupvervanging (Enkel en Bilateraal)	Beperk tot R 59,000.00 per begunstigde per jaar en waar klinies aangedui vir 'n gesamentlike bilaterale heupvervanging, Beperk tot R 117,900.00 per begunstigde per jaar
Totale Elmoogvervanging	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Knievervanging (Enkel en Bilateraal)	Beperk tot R 59,000.00 per begunstigde per jaar en waar klinies aangedui vir 'n gesamentlike bilaterale knievervanging, Beperk tot R 117,900.00 per begunstigde per jaar
Totale Skouervervanging	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Totale Enkelvervanging	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Spinale Plate en Skroewe	Beperk tot R 51,000.00 per begunstigde per jaar
Beenverlengingstoestelle	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Karotis Stente	Beperk tot R 20,200.00 per begunstigde per jaar
Aorta Stentinplantings	Beperk tot R 59,000.00 per begunstigde per jaar
Perifere Arteriële Stentinplantings	Beperk tot R 42,300.00 per begunstigde per jaar
Anti-embolieë Apparate	Beperk tot R 51,000.00 per begunstigde per jaar
Interne Ringspiere en Stimuleerders	Beperk tot R 51,000.00 per gesin per Jaar
Interne Fiksasie Apparate	Beperk tot R 41,000.00 per begunstigde per jaar
Serebrale Aneurisma Spirale	Beperk tot R 51,000.00 per begunstigde per jaar
Spinale Inplantingsapparate	Beperk tot R 51,000.00 per begunstigde per jaar
Intra-okulêre lens post katarakverwydering	Beperk tot R 3,300.00 per begunstigde per jaar, waar prosedure slegs op een oog uitgevoer is, of R 6,600.00, per begunstigde per jaar, waar uitgevoer op beide oë
Enige ander prostese nie hierbo genoem	Beperk tot R 33,500.00 per begunstigde per jaar

9. BYBETALINGS VAN TOEPASSING OP HOSPITAALPROSEDURES

Indien enige van die volgende elektiewe prosedures tydens hospitalisasie uitgevoer word, sal 'n bybetaling, soos gespesifiseer, vooraf betaalbaar wees:

Prosedure	Bybetaling van toepassing op MEDXXI en Selsure opsies	Bybetaling van toepassing op Med Elite opsie	Bybetaling van toepassing op 80% opsie
Artroskopie	R 5,900.00	R 3,100.00	
Kolesistektomie	R 5,900.00	R 3,100.00	
Kolonoskopie en/of Sigmoidoskopie en/of Protoskopie	R 2,550.00	R 1,800.00	
Konserwatiewe Rugbehandeling	R 2,550.00	R 1,800.00	
Diagnostiese Sistoskopie	R 2,550.00	R 1,800.00	
Diagnostiese Laparoskopie en/of Histeroskopie en/of Endometriese Ablasie	R 3,100.00	R 3,100.00	
Gastrokopie	R 2,550.00	R 1,800.00	
Histerektomie (n.v.t. indien kanker vooraf gediagnoseer is nie)	R 3,850.00	R 2,050.00	
Insnydingsbreuk	R 5,900.00	R 3,100.00	
Herstel van Inkontinensie	R 5,900.00	R 3,100.00	
Gewrigsvervangings	Prosedure befonds soos VMV- behandeling	R 11,000.00	
MRI-, CT-skanderings	R 2,050.00	R 1,800.00	R 1,800.00
Mond-, Gesig- en kaakchirurgie	R 1,800.00	R 1,800.00	
Nissen Fundoplikasie (refluks chirurgie)	R 11,600.00	R 5,900.00	
Spinale Chirurgie	Prosedure befonds soos VMV- behandeling	R 11,000.00	

10. BETALING VAN EISE

10.1. Watter inligting moet 'n eis bevat sodat dit verwerk kan word?

Tipe eis	Vereistes
Mediese Praktisyne	<ul style="list-style-type: none">• lidmaatskapnommer• naam en van• geboortedatum van pasiënt• praktyknommer• die aard van diens• tersaaklike kode insluitende ICD-10 kode• diensdatum• koste van elke diens wat gelewer of goedere wat voorsien is
Medisyne	Die naam, hoeveelheid, dosis en netto bedrag betaalbaar deur die lid ten opsigte van geresepteerde medisyne, en die tersaaklike NAFPK-kode (die nasionale farmaseutiese produkkoppelvlak), asook ICD-10 kode - en vir nie elektroniese rekeninge wat deur die lid betaalbaar is, 'n afskrif van die oorspronklike voorskrif van die persoon wat wetlik gemagtig is om die medisyne voor te skryf en bewys van betaling.
Tandheelkundige	Die nommer van elke behandelde tand
Chirurgiese	Die naam, praktyknommer en registrasienuommer, uitgereik deur die tersaaklike registrerende owerheid van elke mediese praktisyne of tandarts, wat in die uitvoering van daardie operasie bystand verleen het
Ortodontiese of gevorderde tandheelkundige dienste	Die eerste rekening moet die behandelingsplan insluit, waarop die verwagte duur en totale koste van die behandeling getoon word, asook die aanvanklike en maandelikse betaalbare bedrae
Let wel: Hoewel ortodontiese behandeling normaalweg vanuit die voordeel vir Gespesialiseerde Tandheelkunde befonds word, is daar sekere gedeeltes van die behandelingsplan wat onder jou Opsie se voordele as Basiese Tandheelkunde geklassifiseer word. Raadpleeg asseblief die Skema om vas te stel of jy met betrekking tot jou of jou gesin se ortodontiese behandeling vir sekere kostes verantwoordelik gaan wees.	

10.2. Wanneer moet ek 'n eis indien?

'n Eis moet binne vier maande vanaf die einde van die maand waarin die diens gelewer is, ingedien word. Eise wat na die tydperk ingedien word sal nie vir voordele kwalifiseer nie.

10.3. Hoe sal ek weet wanneer my eis uitbetaal is?

Ná die verwerking van jou eis sal jy 'n eisestaat ontvang waarin enige betalings aangedui sal word.

L.W. Waar afslag op 'n rekening toegestaan is, sal 'n lid slegs geregtig wees op die laer voordeelbedrag, nadat die afslag in berekening gebring is.

10.4. **Word voordele ten opsigte van buitelandse eise toegelaat?**

Geen voordele word vir buitelandse eise toegestaan nie, met die uitsondering van Namibiese eise. Namibiese eise word verwerk en in Suid-Afrikaanse rand aan lede uitbetaal.

11. UITSLUITINGS

Die volgende is uitsluitings op alle opsies:

11.1. **Uitsluitings van toepassing op basiese en gespesialiseerde tandheelkunde:**

- Harsbinding van metaalvulsels
- Mondskerms vir sportdoeleindes
- Metaalinlegsels in kunstande
- Bleik van noodsaaklike tande
- Metaalinlegsels in voortande
- Koste verbonde aan professionele verslae
- Elektrognatografiese opname - met of sonder rekenaaranalise

11.2. **Uitsluitings van toepassing op voorgeskrewe medisyne:**

- Patent- en medisyne wat in kliniese studies gebruik word, patent-preparate en huis-houdelike geneesmiddels
- Patent-voedselprodukte, insluitende babakos en spesiale formules, tensy moeder HIV positief is
- Verslankingspreparate
- Anti-rookpreparate
- Chirurgiese toerusting en bybehore
- Diagnostiese middels en toerusting, behalwe diabetiese bykomstighede
- Medisyne wat spesifiek gebruik word om alkoholisme te behandel, behalwe as dit gebruik word as deel van 'n voordeeltrekker se rehabilitasiebehandeling by 'n erkende fasiliteit
- Geslagsprikkelmiddels
- Anaboliese steroiede
- Sonskerms en sonverbruiningsmiddels, insluitende versagters en vogmiddels
- Kosmetiese preparate, seep, sjampoe en ander lokale/plaaslike middels, geneeskundig of andersins, behalwe vir die behandeling van psoriase, luise, jeuksiekte en ander parasitiese en swaminfeksies, met uitsondering van voorgeskrewe minimum voordele
- Enkele of gekombineerde mineraalpreparate, behalwe vir kalsiumpreparate met 300mg of meer elementele kalsium wat gebruik word vir die voorkoming en behandeling van osteoporose en potassium wanneer dit saam met 'n diuretikum gebruik word asook yster-aanvullings vir bloedarmoede
- Kontaklenspreparate
- Preparate wat nie maklik klassifiseerbaar is nie
- Stimulant-lakseermiddels
- Behandeling van erektele disfunksie, byvoorbeeld Sildenafil en/of ander geneesmiddels
- Produkte vir inkontinensie, tensy a.g.v. komplikasies wat spruit uit PMB-toestand in hospitaal
- Immunoglobuline
- Insputmateriaal, behalwe diabetiese insputmateriaal

- Nebuliseerders, tensy deel van 'n asmabestuursprogram
- Bloeddrukmonitors
- Glukometers, tensy deel van 'n siektebestuursprogram

Die volgende geneesmiddels, tensy dit deel vorm van die publieke sektor se protokol en goedgekeur word deur die verwante bestuurde gesondheidsorgprogram:

- Rituzimab (of enige ander monokloniese teenliggame as instandhoudingsbehandeling vir hematologiese maligneite - byvoorbeeld Mabthera.
- Fungus infeksies: liposomale amfoterisien B
- Septiese skok en septicemia: proteïen C inhibeerder - byvoorbeeld Xigris
- Bevacizumab vir kolorektale kanker - byvoorbeeld Avastin

11.3. Uitsluitings van toepassing op Akute Medisyne:

- Medisyne wat nie bewys lewer van kliniese waarde nie
- Medisyne wat duurder is as soortgelyke effektiewe en veilige alternatiewe
- Medisyne wat geneig is tot misbruik, bv. Benzodiazepine
- Duur chroniese medisyne wat voorafgoedkeuring benodig
- Kombinasie produkte waar 'n enkel-bestanddeel produk meer toepaslik sou wees
- Nuut geregistreerde medisyne wat kliniese hersiening ondergaan

11.4. Uitsluitings van toepassing op optiese voordele:

- Verstelling van rame
- Pas van kontaklense
- Donkerbrille
- Gekleurde lense
- Refraktiewe korrektiewe oog chirurgie

11.5. Algemene Uitsluitings

- Verbanne, watte, pleisters en ander huishoudelike noodhulpitems - tensy dit tydens hospitaalverblyf verskaf is
- Ondersoeke vir versekering, indiensneming, dagvaardings en ander soortgelyke doeleindes
- Kosmetiese en rekonstruktiewe chirurgie, insluitend vir bakore, volgens die lid of afhanklike se eie keuse, of slegs aanbeveel om sielkundige redes - en enige komplikasies as gevolg van sodanige chirurgie
- Waar meer as een kliniese prosedure, wat 'n PAR vereis, tegelykertyd uitgevoer word en 'n PAR nie vir altwee toegestaan is nie, sal geen voordele toegestaan word vir komplikasies weens enige van die prosedures nie
- Skoonheidsbehandelings en skoonheidspreparate en kosmetika
- Ondersoeke en/of behandeling waar geen werklike of veronderstelde siekte bestaan nie en/of waar dit slegs om sielkundige redes aanbeveel word
- Ondersoeke en/of behandeling vir steriliteit of erektilie disfunksie
- Kunsmatige bevrugting
- Huweliksterapie
- Geboortebepanking, behalwe mondelike, inspuitbare en IUKA-geboortebepankingsmiddels asook vasektomieë en sterilisasie
- Vasovasostomie (omkeer van 'n vasektomie)
- Groepoefeninge of fiksheidstoetse
- Hiperbariese suurstofbehandeling
- Telefoniese konsultasies

- Dienste van maatskaplike werkers
- Koste van mediese verslae
- ALCAT- allergietoetse
- Skleroterapie, tensy 'n vaskulêre chirurg verantwoordelik is vir die behandeling waar dit deel is van die chirurgiese verwydering van vaskulêre are
- Reduksie: Mammoplastiek, tensy om mediese redes noodsaak
- Behandeling van keloïede (behalwe in die geval van brandwonde afhanglik van 'n PAR)
- Refraktiewe chirurgie
- Funksionele rekonstruksie van verhemelte en kleintongetjie (uvulopalatopharyngoplastie)
- Akupunktuur
- Refleksologie en Aromaterapie
- Beserings weens gevaarlike deelytse en professionele sportsoorte wat op 'n gereelde basis beoefen word, tensy 'n voorgeskrewe minimum voordeel. (Kontak die Skema om navraag te doen oor 'n spesifieke aktiwiteit.)
- Haemapure bloedprodukte
- Enige kunsmatige hart (bv. Berlin hart)
- Ondersoeke vir die toets van oë of visie deur iemand anders as 'n oogspesialis of geregistreerde optometris, en die koste van enige instrument anders as brille of kontaklense
- Reiskoste – behalwe vir die vervoer van die pasiënt na- en van 'n hospitaal
- Aanwenders, toiletpreparate en kosmetika
- Vakansies vir hersteldoeleindes
- Akkommodasie in aftree-oorde, sorgeenhede vir verswaktes, eenhede vir langtermynversorging en soortgelyke instellings
- Koste afgewys deur die Skema weens bedrog of as gevolg daarvan dat dit nie medies noodsaaklik of klinies geïndikeerd is nie, soos aangedui deur die Skema se eksterne ouditeure
- Geen voordele vir enige behandeling waaraan voordeeltrekkers deelneem op 'n proefbasis nie
- Geen voordele vir die bewaar van fetale stamselle
- Pektus ekscavatum/carinatum
- Alle monoklone teenliggaampies, behalwe Beta-Interferon vir die behandeling van Veelvuldige Sklerose volgens die PMB algoritme of tensy spesifiek vermeld as deel van 'n opsie se onkologie voordele
- Medisyne nie goedgekeur deur die Medisyne Beheerraad, tensy artikel 21 goedkeuring bekom en magtiging verskaf is deur die toepaslike gesondheidsorgprogram
- MIV weerstandstoetsing tensy geregistreer en goedgekeur deur die toepaslike gesondheidsorgprogram
- Voeding en voedselaanvullers, insluitende babakos en spesifieke melkpreparate, tensy voorgeskryf vir lewensbedreigende wanabsorberende afwykings en vir MIV-moeder-tot-kind-oordrag (MTCT) profilakse indien geregistreer en goedgekeur deur die toepaslike gesondheidsorgprogram
- Behandeling van obesiteit (vetsug) met uitsondering van sekere bariatriese chirurgiese prosedures wat uitgevoer word vir lewensbedreigende obesiteit, in ooreenstemming met ooreengekome, vooraf goedgekeurde protokol
- Intra-okulêre lens inplanting, tensy na 'n katarakverwydering
- Mediese kouse, tensy voorsien deur 'n resepterende dokter of apteker, in welke geval dit vanaf die eksterne mediese voordele betaal sal word
- Slaapstudies en CPAP, indien liggaamsindeks 30 of hoër is, met dien verstande dat 'n maksimum tydperk van 6 maande se behandeling toegestaan sal word om voordeeltrekker te help om gunstige liggaamsindeks te bereik

12. DEFINISIES EN AFKORTINGS

12.1. Afhanklike

Die volgende persone waarvoor die lid verantwoordelik is vir onderhoud, en wat nie 'n lid of 'n afhanklike van 'n lid van 'n ander mediese skema is nie en, indien van toepassing, wat behoorlik as afhanklikes geregistreer is deur die Skema.

- 'n gade; en/of metgesel;
- 'n kind - insluitende 'n aangenome kind, stiefkind of pleegkind; en/of
- die hooflid se ouers (insluitend pleegouers), susters en broers; en/of
- enige ander persoon goedgekeur deur die Skema

12.2. Akute Medisyne

Medisyne wat gebruik word vir siektes of toestande met 'n vinnige aanvang, kort duur, hewige simptome, en wat 'n kort kursus medisynebehandeling benodig, asook medisyne wat vir voordele kwalifiseer maar nie deur die Skema as chroniese medisyne geklassifiseer is nie.

12.3. Basiese Tandheelkunde

Ondersoeke; en/of x-strale; en/of plastiek- en sagtebasis-kunsgebitte, beperk tot een gebit per kaak per jaar; en/of eenvoudige herstellings van alle tande; en/of voorkomende tandheelkunde wat skalering en polering van tande insluit, fluoriedbehandeling, die seël van tande om tandbederf te voorkom, mondigiëne-voorgligting betreffende die borsel van tande, asook vlostegnieke; en/of wortelkanaal-terapie op voortande, insluitende premolêre en/of sedasie en/of lokale verdowing; en/of gesteriliseerde instrumentasie; en/of okklusale skerm.

12.4. Biologiese Middels

'n Stof gemaak van 'n lewende organisme of sy produkte, insl. immunisasies, terapeutiese proteïene (bv. insulien) en monoklone teenliggaampies.

12.5. Chemoterapie

Medikasie gebruik in die genesing en stuiting van kanker. Dit sluit sitostatika en hormoon inhibeerders in, maar sluit medikasie uit wat nie direk verband hou met die kankerbehandeling nie (bv. anti-depressante) en medikasie wat gebruik word vir die behandeling van langtermyn toestande wat ontstaan as gevolg van die kankerbehandeling.

12.6. Chroniese Medisyne

Medisyne wat aan al die volgende vereistes voldoen:

- voorgeskryf deur 'n mediese praktisyn vir 'n ononderbroke periode van minstens drie maande; en
- vir 'n toestand wat op die Skema se lys vir goedgekeurde chroniese siektes verskyn, soos van tyd tot tyd gewysig; en
- waarvoor aansoek gedoen is op die wyse, en teen die frekwensie, deur die Skema voorgeskryf van tyd tot tyd, en welke aansoek deur die Skema aanvaar is.

12.7. **Diensdatum**

In die geval van:

- hospitalisasie – die datum van elke ontslag uit 'n hospitaal; of
- enige ander diens of benodigdhede – die datum waarop die diens gelewer is of die benodigdhede verkry is, ongeag of dit vir dieselfde ongesteldheid was of nie

12.8. **Diensverskaffer**

'n Mediese praktisyn, tandarts, apteker, verpleegster, kliniese sielkundige, mediese hulpdiens of hospitaal wat behoorlik geregistreer of gelisensieer is by 'n statutêre raad of relevante staatsdepartement – of indien praktiserend in 'n gebied buite Suid-Afrika (as sodanig), geregistreer of gelisensieer is deur 'n soortgelyke liggaam in daardie gebied.

12.9. **Effektiewe Datum**

Die datum waarop 'n voordeeltrekker geregtig word op voordele.

12.10. **Eksterne Prostese**

Is 'n kunsmatige toestel wat 'n ontbrekende liggaamsdeel, as gevolg van trauma, siekte of aangebore toestande, vervang. Byvoorbeeld 'n eksterne bors prostese en been prostese.

12.11. **Elektiewe Tandheelkundige Chirurgie**

Hantering van die oorsaak en behandeling van abnormale plasing van die kakebene; en/of alveolêre rif ougmentasie.

12.12. **Gade**

'n Persoon met wie 'n lid getroud is volgens 'n stelsel wat deur die Suid-Afrikaanse reg erken word.

12.13. **Gesin**

'n Lid en sy/haar afhanklikes.

12.14. **Gevallebestuursprogram**

'n Proses wat bedoel is om klinies aangeduide, gepaste en kostedoeltreffende gesondheidsorg, as 'n alternatief vir hospitalisasie, of andersins, beskikbaar te stel aan voordeeltrekkers met spesifieke gesondheidsorgbehoefte – hetsy die Skema dit voorskryf, of die Skema dit op aansoek van 'n voordeeltrekker goedkeur.

12.15. **Gespesialiseerde Tandheelkunde**

Periodontale behandeling; en/of kroon- en brugwerk; en/of die bleik van wortelkanaalbehandelde tande wat verkleur het as gevolg van die verwydering van senuwees; en/of ortodontiese behandeling; en/of komponente geheg aan voorheen geplaaste implantate. Alle dienste, buiten hospitalisasie, kwalifiseer vir tandheelkundige voordele indien dit verskaf of gelewer is ten opsigte van tandheelkundige toestande. Metaalrame vir volle of gedeeltelike kunsgebite; en/of wortelkanaalterapie op kiestande; en/of hars-, porselein- of metaalinlegsels in tande

waar eenvoudige herstellings nie voldoende is nie, met die uitsondering van metaalinlegsels in voortande en kunsgebitte.

12.16. Hospitaal

Insluitende 'n inrigting vir geestesgesondheid, geregistreerde alleenstaande teater, en dagklinik, maar uitsluitende 'n inrigting vir substansie misbruik.

12.17. Implantologie

Alle stadiums van behandeling wat nodig is om die plasing van 'n implantaatondersteunende tand of tande in ruimtes waar natuurlike tande vroeër verwyder is, te ondersteun. Dit sluit die volgende in: chirurgiese aanpassing van die kaak, chirurgiese inplasing en ontbloting van implantate.

12.18. Intredatum

Die datum waarop 'n persoon lid word van die Skema of die datum waarop 'n afhanklike se registrasie effektief word.

12.19. Jaar

'n Tydperk van 12 maande wat op 1 Januarie begin en op 31 Desember eindig.

12.20. Kliniese Prosedure

'n Prosedure wat as sodanig gekategoriseer is deur die Skema.

12.21. Laat Aansluiter

'n Aansoeker of die volwasse afhanklike van 'n aansoeker wat op die aansoekdatum 35 jaar of ouer is. Dit sluit enige afhanklike uit wat dekking gehad het van een of meer mediese skema voor 1 April 2001, sonder 'n onderbreking in lidmaatskap van meer as 90 dae vanaf 1 April 2001. 'n Sertifikaat van vorige lidmaatskap mag vereis word.

12.22. Lid

'n Persoon wat as lid geregistreer is deur die Skema.

12.23. Mediese Hulpdienste

'n Persoon of entiteit:

- wie se dissipline uitdruklik gedek word deur die Skemareëls; of
- met 'n praktykkode wat met 090 begin (uitgereik deur die Raad van Gesondheidsorgbepondersers), wie se tipes dienste skriftelik goedgekeur is deur die Skema.

12.24. Mediese Skema Tarief

Die Nasionale Verwysingsprys, soos gepubliseer deur die Departement van Gesondheid of sodanige ander tarief bepaal deur die Skema.

12.25. **Mediese Toebehore**

Enige instrument, apparaat, toerusting, toestel wat vervaardig is vir die uitsluitlike doel om vir een of meer spesifieke mediese kondisies in die volgende gevalle te gebruik:

- Diagnostisering, voorkoming, monitering, behandeling of verligting van 'n siektetoestand en/of besering

Byvoorbeeld stomaterapie toerusting, rolstoel en loop hulpmiddele, verhoogde toilet sitplek, slaap apnoea monitors, CPAP apparaat vir behandeling van slaap apnoea, krukke, arbeidsterapie hulpmiddels vir fisies gestremdes.

12.26. **Medisyne**

'n Middel wat geregistreer is onder die Wet op Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe, 1965, soos van tyd tot tyd gewysig of vervang.

12.27. **Minderjarige Afhanklike**

'n Afhanklike wat nog nie 21 jaar oud is nie.

12.28. **Nie-elektiewe Tandheelkundige Chirurgie**

Die behandeling van siste en gewasse van die kakebene, asook toestande van die speekselkliere; en/of die behandeling van absesse van die kakebene (buiten periodontale terapie); en/of die behandeling van alle trauma van die bene en sagte weefsel van die gesig; en/of ekstrasies of chirurgiese verwydering van tande.

12.29. **Ooreengekome Tarief**

In die geval van medisyne, die enkele uitgangsprys soos gepubliseer in die Wet op Medisyne en Verwante Stowwe no. 101 van 1965, plus die resepteringsfooi goedgekeur deur die Raad of MMAP, watter ook al die laagste; en in alle ander gevalle die tarief ooreengekom tussen die skema en voorkeurverskaffers.

12.30. **Oorsese Eise**

Eise wat hul oorsprong het in lande wat buite die grense van die Republiek van Suid-Afrika geleë is.

12.31. **Ortopediese toebehore**

Eksterne spinale en/of groot gewrigstoebehore met die uitsluitlike funksie om stabiliteit na 'n operatiewe prosedure te bied, bv. ruggraat, enkel, knie of skouerondersteuning.

12.32. **Protese**

'n Toestel wat 'n nie-funksionerende of verlore liggaamsdeel of orgaan vervang.

12.33. **Registrateur**

Die Registrateur van Mediese Skemas soos onder die Wet aangestel.

12.34. **Siektebestuur**

’n Holistiese benadering wat fokus op die pasiënt en wat al die koste-elemente van die siekte gebruik om pasiënte te identifiseer wat kwalifiseer vir ’n siektebestuurprogram.

Bestuur en intervensie vind plaas deur middel van:

- pasiëntberading en -opvoeding
- gedragsmodifikasie
- terapeutiese riglyne (die aanwending van)
- insentiewe en boetes; en
- gevallebestuur

12.35. **Versekerde Voordeel**

Versekerde voordele vir dienste gelewer soos hospitalisasie en die behandeling/prosedures uitgevoer tydens hospitalisasie soos vervat in Skema Reëls.

12.36. **Verwysingsprys**

Die verteenwoordig die maksimum prys wat die Skema sal betaal vir spesifieke medisyne of klas medisyne vir die chroniese toestande wat op die skema se lys (bylae C) verskyn en wat voldoen aan die Raad op Mediese Skemas se gepubliseerde kondisie algoritmes.

Die verwysingsprys kan verwys na beide ’n generiese verwysingsprys of terapeutiese verwysingsprys.

12.37. **Volwasse Afhanklike**

’n Afhanklike wat 21 jaar of ouer is.

12.38. **Voorafgoedkeuringsnommer (of PAR)**

’n Nommer wat deur die Skema se bestuurde gesondheidsorg-agent toegeken word, en wat vereis word voordat sekere dienste vir voordele kwalifiseer.

12.39. **Begunstigde**

Elke individuele lid en afhanklike.

12.40. **Voorgeskrewe Minimum Voordele**

Die minimum voordele wat die Skema onder die Wet moet voorsien.

12.41. **Voorkeurverskaffer**

’n Diensverskaffer met wie voorkeurtariewe beding is deur- of namens die Skema, of wat deel is van ’n voorkeurverskaffernetwerk wat deur- of namens die Skema gekontrakteer is.

12.42. **Wet**

Die Wet op Mediese Skemas, 1998, soos gewysig of vervang en die regulasies wat daaronder geproklameer word.

13. KONTAKNOMMERS

UITMUNTENDE DIENSSENTRUM
(vir alle navrae en versoeke)
Afskrif van die Skema se klagtes
beleid is beskikbaar op aanvraag

Tel: 0860 787 372 (SUPERB)
Faks: 0860 288 363 (ATTEND)
E-pos: expert@selfmed.co.za
Web: www.selfmed.co.za

HOSPITAAL VOORAFGOEDKEURING

Tel: 0860 104 974
Faks: 0860 467 727
E-pos: authorisations@selfmed.co.za

CHRONIESE MEDISYNE

Aansoek te Chroniese Medisyne
voordele skakel: 0860 247 288, OF
indien u navrae het oor Chroniese
Medisyne skakel: 0860 787 372
Faks: 0860 633 277
E-pos: chronicmed@selfmed.co.za

OPTIESE VOORDEEL BESTUUR

Om aansoek te doen vir Optiese Voordele,
kontak Opticlear op 011 461 6337 of 021 680 3823
E-pos: opticlear@optical.co.za

SIEKTEBESTUUR
(HIV/VIGS)

Tel: 0860 906 090
Faks: 0865 578 168
E-pos: selfmed@halocare.co.za

ONKOLOGIE

Tel: 0860 104 974
Faks: 0860 467 727
E-pos: oncology@selfmed.co.za

ER 24 AMBULANS DIENSTE

Vir Noodvervoer - in RSA = 084 124
Vir Noodvervoer - in Swaziland of
Lesotho = 011 541 1218

BEDROGLYN

0861 299 999

INDIEN VAN EISE
(slegs oorspronklike eise sal aanvaar word)

Selfmed Mediese Skema
Posbus 5543
Tygervallei
7536

RAAD VIR MEDIESE SKEMAS

Tel: 0861 123 267
Faks: 012 430 7644
E-pos: support@medicalschemes.com

Kaapstad
021 943 2300

Durban
031 576 0366

Vrystaat
011 466 6068

Johannesburg
011 466 6068

Mpumalanga
013 741 4588

Port Elizabeth
021 943 2300



www.selfmed.co.za



marketing@selfmed.co.za



0860 73 53 63 / 0860 SELFMED

REG.NR: 1446