



Lidmaatskapgids 2015

bestMed

Beter leefstyl. Beter gezondheid.

Inhoud

1. Alles oor Bestmed	1	4. Regulasies, regulerings liggame en voldoening	20
1.1 Welkom by Bestmed	1	4.1 Die Raad vir Mediese Skemas	20
1.2 Ons leef ons waardes uit	1	4.2 Raad op Finansiële Dienste (RFD/FSB)	20
1.3 Toepaslike wetgewing	1	4.3 Eskalering van navrae	21
1.4 Groei in lidmaatskap	1	4.4 Eskalering van 'n klagte na die RMS	21
2. Voordele-opsies	2	4.5 Vertroulikheid	21
2.1 Kategorieë van voordele-opsies	2	4.6 Bestmed Blitslyn	21
2.2 Riglyne vir die voordele-opsies	2	5. Die makelaar se rol	21
3. Aansoek prosesse en voordele	5	5.1 Gesondheidsrisiko-analise	22
3.1 Chroniese voordeleprogram	5	6. Uitsluitings	22
3.2 Voorgeskrewe Minimum Voordele	7	7. Die Rëels van Bestmed	24
3.3 Onkologievoordeel-bestuursprogram	8	8. Afkortings	38
3.4 MIV/VIGS-voordeel	9	9. Kontakbesonderhede	39
3.5 Spinale rehabilitasieprogram	9	10. Lys van CSL- en nie-CSL-siektetoestande	40
3.6 Ambulans- en noodvervoerdienste (ER24)	10		
3.7 Internasionale reisdekking	10		
3.8 Voorafmagtiging	10		
3.9 Eise	11		
3.10 Aangewese Diensverskaffers en Voorkeurverskaffers	11		
3.11 Health Check	12		
3.12 BestBaby	12		
3.13 Voorkomendesorg-voordele	13		
3.14 Verstaan jou spaarrekening	13		
3.15 Lede se regte en verantwoordelikhede	14		
3.16 Hoe kommunikeer ons?	18		



1. Alles oor Bestmed

1.1 Welkom by Bestmed

Na die 2014-mylpaal en viering van 50 jaar waarin ons die toon aangegee het in die mediese fondsbetreef en die Skema se ledetal sodanig gegroei het dat ons tans die vyfde algehele plek in die land beklee, is Bestmed gereed om voort te gaan om ons lede in 2015 met die alombekende Bestmed-aanslag van diens te wees.

As 'n selfgeadministreerde skema het Bestmed tans meer as 92 000 Hooflede en bied gesondheidsorgvoordele aan meer as 193 000 lewens. Ons uitgebreide ondervinding en buitengewone kundigheid stel ons in staat om met diensverskaffers te onderhandel ten einde voordele en dienste aan ons lede te bied wat op 'n rand- vir-rand grondslag die beste waarde bied wanneer dit met ander groot oop mediese skemas vergelyk word.

1.2 Ons leef ons waardes uit

Ons put voortdurend inspirasie uit ons maatskappy se visie wat soos volg lees:

“Bestmed moet gesien word as die voorkeur mediese skema waardeur leefstyl- en voorkomendesorg-voordele verkry kan word wat, benewens waarde vir geld, ook 'n unieke gesondheidsorgprodukt in dié marksegment bied.”

Ons algemene benadering is beginselgedrewe en ons interaksie met alle belangegroepes vind in 'n gees van samewerking plaas. Ons strewende is om kliënte se verwagtinge te oortref en gemaklike, volhoubare vennootskappe te vestig - tot die voordeel van ons lede.

Vir Bestmed is die volgende kernwaardes uiters belangrik:

Samehorigheid

Ons glo aan 'n gedeelde ervaring wat ons lede insluit. Hierdie gees van samewerking blyk dan ook duidelik uit alles wat ons doen. Ons volg 'n proaktiewe benadering, belê in die gemeenskap en plaas mense eerste. Daarby neem ons verantwoordelikheid vir ons optrede. Kortom, ons staan almal, oral saam.

Soomloos

Bestmed werk ten nouste saam met sy diensverskaffers om te verseker dat ons lede kan staatmaak op 'n soomlose proses waartydens hulle nooit hoef te wonder oor wie hulle vrae gaan beantwoord nie. Ons identifiseer die leemtes, blameer nie ander vir enige foute nie, en rus ons personeel met die nodige kennis van al ons produkte toe. Die somtotaal hiervan is uitmuntende dienslewering.

Beginselvas

Gesinswaardes vorm die grondslag van alles wat ons doen. Warmte, sorgsaamheid, openhartigheid en lojaliteit lê ons na aan die hart en daarom kom ons altyd ons beloftes na. Bowenal dra ons deurentyd die belange van ons familie van meer as 92 000 lede op die hart.

Geesdriftig

Ons dryfveer is ons liefde vir dit wat ons doen. Dit gee ons die energie om nie net proaktief, vernuwend en geïnspireerd te bly nie, maar ook om ons daartoe te verbind om ons lede se verwagtinge te oortref. Want uiteindelik gaan dit nie net om mediese dekking nie. Dit gaan daaroor om mense te help. Wanneer 'n mens só daaraan dink, is dit maklik om te glo in wat jy doen.

1.3 Toepaslike wetgewing

Alhoewel 'n aansienlike aantal Suid-Afrikaanse wette op Bestmed Mediese Skema van toepassing is, word daar besondere sorg gedra dat die Skema aan al die bepalings rakende lede se regte, voordele, bydraes en verpligtinge voldoen.

Enkele van die belangrikste wette is die volgende:

- Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika, 1996 (artikel 27)
- Wet op Mediese Skemas 131 van 1998
- Nasionale Gesondheidswet 61 van 2003 (NGW)
- Handves vir Gesondheid (Gesondheidshandves)
- Wet op Verbruikersbeskerming 68 van 2008
- Wet op die Bevordering van Toegang tot Inligting 2 van 2000

1.4 Groei in lidmaatskap

Bestmed se ledetal het in 2014 weer groei getoon, wat neerkom op volgehoue groei vir die twaalfde opeenvolgende jaar. Met 92 000 Hooflede en 193 000 bevoordeeldes is Bestmed tans die vyfde grootste oop mediese skema in die Suid-Afrikaanse mediese fondsbetreef.

JAAR	HOOFLEDE	BEVOORDEELDES
2008	36 669	85 478
2009	41 555	92 359
2010	64 201	141 759
2011	69 982	147 485
2012	73 181	152 889
2013	88 000	185 000
2014	92 000	193 000





2. Voordele-opsies

*Let wel: In ooreenstemming met die Skemareëls, sluit die gebruik van 'n woord of uitdrukking in hierdie lidmaatskapsgid wat die manlike geslag aandui, ook die vroulike in en 'n woord wat die enkelvoud aandui, ook die meervoud in, asook omgekeerd.

2.1 Kategorieë van voordele-opsies

Bestmed begryp dat lede se gesondheidsorgbehoefte noodwendig sal wissel na gelang van hul ouderdom, huwelikstatus en verskillende verantwoordelikhede en prioriteite. Om voorsiening te maak vir ons lede se behoefte aan keuses en buigsamheid, het Bestmed drie voordele-opsiekategorieë ontwerp wat so gestruktureer is dat dit aan 'n verskeidenheid gesondheidsorgbehoefte voldoen. Bestmed se Beat-, Pace- en Pulse-produkreeks dek die hele spektrum vanaf dekking vir slegs hospitaaluitgawes tot 'n meer omvattende produk wat aan alle gesondheidsorgbehoefte voldoen:

- **Die Beat-reeks** bied buigsame hospitaalvoordele op al die opsies, met 'n beperkte spaarrekening waaruit buite-hospitaaluitgawes betaal kan word op sommige opsies soos Beat2 en Beat3. Beat4 daarenteen bied omvattende dekking vir buite-hospitaaluitgawes. Al die Beat-opsies bied voortaan ook 'n Doeltreffendheidsafslag-Subopsie (DAO). Die DAO's verskil van die gewone opsies in dié sin dat bydraes laer is maar dat lede gebruik moet maak van Aangewese Diensverskaffers (ADV's) wat deur die Skema gekontrakteer is as hospitaal- en spesialisnetwerk asook vir die verskaffing van medisyne. Die opsies in hierdie kategorie is Beat1, Beat2, Beat3 en Beat4.
- **Die Pace-reeks** bied meer omvattende hospitaalvoordele vanuit Skemafondse, asook 'n groter spaarrekening om buite-hospitaaluitgawes te dek. Die opsies in hierdie kategorie is Pace1, Pace2, Pace3 en Pace4.
- **Die Pulse-reeks** bied volledige hospitaalvoordele met buite-hospitaalvoordele wat slegs deur aangewese diensverskaffers gebied word. Die opsies in hierdie kategorie is Pulse1 en Pulse2.

2.2 Riglyne vir die voordele-opsies

Beat1

Hospitaalplan-opsie
(Kies tussen Nie-netwerk-opsie/
Netwerkopsie)

Jy is jonk, enkellopend en ambisieus. Jy sorg goed vir jou gesondheid en persoonlike welstand, maar benodig omvattende binne-hospitaaldekking vir ingeval die onvoorsiene gebeur en jy voor buitengewoon duur hospitaaluitgawes te staan kom. Voordele soos griepinentings, voorbehoedmiddels, ens. is ook vir jou belangrik. Beat1 is die perfekte pasmaat vir jou dinamiese lewenstyl.

DIE BEAT1-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy 'n bekostigbare opsie benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Beat1-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel betaal en is buite-hospitaaldienste vir die Lid se eie rekening. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar

Beat2

Hospitaalplan-opsie
(Kies tussen Nie-netwerk-opsie/
Netwerkopsie)

Jy en jou lewensmaat glo dat voorkoming beter as genesing is en heg dus waarde aan voorkomende sorg soos griepinentings, immuniserings, voorbehoedmiddels, voorkomende tandheelkunde, ens. Julle verstaan egter ook dat die lewe onvoorspelbaar is en benodig dus omvattende hospitaaldekking. Beat2 bied die ideale dekking vir julle.

DIE BEAT2-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy 'n bekostigbare opsie benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie basiese en voorkomende tandheelkunde, ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.
- Jy daarvoor voorsiening wil maak dat buite-hospitaal mediese uitgawes uit jou mediese spaarrekening betaal word.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Beat2-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel en buite-hospitaaldienste uit die spaarrekening betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Beat3

Hospitaalplan-opsie
(Kies tussen Nie-netwerk-opsie/
Netwerkopsie)

Jy beplan om jou gesin uit te brei en is op soek na bekostigbare mediese dekking met goeie kraamvoordele. Jy benodig ook 'n wye reeks hospitaalvoordele, voorkomendesorg-voordele en dekking vir onvoorsiene chroniese siektes. Beat3 pas gemaklik by jou veranderende leefstyl aan.

DIE BEAT3-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy 'n bekostigbare opsie benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.
- Jy beplan om met 'n gesin te begin en dekking vir sonars en voorgeboortebesoeke benodig.

- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.
- Jy voorsiening daarvoor wil maak dat buite-hospitaal mediese uitgawes uit jou mediese spaarrekening betaal word.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Beat3-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige dag-tot-dag voordele word uit die Skemarisiko en ander dienste uit die spaarrekening betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Beat4

Hospitaalplan-opsie
(Kies tussen Nie-netwerk-opsie/
Netwerkopsie)

Jy beplan om jou gesin uit te brei en is op soek na bekostigbare mediese dekking met goeie kraamvoordele. Jy benodig ook 'n wye reeks hospitaalvoordele, voorkomendesorg-voordele en dekking vir onvoorsiene chroniese siektes. Beat4 pas gemaklik by jou veranderende leefstyl aan.

DIE BEAT4-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag dekking benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, papsmere, mammogramme, ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd duur vir onvoorsiene en onvoorsiene hospitaalluitgawes te staan mag kom.
- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.
- Jy voorsiening daarvoor wil maak dat buite-hospitaal mediese uitgawes uit jou mediese spaarrekening betaal word.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Beat4-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige buite-hospitaaldienste word eers uit die jaarlikse spaarrekening betaal en sodra dié uitgeput is, uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Pace1

Hibriede-opsie

Jy het 'n gesonde, groeiende gesin wat uitstekende hospitaalvoordele met omvattende dag-tot-dag voordele benodig. Geluk en gesondheid is vir jou belangrik, dus heg jy baie waarde aan goeie voorkomende sorg soos inentings en papsmere. Chroniese medisynedekking is ook vir jou uiters belangrik. Pace1 sal goed vir jou en jou gesin sorg.

DIE PACE1-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag dekking benodig om aan al jou gesondheidsorgbehoefte te voldoen.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, papsmere, mammogramme ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd duur voor en onvoorsiene hospitaalluitgawes te staan mag kom.
- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.

- Jy verkies om self te kan besluit watter gesondheidsorgverskaffer jy wil besoek.
- Jy voorsiening daarvoor wil maak dat buite-hospitaal mediese uitgawes uit jou mediese spaarrekening betaal word.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pace1-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige buite-hospitaaldienste word eers vanuit die jaarlikse spaarrekening betaal en sodra dié uitgeput is, uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Pace2

Hibriede-opsie

Jy het 'n gevestigde gesin en benodig omvattende dag-tot-dag voordele asook vryheid van keuse met betrekking tot hospitale, dokters en spesialiste. Jy benodig ook uitgebreide buite-hospitaalvoordele en die gemoedsrus wat spruit uit volledige dekking vir chroniese toestande. Omdat dit jou en jou gesin se gesondheidsorgbehoefte op die hart dra, bied Pace2 sodanige gerustheid.

DIE PACE2-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag dekking benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, papsmere, mammogramme ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaalluitgawes te staan mag kom.
- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.
- Jy verkies om self te kan besluit watter gesondheidsorgverskaffer jy wil besoek.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pace2-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige buite-hospitaaldienste word eers vanuit die jaarlikse spaarrekening betaal en sodra dié uitgeput is, uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovoordeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Pace3

Hibriede-opsie

Jy het 'n goed-gevestigde gesin met 'n verskeidenheid mediese behoeftes. Alhoewel jy vas glo aan die beginsel dat voorkoming beter as genesing is, benodig jy steeds omvattende chroniese voordele en uitstekende hospitaaldekking. Jy het ook toegang tot dag-tot-dag mediese voordele wat uit jou persoonlike mediese spaarrekening befonds word. Sodra die spaarrekening uitgeput is, sal die Skema se risikovooredele van toepassing wees.

Met Pace3 geniet jy die gemoedsrus dat jou gesin op hierdie gebied goed versorg is.

DIE PACE3-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag dekking benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, prostaatsiftingstoetse, papsmere, mammogramme, beendighetingsmetings ens. insluit.

- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.
- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.
- Jy verkies om self te kan besluit watter gesondheidsorgverskaffer jy wil besoek.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pace3-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisikovooredeel betaal. Sommige buite-hospitaaldienste word eers uit die jaarlikse spaarrekening betaal en sodra dié uitgeput is, uit die Skemarisikovooredeel betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovooredeel beskikbaar.

*Verstaan jou spaarrekening op bladsy 13.

Pace4

Tradisionele-opsie

Jou gesin is ouer, het spesifieke voorkeure en mag bo-gemiddelde mediese uitgawes hê. Jy benodig dus die gerief verbonde aan omvattende voordele vir voorkomende sorg (soos PSA-toetsing, papsmere en beendigheidsmeting) en omvattende dag-tot-dag mediese voordele, asook maksimum dekking vir chroniese siektetoestande en hospitaaluitgawes. 'n Persoonlike spaarrekening, wat bykomende buigsaamheid vir betaling bied, is ook beskikbaar. Die eksklusiwiteit van Pace4 bied jou nie net die meeste dekking nie, maar ook algehele gemoedsrus.

DIE PACE4-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag dekking benodig.
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, pediatriese immuniserings, orale voorbehoedmiddels, rugrehabilitasie, basiese en voorkomende tandheelkunde, papsmere, mammogramme, beendigheidsmetings, prostaatsiftingstoetse ens. insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.
- Jy omvattende dekking vir chroniese siektetoestande benodig.
- Jy verkies om self te kan besluit watter gesondheidsorgverskaffer jy wil besoek.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pace4-opsie word binne-hospitaaldienste, buite-hospitaaldienste en voorkomende sorg uit die Skemarisikovooredeel betaal. Sodra die buite-hospitaalarisikovooredele uitgeput is, word verdere eise uit die spaarrekening betaal.

Pulse1

Kapitasie-opsie

Jy is 'n jong individu wat voorkeur gee aan 'n bekostigbare opsie soos Pulse1 waar primêre gesondheidsorgdienste en privaathospitaaldekking deur middel van 'n verskaffernetwerk (CareCross) en 'n aangewese hospitaalnetwerk gebied word. Bykomende Skemavooredele sluit reisdekking en voorkomende sorg in. Die omvattende hospitaalvoordele en gehalte primêre gesondheidsorgdienste wat deur CareCross se netwerkverskaffers gebied word, sorg dat jy gemoedsrus oor jou gesondheid en welstand geniet.

DIE PULSE1-OPSIE WERK SOOS VOLG:

Pulse1 is 'n netwerkopsie. Dit beteken dat CareCross ('n geakkrediteerde bestuurdegesondheidsorg-organisasie) en die aangewese hospitaalnetwerk deur Bestmed gekontrakteer is om onderskeidelik alle primêre gesondheidsorgdienste

en hospitaaldekking aan jou te verskaf. Jy moet dus slegs van diensverskaffers wat deel vorm van CareCross se nasionale diensverskaffersnetwerk en die aangewese netwerkhospitalite, gebruik maak.

Alle ander voordele soos in hierdie voordelegids uiteengesit, word deur Bestmed verskaf.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pulse1 opsie word binne hospitaaldienste uit die skemarisiks voordeel betaal. Die newtwerk diers verskaffer CareCross ontvang 'n kapitasiefooi om meeste buite-hospitaal dienste te verskaf.

Sommige voorkomendesorg - dienste is uit die skemarisikovooredeel beskikbaar.

Buitenetwerk besreke aan dokters moet vooraf deur die Lid betaal word en dan terug geëis word van die beskikbare voordeel met CareCross.

Pulse2

Kapitasie-opsie

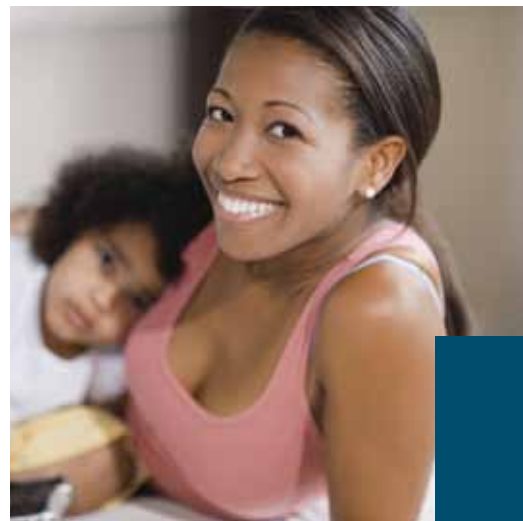
Julle is 'n gesonde gesin wat sorg dat julle 'n gesonde leefstyl handhaaf. Jy wil egter ook verseker dat daar omvattende gesondheidsorg beskikbaar is wanneer julle dit sou benodig. Pulse2 is 'n waarde-voor-geld netwerkopsie wat primêre gesondheidsorgdienste en privaathospitaaldekking deur middel van 'n verskaffernetwerk (OneCare) en 'n aangewese hospitaalnetwerk bied. Om vir jou en jou gesin se gesondheid te sorg, sluit die bykomende dag-tot-dag voordele 'n reeks voorkomendesorg-voordele soos inentings, 'n rugrehabilitasieprogram en siftingstoetse in.

DIE PULSE2-OPSIE IS NOMMERPAS VIR JOU, INDIEN:

- Jy omvattende dag-tot-dag voordele by 'n netwerkfasiliteit benodig (gelewer deur OneCare se verskaffernetwerk).
- Jy daaraan glo dat voorkoming beter as genesing is. Jy het toegang tot voorkomendesorg-voordele wat griepinentings, 'n longontstekingsprogram, pediatriese immuniserings en rugrehabilitasie insluit.
- Jy besef dat jy te enige tyd voor duur en onvoorsiene hospitaaluitgawes te staan mag kom.
- Jy dekking vir chroniese siektetoestande benodig.

METODE VIR BETALING VAN SKEMAVOORDELE

By die Pulse2-opsie word binne-hospitaaldienste uit die Skemarisiko betaal. Die netwerkverskaffer, OneCare, ontvang 'n kapitasiefooi om vir alle buite-hospitaaldienste te betaal. Sommige voorkomendesorg-dienste is uit die Skemarisikovooredeel beskikbaar.





3. Aansoek prosesse en voordele

By Bestmed bly ons toegewy daaraan om ons kernwaardes te handhaaf; waardes wat uitgedra word deur kliëntetevredenheid, bekostigbare voordele wat goeie waarde-vir-geld bied, en toegang tot uitnemende gesondheidsorg. Daarom het ons gerieflike voordelegidse ontwerp waarin al die voordele vir die onderskeie opsies aangedui word.

Jy behoort onmiddellik te kan vasstel watter dekking jy ten opsigte van binne-hospitaalvoordele, buite-hospitaalvoordele, medisyne- en voorkomendesorg-voordele geniet. Dit dui verder die nuutste ledegeldbydraes aan. Al die inligting is ook op ons webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar.

In die afdelings hieronder word die bykomende voordele van jou spesifieke opsie wat nie in jou voordelegids aangedui word nie, asook die verskillende prosesse wat gevolg moet word, in meer besonderhede uiteengesit.

3.1 Chroniese voordeleprogram

Lede is verplig om enige chroniese siektetoestand/e te registreer ten einde befondsing uit die chroniese medisyne-voordele te ontvang. Dit word in drie maklike stappe gedoen:

- Die pasiënt en die behandelende dokter moet 'n aansoekvorm vir chroniese medisyne voltooi. Dit is raadsaam om aan die behandelende dokter 'n afskrif van die medisyneformularium te verskaf soos wat dit op 'n spesifieke Bestmed Skema-opsie en die spesifieke chroniese siektetoestand van toepassing is. Vir sekere toestande mag 'n bykomende vraelys ook benodig word. Die aansoekvorm vir chroniese medisyne is beskikbaar op ons webtuiste by www.bestmed.co.za.
- Die voltooide en ondertekende aansoekdokumentasie, tesame met alle ondersteunende dokumente soos vereis vir die siektetoestand/e waarvoor aansoek gedoen word, moet per e-pos, faks of pos aan die Departement Chroniese Medisyne gestuur word (kontakbesonderhede word op bladsy 41 verskaf).
- Na ontvangs van die aansoek neem dit vyf tot sewe werksdae om dit te verwerk - daarna sal die aansoeker skriftelik ingelig word oor die uitkoms van die aansoek.

Sodra die chroniese medisyne goedgekeur is, het jy bloot nodig om die dokter se voorskrif by die apteek in te dien om die betrokke medisyne te ontvang en betaal te kry uit die chroniese medisyne-voordeel.

3.1.1 Is daar spesifieke vereistes ten opsigte van registrasie vir CSL- en nie-CSL-toestande?

In die geval van sommige CSL- en nie-CSL-toestande word bykomende kliniese inligting vereis ten einde te kwalifiseer vir registrasie. Voordat Bestmed die aansoek kan verwerk, sal dit vir hulle nodig wees om 'n verslag van die toepaslike behandelende spesialis, tesame met spesifieke kliniese inligting, te ontvang. Die toestande ten opsigte waarvan bykomende inligting benodig word, asook die spesifieke inligting benodig vir elke chroniese toestand, word in die volgende tabel uiteengesit.

SIKETTOESTAND	SPESIFIEKE VEREISTE
Aknee	'n Voorskrif van 'n dermatoloog word vereis.
Aandagafleibaarheid (AA/ADD) Aandagafleibaarheid-hiperaktiwiteit (AA-HA/ADHD)	'n Voorskrif van 'n psigiater of pediater of neuroloog word vereis.
Alzheimer se siekte	'n Aanvanklike mini-geestestoestandondersoek ("Mini-mental state examination" - MMSE), tesame met 'n voorskrif van die betrokke spesialis, word vereis.
Chroniese obstruktiwepulmonêre siekte (COPS)	Die COPS-vraelys moet voltooi word.
Diabetes	Die diabetes-vraelys moet voltooi word en tesame met die uitslae van die HbA1c-bloedtoets en/of vastende bloedglukosevlakke-uitslae, asook voorbehandelingswaardes en huidige waardes ingedien word.
Epilepsie	'n EEG-verslag moet saam met die aansoek ingedien word, alternatiewelik word 'n voorskrif van 'n neuroloog vereis.
Ekseem en psoriase	'n Voorskrif van 'n dermatoloog word vereis.
Hiperlipidemie	Die hiperlipidemie-vraelys moet voltooi word. Lipogram-uitslae (aanvanklike en jongste) moet saam met die aansoek ingedien word.
Osteoporose	Die osteoporose-vraelys moet voltooi word. Die toetsuitslae van die beendigheidsmeting moet ook ingedien word (aanvanklike en jongste uitslae).
Psigiatriese toestande	Die psigiatriese vraelys moet deur 'n psigiater voltooi word.
Rumatoïede artritis	Die rumatoïede artritis-vraelys moet aanvanklik deur 'n rumatoloog voltooi word.

Hieronder verskyn 'n aantal vrae en antwoorde rakende die chroniese medisyne-voordeel wat vir lede nuttig mag wees.

1. Wat is 'n formularium?

'n Formularium is 'n lys van medisyne waarvoor ons, in ooreenstemming met die Skemareëls, dekking verskaf vir die behandeling van die gelyste chroniese toestande per opsie.

2. Wat is 'n ICD-10-kode?

Dit is 'n diagnosekode wat die siektetoestand aandui waarvoor daar behandeling ontvang word en dit is dus verpligtend dat die kode op alle medisyne-aansoeke en -voorskrifte verskyn.

3. Wat is Chroniese siektelys-toestande (CSL-toestande)?

Die CSL is 'n lys van chroniese siektetoestande waarvoor 'n skema dekking vir die medisyne en behandeling van die toestand MOET verskaf.

20. Hoe gereeld moet ek 'n voorskrif vir chroniese medisyne indien?

Jy moet slegs 'n voorskrif indien wanneer jou medisyne verander of jou magtiging gaan verval. Jou apteek sal egter elke ses maande 'n nuwe herhalingsvoorskrif vereis ten einde jou medisyne uit te reik.

21. Waarom word my medisyne-eis afgekeur ten spyte daarvan dat die toestand deur my voordele-opsie gedek word?

Bestmed pas magtigingsproses protokolle en befondsingsriglyne toe. Indien die behandeling wat vir jou versoek word, buite hierdie befondsingsriglyne val, sal dit nie goedgekeur word nie.

22. Hoe dikwels mag ek 'n eis vir my goedgekeurde chroniese medisyne indien?

Chroniese medisyne-eise mag elke 24 dae ingedien word.

23. Wat gebeur indien ek medisyne vooruit benodig?

Voltooi die aansoekvorm vir die vooruitverskaffing van medisyne wat op ons webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar is. Jy kan ook +27 (0) 86 000 2378 skakel om die aansoekvorm te bekom.

24. Wie is die voorkeurverskaffers van medisyne?

'n Voorkeurverskaffer is 'n apteek wat by Bestmed-lede aanbeveel word vir die verkryging van hul medisyne. Enige apteek wat 'n resepteringsfooi van nie meer as 33% met 'n maksimum van R33 (BTW uitgesluit) vra en geen bykomende administrasiekoste hef nie, kan as 'n voorkeurverskaffer van medisyne beskou word. Bestmed het met meer as 1 300 apteke onderhandel en 'n lys saamgestel van hierdie voorkeurverskaffers wat 'n resepteringsfooi hef wat dieselfde of laer is as die Bestmed-fooiestruktuur. Ons beveel aan dat jy jou medisyne by een van hierdie voorkeurverskaffers bekom om bybetalings op resepteringsfooi te voorkom. Raadpleeg ons webtuiste by www.bestmed.co.za vir 'n volledige lys van voorkeurverskaffers.

25. Wat is die kontakbesonderhede vir die rig van navrae of inligting oor chroniese medisyne?

Vir alle Beat- en Pace-opsies:

Tel: +27 (0) 86 000 2378

Faks: +27 (0) 12 472 6760

E-pos: medicine@bestmed.co.za

Vir die Pulse1- en Pulse2-opsies:

Skakel +27 (0) 86 010 2182 of teken aan by www.carecross.co.za om 'n aansoekvorm te bekom. Voltooi die aansoekvorms kan per faks aan +27 (0) 21 673 1815 of per e-pos aan chronic@carecross.co.za gestuur word.

26. Wat is die kontakbesonderhede vir die rig van navrae of inligting oor VMV's (binne en buite 'n hospitaal)?

Tel: +27 (0) 86 000 2378

Faks: +27 (0) 12 472 6760

E-pos: pmb@bestmed.co.za

3.2 Voorgeskrewe Minimum Voordele

Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV's) is voordele wat ingevolge wetlike vereistes aan alle lede van mediese skemas verskaf moet word. Dit sluit die koste wat verbonde is aan die diagnose, behandeling en versorging wat benodig word vir die volgende, in:

- 'n Beperkte stel van 270 siektetoestande soos uiteengesit in Bylaag A van die Regulasies tot die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998.
- 'n Lys van 27 chroniese siektetoestande, ook bekend as die chroniese siektelys (CSL).
- Enige noodsiektetoestand.

VMV's word op grond van die bepaling van die Wet op Mediese Skemas en die Regulasies tot die Wet, uit die Skema se risikopoele befonds. Derhalwe is 'n gestruktureerde VMV-proses, wat aan die wetlike vereistes voldoen en die bekamping van kostes ondersteun, vir Bestmed-lede geïmplementeer.

3.2.1 Hoe doen 'n mens aansoek om 'n VMV?

Indien 'n Lid aansoek wil doen dat 'n spesifieke diens geëvalueer en magtiging daarvoor verleen word uit die VMV-risikopoele, moet die volgende aspekte in gedagte gehou word:

- Slegs die kwalifiserende IDC-10-kodes van toepassing op VMV's sal vir VMV-voordele oorweeg word.
- Bestmed se VMV-aansoekvorm moet deur die behandelende verskaffer asook die Lid voltooi word voordat die versoek om VMV-voordele oorweeg sal word.
- Indien daar aan alle VMV-kriteria voldoen word, geskied befondsing vir VMV's eers uit die beskikbare voordele en word die verskil daarna as 'n VMV gedek.

Lede en/of verskaffers kan die VMV-aansoekvorm bekom deur die Oproepsentrum te skakel. Die VMV-aansoekvorm moet deur beide die Lid en die verskaffer onderteken word en in die geval van 'n dispuut kan die Skema versoek dat verdere inligting verskaf word.

VMV's word gemagtig deur middel van 'n terugwerkende aansoek. Besluitneming word gebaseer op ondersteuning deur of gemaak ooreenkomstig die toepasslike behandelingsalgoritmes van die VMV-regulasies, Skemaprotokolle, Skemareëls, formulariums en ander bestuurdesorg-inisiatiewe.

Sodra die VMV-departement 'n besluit geneem het, sal beide die Lid en verskaffer per e-pos en/of telefonies ingelig word rakende die uitkomst van aansoek van die VMV-aansoek.

Navrae oor VMV-aansoeke en/of verwante aspekte kan gerig word aan Bestmed se Oproepsentrum deur +27 (0) 86 000 2378 te skakel of 'n e-pos te stuur aan service@bestmed.co.za

Voltooi die aansoekvorms kan ingedien word deur dit te e-pos aan pmb@bestmed.co.za, te faks aan +27 (0) 12 472 6760, of te pos aan Posbus 2297, Pretoria, 0001.

3.2.2 Hoe sal ek weet of my aansoek goedgekeur is?

Daar sal ten opsigte van alle aansoek wat ontvang word, 'n e-pos aan sowel die praktyk as die Lid gestuur word wat hulle inlig rakende die besluit wat deur die VMV-departement geneem is.

3.2.3 Wat gebeur nadat 'n aansoek goedgekeur is?

Indien 'n aansoek terugwerkend vir dienste goedgekeur word, sal Bestmed reëlings tref dat die eis/e as deel van die VMV-voordeel verwerk word. Die regstellings aan 'n eis sal op die eisestaat wat per e-pos en/of per pos ontvang word, verskyn.

3.2.4 Wat gebeur indien 'n rekening nie ten volle betaal is nie en die toestand daarna as 'n VMV goedgekeur word?

- Bestmed sal 'n reëling tref om die bedrag wat onderbetaal is, aan die verskaffer te betaal, of
- Om by ontvangs van bewys van betaling deur die Lid, die onderbetalingsbedrag in die Lid se bankrekening in te betaal sodat die Lid die diensverskaffer regstreeks kan betaal.

3.2.5 Sal die gapingdekking wat ek uitgeneem het die onderbetaling ten opsigte van al my binne-hospitaalrekening dek?

Gapingsdekking ("GAP Cover") mag die onderbetaling van binne-hospitaalrekening dek wat nie geldige VMV-gevalle is nie. Indien hospitalisasie verwant was aan 'n geldige VMV, moet die praktyk of Lid regstreeks by Bestmed aansoek doen vir die moontlike dekking van die onderbetaling as deel van die VMV.

3.2.6 Waar is die VMV-aansoekvorm verkrygbaar?

Die vorm kan verkry word deur Bestmed se Oproepsentrum by +27 (0) 86 000 2378 te skakel, 'n e-pos aan pmb@bestmed.co.za of 'n versoek per faks aan +27 (0) 12 472 6760 te stuur.

3.3 Onkologievoordeel-bestuursprogram

Bestmed se aangewese diensverskaffersnetwerk vir onkologiedienste in samewerking met ICON het in April 2013 in werking getree. ICON is die aangewese diensverskaffer vir alle nuut-geregistreerde onkologiepasiënte op al Bestmed se opsies, met die uitsondering van Pace3 en Pace4 wat deur die Suid-Afrikaanse Onkologiekonsortium (SAOK) hanteer word asook Pulse1, waar staatsfasiliteite die aangewese diensverskaffer is.

Die onkologieprogram verskaf die volgende voordele aan gediagnoseerde lede:

- Toegang tot bykomende voordele en dienste wat deel van die behandelingsprotokol vorm.
- Onkologiebehandeling wat chemoterapie en bestralingsterapie, asook gespesifiseerde patologie, radiologie en konsultasies insluit.

Sekere van die ondersteunende medisyne op die Bestmed-onkologieformularium mag uit hierdie voordeel befonds word. Let asseblief daarop dat Bestmed voorkeurverskaffers (wat staatsfasiliteite insluit), mag aanwys vir sekere voordele-opsies.

Lede moet vir die onkologieprogram registreer om die voordele te ontvang:

- Alle dienste vereis voorafmagtiging deur Bestmed.
- Dienste word gelewer deur voorkeurverskaffers wat deur Bestmed aangestel is.
- Die dienste moet binne Bestmed se befondsingsprotokol val.

Indien jy meer inligting oor die onkologievoordeel en -program benodig, besoek asseblief ons webtuiste by www.bestmed.co.za en klik op "Managed Care". Andersins kan jy ons skakel by +27 (0) 12 472 6254 waar een van ons onkologiegevalbestuurders jou met graagte sal bystaan.

Hieronder verskyn 'n aantal vrae met antwoorde rakende Bestmed se onkologieprogram wat lede nuttig mag vind.

1. Is kanker 'n VMV?

Nie alle vorms van kanker kwalifiseer vir VMV-voordele nie. Die regulasies tot die Wet op Mediese Skemas omskryf kanker wat deur die Bestmed-onkologievoordeel gedek word, as kanker wat tot die orgaan van oorsprong beperk is. Dit beteken dat die kanker nie versprei het na naasliggende organe of ander dele van die liggaam (metastasis) nie. Ander soorte kanker, soos bloedstelselkanker, is nie beperk tot organe nie. Die onkologievoordeel mag wel beperkte dekking vir kankers wat reeds versprei het, insluit ten einde beter bestuur vir die pasiënt se toestand te verskaf.

2. Watter toestande word uit die onkologievoordeel befonds?

Kanker (kwaadaardige gewasse en kwaadaardige hematologiese of bloedsiektes) wat deur 'n laboratoriumverslag bevestig word, kwalifiseer vir registrasie op die onkologieprogram. Gewoonlik word 'n weefselmonster gedurende die biopsieprosedure geneem en vir evaluasie deur patoloë gestuur. Die bevindinge (diagnose) word op die histologieverslag aangeteken. Die diagnosekode (IDC-10-kode) vir kanker begin gewoonlik met die letter "C" en mag in die onkologievoordeel ingesluit wees. Die kodes vir nie-kwaadaardige toestande begin met die letter "D" en word nie uit die onkologievoordeel befonds nie omdat dit nie kankeragtig is nie.

3. Waarom is daar 'n bybetaling vir my onkologiemedisyne?

Die generiese Medisyneverwysingsprys is van toepassing op alle medisyne, insluitende medisyne wat ingespuut en binne-aars toegedien word. Dit beteken dat indien jou dokter verkies om die oorspronklike produk voor te skryf terwyl daar 'n generiese alternatief beskikbaar is, jy self die verskil tussen die prys van die oorspronklike medisyne en dié van die MRP moet betaal.

4. Waarom is daar 'n bybetaling vir my konsultasie/prosedure?

Onkologievoordele word tot en met 100% van die Bestmed-tarief befonds. Indien 'n dokter 'n hoër tarief as die Skematarief vra, sal jy die verskil moet betaal.

5. Ek het 'n besoek verwant aan my kanker aan my algemene praktisyn/spesialis gebring. Sal dit uit die onkologievoordeel befonds word?

Aangesien onkoloë spesialiseer in die behandeling van kanker, maak die onkologievoordeel voorsiening vir die befondsing van onkoloogkonsultasies. Besoeke aan 'n algemene praktisyn word nie uit die onkologievoordeel befonds nie. Afhangende van die soort kanker waarvoor jy geregistreer is, mag sekere spesialisbesoeke wel uit die onkologievoordeel befonds word, byvoorbeeld 'n uroloog in die geval van blaaskanker, 'n dermatoloog in die geval van velkanker, ens. Dit is raadsaam om altyd eers voordele te bevestig voordat aangeneem word dat 'n konsultasie uit die onkologievoordeel befonds sal word.

6. Wat is ICON?

ICON is die Independent Clinical Oncology Network, 'n Suid-Afrikaanse multidissiplinêre netwerk van onkologiespesialiste wat hulle daaraan toewy om plaaslike toegang tot gehalte kankersorg uit te brei.

Bestmed het ICON as Aangewese Diensverskaffer (ADV) vir alle voordele-opsies, met die uitsondering op die Pulse1-, Pace3- en Pace4-opsies, aangewys. Bestmed gebruik ICON se standaardopsie vir al sy lede.

7. Wat is SAOK?

Die Suid-Afrikaanse Onkologiekonsortium (SAOK) streef daarna om toegang tot koste-effektiewe onkologiebehandeling vir alle Suid-Afrikaners moontlik te maak.

Lede op die Pace3- en Pace4-opsie maak van SAOK se kankerbehandelingsriglyne gebruik. Bestmed gebruik SAOK se "Vlak 1"-behandelingsriglyne as grondslag vir onkologiebefondsing vir Pace3 en Pace4. Die "Vlak 2"-behandelingsprotokolle sal slegs as 'n uitgebreide voordeel oorweeg word nadat "Vlak 1"-behandeling onsuksesvol was en die nodige magtiging verkry is.

8. Word borsrekonstruksie of -prostese na 'n mastektomie uit die onkologievoordeel befonds?

'n Doktersmotivering en kwotasie kan aan die Skema gestuur word. Slegs die prostese en nie die spesiale bra nie, word befonds. Afhangende van jou voordele-opsie word die prostese uit óf die limiet vir mediese toestelle óf die spaarrekening befonds. Voordele-opsies sonder 'n mediese toestelvoordeel of 'n spaarrekening, maak nie voorsiening vir hierdie soort befondsing nie.

Befondsing van nie-kosmetiese borsrekonstruksie mag slegs na 'n borskanker-mastektomie oorweeg word en word beperk tot die bors met kanker. Chirurgie op die gesonde bors sal nie befonds word nie. Hospitaalmagtiging moet vanaf die voorafmagtingsdepartement verkry word vir goedkeuring uit die hoërisiko Skemavoordele teen 100% van die Skematarief en is onderworpe aan befondsingsprotokolle en -riglyne.

9. Word pruik uit die onkologievoordeel befonds?

Nee. Die onkologievoordeel maak nie voorsiening vir die befondsing van pruik en verwante items nie.

10. Watter skanderings en toetse word uit die onkologievoordeel befonds?

'n Spesifieke groep dienste wat regstreeks verband hou met die soort kanker, word vir betaling uit die onkologie-voordeel goedgekeur. Dit mag basiese radiologie (soos sonars of swart-en-wit X-strale) of bloedtoetse (soos lewerfunksietoetse en volbloedtellings) insluit. Jou dokter kan met behulp van die tariefkodes bevestig of die skanderings en toetse uit die onkologievoordeel befonds word voordat daar voortgegaan word met sodanige dienste. RT-skanderings, PET-skanderings en kernskanderings word nie uit die onkologievoordeel befonds nie, maar is onderhewig aan jou spesifieke opsie se gespesialiseerde radiologievoordeel.

11. Word hospies- of terminale sorg uit die onkologievoordeel befonds?

Terminalesorgdienste word nie uit die onkologievoordeel befonds nie. Akkommodasie in 'n ouetehuis of instelling wat algemene sorg- en verpleegdienste lewer aan persone (soos bv. verswakte, bejaarde of chroniese siek pasiënte) of soortgelyke instellings, met inbegrip van tuisverplegingbesoeke, is 'n Skema-uitsluiting. Die voorafmagtigingsdepartement mag wel die magtiging van versorging in 'n hospies vir slegs die laaste sewe lewensdae oorweeg.

12. Word ek van die onkologieprogram verwyder indien ek in remissie is?

Nee. Jy bly lewenslank op Bestmed se onkologieprogram geregistreer. Dit beteken dat jy die onkologievoordeel sal kan aanwend vir dienste soos byvoorbeeld jaarlikse onkologiekonsultasies selfs wanneer jy in remissie is.

13. Ek moet fisioterapie of limfdreinerings ondergaan. Sal dit uit die onkologievoordeel befonds word?

Nee. Indien jou voordeel voorsiening maak vir aanvullende dienste, sal alle gemotiveerde fisioterapiedienste uit daardie voordeel befonds word.

14. Waarom is my chemoterapie nie goedgekeur nie?

Bestmed verskaf onkologievoordele op grond van die toepassing van bewys-gebaseerde medisynebeginsels en die oorweging van bekostigbaarheid daarvan vir die verskillende voordele-opsies. Behandelingsplanne mag om 'n verskeidenheid redes, insluitende die volgende, afgekeur word:

- Die behandelingsplan val buite die bestek van die behandelingsprotokolle en -riglyne van ICON/SAOK.
- Die medisyne wat in die behandelingsplan gebruik word, is nie by die Suid-Afrikaanse Medisynebeheerraad vir die behandeling van die spesifieke kanker geregistreer nie.
- Die medisyne is nie vir gebruik in die Suid-Afrikaanse mark by die Suid-Afrikaanse Medisynebeheerraad geregistreer nie (Artikel 21-medisyne).
- Die medisyne wat in die behandelingsplan gebruik word, word nie deur jou spesifieke voordele-opsie gedek nie (biologiese en ander hoëkoste-medisyne, ens).

15. Ek het 'n familiegeskiedenis van kanker. Sal voorkomende maatreëls en toetse uit die onkologievoordeel befonds word?

Nee. Onkologievoordele is beperk tot lede wat reeds met kanker gediagnoseer en op die onkologieprogram geregistreer is.

16. Word genetiese toetsing uit die onkologie-voordeel befonds?

Nee. Genetiese tipering en toetsing vorm nie deel van die onkologievoordeel nie.

17. Waarom word nie al die medisyne wat ek as gevolg van kanker gebruik, uit die onkologievoordeel befonds nie?

Die onkologievoordeel is spesifiek gemik op die befondsing van chemoterapie en radioterapie. Bestmed maak gebruik van 'n beperkte formularium vir sekere bykomende ondersteunende medisyne (vir naardheid, pyn, ens). Medisyne soos antidepressante, sekere anti-inflammatoriese middels en pynstillers, protonpomp-inhibeerders vir suurrefluks, slaappille, anti-angstmedisyne, ens. is van die onkologievoordeel uitgesluit.

18. Waarom moet ek kankerbehandeling by 'n staatsfasiliteit ontvang?

Vir lede wat op die Pulse1-opsie geregistreer is, het Bestmed staatsfasiliteite as die Aangewese Diensverskaffer (ADV) aangestel. Pulse1 is 'n kapitasie-opsie met beperkte onkologievoordele en lede word ooreenkomstig die geregistreerde Skemareëls en wetgewing na staatsfasiliteite verwys vir behandeling. Nuut-gediagnoseerde onkologiepasiënte mag opgradeer na 'n hoër voordele-opsie ten einde toegang tot meer omvattende onkologievoordele in privaat fasiliteite te verkry.

19. Is daar enige spesifieke limiete of uitsluitings ten opsigte van die onkologievoordeel?

Sekere dienste/prosedures is van die onkologievoordeel uitgesluit. Dit sluit onder meer die volgende in, maar is nie daartoe beperk nie:

- Indien spesialiteitsmedisyne, insluitende biologiese of ander hoëkoste medisyne (slegs van toepassing op sekere voordele-opsies), ooreenkomstig die Skema se befondsingsriglyne goedgekeur word, is daar 'n jaarlikse geldlimiet van toepassing. Hierdie limiet word in die onderskeie voordele-opsies se voordelebrosjures aangedui.

- Bragiterapie vir die behandeling van prostaatkanker sal, waar daar aan die befondsingskriteria voldoen word, slegs oorweeg word vir dekking op die Pace2-, Pace3-, Pace4- en Pulse2-opsies. 'n Algehele fooi met 'n limiet van R91 000 (een-en-negentig duisend rand) is van toepassing.
- Gespesialiseerde radiologiedienste, insluitende RT-, PET- en kernskanderings, is van die onkologievoordeel uitgesluit.
- Slegs daardie voordele wat deur die Skema bepaal is en gemagtig word, sal ooreenkomstig jou spesifieke voordele-opsie befonds word.

3.4 MIV/VIGS-voordeel

Bestmed dek berading en toetsing in gevalle waar lede vermoed dat hulle moontlik MIV-positief is of hul MIV-status wil vasstel. Die Skema het OneHealth gekontrakteer om die MIV/VIGS-voordeel te bestuur. Die voordele vir lede wat MIV-positief is, dek 'n wye spektrum dienste, wat die volgende insluit:

- Advies en berading wat tydens besigheidsure deur middel van die MIV-hulplyn verskaf word (sien kontakbesonderhede aan die einde van die lidmaatskapgids).
- Gereelde bloedtoetse om die verloop van die siekte te monitor en die reaksie op die behandeling te bepaal.
- Medisyne en antiretrovirale middels (medisyne wat spesifiek gebruik word om die virus te beveg).

Die behandelingsprogram wat deur die Skema gedek word, is gebaseer op die MIV/VIGS-befondsingsriglyne en die goedgekeurde behandeling word bepaal deur die kliniese parameters van toepassing op elke individuele geval. Die stadium van die siekte en die uitslae van die bloedtoetse is bepalend t.o.v. welke behandeling gedek word, asook hoe opvolging moet geskied. Dekking word gebied om moeder-tot-kind oordrag tydens swangerskap te voorkom asook vir nabootstelling-profilakse.

Meer besonderhede kan verkry word deur met OneHealth te skakel by die nommers of e-posadres wat onder kontakbesonderhede aan die einde van die lidmaatskapgids verskaf word.

3.5 Spinale rehabilitasieprogram

Hierdie program staan ook as die DBC-program ('Documentation Based Care') bekend. Dit is 'n wetenskaplik-gefundeerde rehabilitasieprogram vir spinale probleme (van die rug, nek en skouers) wat by spesifieke sentrums aangebied word waar al die program-verbante kundigheid en toerusting beskikbaar is. Die doel van hierdie voordeel is om 'n volledige evaluering van die kliniese spinale probleem te doen deur middel van aktiewe meting van die funksionele status van die pasiënt se aangetaste dele. Dit dien ook as 'n moontlike alternatief tot chirurgie of beoog om deur middel van 'n gestruktureerde rehabilitasieprogram die Lid se funksies en beweeglikheid te verbeter asook pyn en ongemak te verlig.

Hierdie voordeel is beskikbaar vir kwalifiserende lede op al die opsies, met die uitsondering van Pulse1. Dit is slegs by DBC-fasiliteite beskikbaar.

Doen soos volg aansoek vir die program:

- Kontak Bestmed by die nommers of e-posadres wat onder kontakbesonderhede verskaf word, vir verdere inligting en goedkeuring. Let asseblief daarop dat 'n volledige kliniese geskiedenis, insluitende die jongste X-strale en verslae benodig mag word.
- Nadat die Skema voorafmagtiging verleen het, sal 'n evaluering by 'n DBC-fasiliteit gereël word.
- Die personeel van die DBC-fasiliteit sal die bevoordeelde se X-strale benodig wanneer die fasiliteit besoek word vir die evaluering.

Sodra die evalueringsverslag voltooi en bespreek is, kan 'n behandelingsprogram vir rehabilitasie moontlik voorgestel word. Bestmed sal met lede bevestig watter dienste vir watter tydperk befonds sal word.

Kontakbesonderhede

Tel: +27 (0) 86 000 2378

Faks: +27 (0) 12 472 6500

E-pos: service@bestmed.co.za

3.6 Ambulans- en noodvervoerdienste (ER24)

Bestmed het ER24 gekontrakteer om gehalte toegang tot nood-mediesedienste en bystand met internasionale reisdekking teen voorkeurtariewe en sonder enige boeteklousules te verskaf.

ER24 is 24/7 by 084 124 beskikbaar.

Wat om in noodgeval te doen

- Skakel +27 (0) 84 124.
- Indien iemand namens jou skakel, vra hom of haar om +27 (0) 84 124 te skakel.
- Lig die operateur in dat jy 'n Bestmed-lid is. Die operateur sal jou of die persoon wat namens jou skakel bystaan ten einde al die inligting te bekom wat benodig word.
- Indien jy onseker is of jou toestand as 'n noodgeval geklassifiseer kan word of oor wat om te doen wanneer 'n gesinslid siek of beseer is, vra om met een van die vriendelike ER24-verpleegsters te praat wat jou dan sal bystaan.

Nuttige wenke

- Leer jou gesinslede om in 'n noodgeval ER24 te skakel.
- Bêre die +27 (0) 84 124-nommer op jou selfoon en in jou mediese lêer.
- Indien jy in 'n ongeluk betrokke is, neem kennis van die straatname en -nommers aangesien dit die responstyd van die nooddienste sal bespoedig.

Voertuigplakker

Pas asseblief die volgende basiese riglyne toe om die maksimum doeltreffendheid van jou Bestmed/ER24-voertuigplakker te verseker:

- Verwyder alle ander plakkers wat deur mediese fondse of nooddienste verskaf is, van jou voertuig.
- Jy moet slegs die ER24-plakker vertoon om verwarring en moontlike onnodige onkoste in 'n noodgeval te verhoed.
- Plak die plakker aan die regterkant van die voertuig - of in die agtervenster of in die klein vensterjie agter die agterste passasiersvenster.
- Moenie die plakker op 'n venster wat oopgemaak kan word, aanbring nie.
- Indien jou plakker beskadig word of verdof, kontak asseblief Bestmed by +27 (0) 86 000 2378 of service@bestmed.co.za om 'n nuwe een te bekom.

Let wel:

Ingevolge Bestmed se Reëls is die Skema nie verantwoordelik vir die betaling van die rekening nie indien 'n Lid en/of sy of haar Afhanklike(s) vrywillig gebruik maak van 'n ander ambulansdiens.

3.7 Internasionale reisdekking

Indien jy 'n buitelandse vakansiereis onderneem, sal jy die dekking geniet wat deur die internasionale reisdekkingsvoordeel verskaf word. Laai die polisdokument af wat op die webtuiste by www.bestmed.co.za verkrygbaar is en hou dit byderhand tydens jou reis.

Let wel: Jy moet asseblief ER24 by +27 (0) 11 319 6500 kontak om bykomende versekering uit te neem indien:

- Jy langer as 90 dae in die buiteland gaan reis.
- Jy aan riskante aktiwiteite gaan deelneem tydens jou reis.

Indien jy 'n mediese noodtoestand ondervind tydens jou reis, skakel +27 (0) 10 205 3100. Sê die volgende: 'ER24 International Travel Extension' en verskaf ook jou Bestmed-polisnommer.

3.8 Voorafmagtiging

Ongeag die betrokke voordele-opsie, moet 'n Lid voorafmagtiging van Bestmed verkry voordat hy of sy gehospitaliseer word of chirurgie of enige diagnostiese ondersoek ondergaan. In die geval van 'n noodopname vir 'n lewensbedreigende toestand na-ure, oor naweke of op openbare vakansiedae, moet jy 'n magtigingsnommer op die eerste werksdag na opname bekom. Indien jy nie voorafmagtiging vir hospitalisasie verkry nie, sal boetes gehef word vir laat magtiging.

Voorafmagtiging dra daartoe by dat beide Lede en diensverskaffers bewus is van watter onkoste deur Bestmed gedek sal word. Dit stel die Skema ook in staat om namens jou met hospitale en mediese praktisyns te onderhandel. Die voorafmagtigingsproses sluit die bestuur van jou hospitaalverblyf en -behandeling in.

Om magtiging te verkry, skakel asseblief die magtigingsentrum en hou die volgende inligting byderhand:

- Lidmaatskapnommer soos dit op die lidkaart verskyn.
- Naam van die Lid of ander bevoordeelde (Afhanklike) en geboortedatum.
- Datum van opname.
- Operasiedatum (indien toepaslik).
- Naam van die behandelende dokter en sy of haar praktyknommer.
- Naam van die hospitaal en dié se praktyknommer.
- Rede vir opname in die hospitaal (bv. tonsillektomie, borspyn of beroerte).
- Die ICD-10-kode: Hierdie kode dui die spesifieke diagnose aan en word deur die behandelende dokter verskaf.
- Indien dit 'n opname vir 'n operasie is, die prosedurekodes (tariefkodes).

Die magtigingsnommer moet aan die hospitaal en verskaffers wat binne-pasiëntedienste verskaf word. Dit moet ook op alle eise verskyn, aangesien dit nie daarsonder verwerk en betaal kan word nie. In die geval van nood, op openbare vakansiedae of gedurende naweke moet jy 'n magtigingsnommer op die eerste werksdag na opname in 'n hospitaal of kliniek bekom.

Vir verdere inligting besoek ons webtuiste by www.bestmed.co.za en klik eers op "Managed Care" en daarna op "Hospital Benefit Management". Let asseblief daarop dat voorafmagtiging nie die betaling van eise waarborg nie.

Nommer vir voorafmagtiging: +27 (0) 80 022 0106.



3.9 Eise

3.9.1 Hoe om 'n eis in te dien

Indien jou diensverskaffer nie eise indien nie, stuur asseblief die oorspronklike eis regstreeks aan Bestmed. Die volgende besonderhede moet op alle dokumente, wat met 'n eis verband hou, verskyn:

- Naam en kontakbesonderhede van die lid.
- Bestmed-lidmaatskapnommer.
- Naam, kontakbesonderhede en praktyknommer van die diensverskaffer.
- Besonderhede van behandeling, insluitende die toepaslike tarief- en ICD-10-kodes.
- Besonderhede van die pasiënt.
- 'n Aanduiding of die diensverskaffer of die Lid betaal moet word.

Jy moet die eis, saam met die nodige betalingsbewys, binne 4 (vier) maande vanaf die datum van behandeling, indien. Indien die eis nie binne vier maande ontvang word nie, sal dit afgekeur word en sal jy die rekening self moet betaal. Eise word binne 48 uur na ontvangs verwerk.

Bestmed het elke Vrydag 'n eisebetalingslopie, asook 'n bykomende eiseloopie aan die einde van die maand (drie werksdae na die laaste dag van die vorige maand). Enige verskuldigde geld word binne 7 (sewe) werksdae na die ontvangs van jou eis, regstreeks in jou bankrekening inbetaal. Onthou asseblief om die betalingsbewys en jou jongste bankrekeningbesonderhede aan te heg.

Indien die Skema van mening is dat 'n rekening, staat of eis foutief of onaanvaarbaar vir betaling is, sal die Skema die Lid en gesondheidsorgdiensverskaffer binne 30 (dertig) dae na ontvangs daarvan dienoreenkomstig inlig. Die Skema sal die redes waarom die eis as foutief of onaanvaarbaar beskou word, verskaf. Die Lid en verskaffer sal die geleentheid gegun word om binne 60 (sestig) dae na die kennisgewing 'n gekorrigeerde eis by die Skema in te dien.

Jy sal 'n dag nadat die eis verwerk is, per e-pos 'n ministaat ontvang wat jou daarvan in kennis stel – jy kan antwoord op die e-pos indien jy enige navree rakende die eis/e het. 'n Volledige eisestaat (betalingsadvies) sal na elke eisebetalingslopie per e-pos of pos aan jou gestuur word. Maak asseblief seker daarvan dat die besonderhede op die staat korrek is.

3.9.2 Hoe om 'n eis by Bestmed in te dien:

- Skandeer en e-pos die eis aan claims@bestmed.co.za; of
- Stuur die eis per pos aan Bestmed Mediese Skema, Posbus 2297, Pretoria 0001; of
- Lewer die eis af by die Bestmed-kantoor in Blok A van die Glenfield-kantoorpark, Oberonlaan 361, Faerie Glen, Pretoria.

Let asseblief daarop dat die Skematariet van toepassing is op alle nie-VMV-eise. Die Lid bly verantwoordelik vir die betaling van enige oorskryding. Onderhandel asseblief met jou diensverskaffer vir 'n bekostigbare tarief. Daar moet ook daarop gelet word dat die Lid verantwoordelik is vir die betaling van uitstaande gelde wanneer die limiete bereik is.

3.9.3 Hoe om 'n eis by CareCross in te dien

Pulse1-opsie

Die CareCross-voordeelopsie maak daarvoor voorsiening dat lede wat op die Pulse1-opsie geregistreer is, in 'n noodgeval of wanneer hulle reis 'n nie-gekontraakteerde algemene praktisyn kan besoek. Die voordeel vir sodanige besoeke word beperk tot 'n maksimum bedrag van R1 000 per gesin per jaar.

Pulse2-opsie

Lede moet vir alle behandeling wat ontvang is, by die punt van dienslewering betaal. Die kostes verbonde aan hierdie dienste kan van OneCare teruggeëis word deur die terugbetalingsvorm vir pasiënte, wat van die webtuiste by www.carecross.co.za afgelaai of van OneCare versoek kan word, te voltooi. Terugbetaling is onderhewig aan OneCare-protokolle.

Lede kan ook 'n e-pos stuur na bestmedpulse1@carecross.co.za of die klantedienslyn skakel by: +27 (0) 86 010 3491 vir enige verdere navree.

3.9.4 Hoe om 'n eis in te dien by OneCare

Elke familie wat geregistreer is op die Pulse2 opsie kwalitiseer vir twee buitenetwerk besoeke met 'n algemene praktisyn per jaar wat vooraf goedgekeur moet word deur OneCare. Elke besoek sal beperk word tot R1 000.00. Die Lid sal vooraf vir die besoek betaal en kan dit dan terug eis van OneCare.

Kontakbesonderhede

Tel: +27 (0) 86 010 3491

Faks: +27 (0) 21 673 1811

E-pos: clientfocus@carecross.co.za

3.9.5 Maklike aanlyndienste

Alle eise wat deur Bestmed ontvang word, word binne 48 uur na ontvangs verwerk. Daarna kan die Lid met behulp van die lidmaatskapnommer op die Bestmed-webtuiste aanteken om die status van ingediende eise na te gaan.

Die aanlyndiens is 'n gratis navraagfasiliteit wat vir Lede geskep is. Die fasiliteit stel geregistreerde gebruikers in staat om aanlyn, intydse toegang tot toepaslike Skema-inligting, insluitende persoonlike besonderhede, eisegekiedenis en die status van ingediende eise, te verkry. Jy sal korrespondensie en state, asook die geskandeerde afskrifte van eise kan besigtig.

Lede kan op die Bestmed-webtuiste registreer deur <https://online.bestmed.co.za/enquiries/default.asp> in die adreslyn te tik, wat jou regstreeks na die registrasiebladsy sal neem. Andersins kan jy die stappe soos uiteengesit op bladsy 18 aan die hand van die skermfoto's ("print screens") volg.

3.10 Aangewese Diensverskaffers en Voorkeurverskaffers

Bestmed het sy fokus op die daarstel van verskillende Aangewese- en Voorkeur Diensverskaffernetwerke (ADV-netwerke) in samewerking met verskaffergroepe geplaas met die doel om volhoubare, hoëgehalte gesondheidsorgdienste teen bekostigbare premies aan ons lede beskikbaar te stel. Die netwerkverskaffers het onderneem om Skematariet te hef vir konsultasies en ander mediese dienste, asook om laer resepteringsfoote te hef. Ons verwag dus dat lede in hierdie gevalle óf minimale bybetalings óf geen bybetalings sal hoef te maak nie. 'n Volledige lys van al die Skema se gekontraakteerde ADV's is op die Bestmed-webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar terwyl volledige inligting ook op versoek deur die Skema se Oproepsentrum verskaf sal word.

3.10.1 Algemene praktisyns

Bestmed se Voorkeurverskaffernetwerk van algemene praktisyns is sedert Januarie 2013 in werking. Hierdie algemene praktisyns het onderneem om die Skematariet sonder bybetalings vir die Lid te hef. Die jongste lys van gekontraakteerde algemene praktisyns is op ons webtuiste beskikbaar.

3.10.2 Apteke

Bestmed se Voorkeurverskaffernetwerk van apteke is sedert Februarie 2013 in werking. Hierdie apteke het onderneem om kostedoeltreffende medisyne teen mededingende resepteringsfoote te verskaf. Hul resepteringsfoote het 'n veel laer bobeperking as dié wat nie-netwerkapteke hef. Hulle het ook onderneem om nie benewens die gekontraakteerde tariewe, bybetalings te hef nie. Die apteke in die netwerk is Dis-Chem tesame met Courier PLS, MediRite (in Checkers- en Shoprite-winkels), Pick n Pay, ScriptSavers, Optipharm, Pharmacy Direct, Clicks, Medicross en S Buys tesame met Courier Script-Wise. Die jongste lys van gekontraakteerde apteke is op ons webtuiste beskikbaar.

3.10.3 Aanvullende groepe

Sedert Januarie 2014 het Bestmed 'n Voorkeurverskaffernetwerk van aanvullende groepe, bestaande uit sewe verskillende aanvullendediensgroepe, naamlik fisioterapeute, arbeidsterapeute, dieetkundiges, biokinetiese, sielkundiges, spraakterapeute en oudioloë geïmplementeer. Elk van hierdie groepe het hulle eie Bestmed-voorkeurverskaffernetwerk en het onderneem om die Skematariet sonder enige bybetalings vir die Lid te hef. Die lys van al die gekontraakteerde aanvullendediensgroepe is op die Bestmed-webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar.

3.10.4 Rehabilitasiedienste

In Januarie 2014 het Bestmed ook 'n aangewese diensverskaffernetwerk vir dwelm- en alkoholrehabilitasie geïmplementeer. Verskaffers wat deel van hierdie netwerk vorm, is die Stabilis Behandelingsentrum, Elim-kliniek en SANRA-sentrums, wat die aangewese diensverskaffers vir die Skema is. 'n Lys van die landswye gekontrakteerde dwelm- en alkoholrehabilitasieklinieke en hul ligging is op ons webtuiste beskikbaar.

Kontakbesonderhede

Ons kontakbesonderhede vir inligting oor al die bogemelde netwerke is soos volg:

Tel: +27 (0) 12 818 9080

E-pos: providers@bestmed.co.za

3.10.5 Onkologie

Bestmed se aangewese diensverskaffernetwerk vir onkologiedienste in samewerking met ICON het in April 2013 in werking getree. ICON is die aangewese diensverskaffer vir alle nuut-geregistreerde onkologiepasiënte op al Bestmed se opsies, met die uitsondering van Pace3 en Pace4 wat deur die Suid-Afrikaanse Onkologiekonsortium (SAOK) hanteer word. Daar sal geen verandering wees nie vir lede wat tans op die onkologieprogram geregistreer is nie. Die jongste lys van gekontrakteerde onkoloë is op ons webtuiste beskikbaar.

3.10.6 Spesialiste

Ons het reeds voorheen met lede gekommunikeer rakende die aangewese diensverskaffernetwerk vir spesialiste wat ons reeds om vanaf Januarie 2014 geïmplementeer het. Die hoofdoel met die netwerk is om volhoubare, hoëgehalte gesondheidsorgdienste deur spesialiste teen Skematariewe, met die minimum of geen bybetalings nie, te bied. Dit is in hoofsaak gerig op die behandeling van siektetoestande wat gelys word onder Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV's), wat skemas verplig is om teen koste te dek. Hierdie 270+ siektetoestande sluit noodgevallye, feitlik alle soorte kanker en sommige chroniese toestande in.

Lede word aangemoedig om van die dienste van spesialiste in Bestmed se aangewese diensverskaffernetwerk vir spesialiste gebruik te maak. Lede wat op enige van die Beat-netwerkopasies is, moet gebruik maak van 'n aangewese hospitaal. Indien 'n buite-netwerkhospitaal in hierdie gevalle gebruik word, sal 'n bybetaling van tot R5 000 deur die Lid betaalbaar wees. Die jongste lys van gekontrakteerde spesialiste is vanaf Januarie 2015 op ons webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar. Voorlopig kan jy steeds kies watter spesialis jy wil gebruik, maar let asseblief daarop dat indien jy 'n spesialis kies wat nie deel van ons netwerk vorm nie (waarop jy inderdaad geregtig is), jy moontlik 'n bybetaling aan die betrokke buite-netwerkspesialis sal moet maak. Jy kan egter met die buite-netwerkspesialis onderhandel om die Skematarietief te hef. Diensverskaffers wat deel vorm van Bestmed se aangewese diensverskaffernetwerk vir spesialiste, het ingestem om nie bybetalings te hef of van verdeelde fakture gebruik te maak nie¹.

Met betrekking tot gebruik van die hospitaalvoordeel, geniet jy vryheid van keuse en mag oor die algemeen enige privaat hospitaal vir behandeling kies. Pulse1- en Pulse2-lede moet egter van die aangewese diensverskaffer, Netcare, se hospitale gebruik maak.

¹ * **Verdeelde fakture:** Hierdie metode van fakturering is **onwettig**. 'n Verskaffer stuur **twee verskillende rekenings**: een aan die pasiënt en 'n ander aan die pasiënt se mediese skema. **Balansfakture** is 'n **wettige metode**. In hierdie geval stuur die verskaffer **een rekening** aan die pasiënt en dieselfde rekening aan die pasiënt se mediese skema.



3.11 Health Check

Ter aanvulling van die voorkomendesorg-program, moedig Bestmed sy lede deur middel van die verskillende gesondheidsprogramme, wat nou as Health Check bekend staan, aan om 'n meer betekenisvolle en produktiewe lewe te lei. Ons oogmerk is om jou by te staan om jou lewe in die algemeen te verbeter deur 'n gesonder leefstyl te kies. Bestmed se gesondheidsfilosofie bestaan uit vyf basiese beginsels op grond waarvan ons lede aanmoedig om die volgende te doen:

- **Wees aktief:** Maak oefening deel van jou daaglikse program en verseker so 'n positiewe verandering.
- **Leef veilig:** Neem verantwoordelike besluite oor jou leefstyl en voorkom sodoende negatiewe gevolge.
- **Wees voedselslim:** 'n Gebalanseerde dieet is noodsaaklik vir 'n gesonde liggaam en gees.
- **Wees gelukkig:** Skep en handhaaf 'n gesonde balans tussen jou werk, lewe en huis.
- **Wees geldslim:** Deur ingeligte finansiële besluite in jou lewe te neem, kan jy jou finansiële onafhanklikheid verseker.

3.12 BestBaby

Hierdie program is spesifiek ontwerp om as ondersteuningstelsel vir Bestmed se verwagte moeders te dien. Die program bied 'n telefoniese verbinding dwarsdeur die swangerskap en daar is ook 'n toegewyde 24-uur-noodlyn met opgeleide personeel wat aan lede leiding verskaf ten opsigte van die skielike en dikwels onverwagte gebeurtenisse wat tydens swangerskap mag voorkom.

Indien 'n verwagte ma as 'n hoë kliniese risiko beskou word, sal haar swangerskap strenger gemonitor word. Die program bied ook bykomende voordele soos geskenke aan alle lede wat daarvoor geregistreer is.

Alle geregistreerde Bestmed-lede wie se swangerskap bevestig is en wat 12 weke en langer swanger is, kan vir die program registreer.

Sodra die Skema swangerskap-verwante eise begin ontvang, sal ons die personeel van die BestBaby-program daarvan inlig en hulle sal die Lid kontak. Lede kan ook met behulp van die kontakbesonderhede hieronder vir die program registreer.

Kontakbesonderhede

Tel: +27 (0) 86 111 1936

E-pos: info@babyhealth.co.za

3.13 Voorkomendesorg-voordele

Alle Bestmed-lede en Afhanklikes wat ouer as tien jaar is, kan biometriese siftingstoetse by uitgesoekte apteke ondergaan (Dis-Chem, Clicks, MediRite, ScriptSavers en Pick n Pay). Biometriese siftingstoetse word uit die Skema se risikovoordeel befonds en sal nie 'n invloed op jou dag-tot-dag voordele hê nie.

Bestmed verskaf dekking vir voorkomendesorg-voordele op al sy voordele-opsies. Die onderstaande tabel verskaf 'n aanduiding van die verskillende voordele wat in elke opsie dekking geniet.

Vir meer besonderhede oor voorkomendesorg-voordele besoek ons webtuiste by www.bestmed.co.za



VOORDEEL	BEAT1	BEAT2	BEAT3	BEAT4	PACE1	PACE2	PACE3	PACE4	PULSE1	PULSE2
Griepinentings	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Longontstekinginentings	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pediatriese immuniserings	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rugrehabilitasieprogram (DBC)	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Vroulike Voorbehoedmiddels	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Voorkomende tandheerkunde		x	x	x	x	x	x	x		
HIB-titerimmunisering				x	x	x	x	x		
Mammogram				x	x	x	x	x		
Papsmeer			x	x	x	x	x	x		
PSA-toets						x	x	x		
Beendigtheidsmeting							x	x		
Biometriese siftingstoetse	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dieetkundige beradingsessie				x		x	x	x		
MPV-inentings				x	x	x	x	x		

3.14 Verstaan jou spaarrekening

Indien jy presies verstaan hoe jou spaarrekening werk, sal dit daartoe bydra dat jy die gebruik van jou Skemavoordede op 'n meer effektiewe wyse beplan sodat hierdie voordele nie uitgeput is wanneer jy dit die nodigste het nie. Beter beplanning en begroting mag wel verseker dat jy en jou geliefdes dwarsdeur die jaar toegang tot jul mediese voordele het.

Omdat ons glo dat ons lede uniek en besonder is, word die mediese spaarrekenings vir die verskillende voordele-opsies verskillend gestruktureer. Ons kapitasie-/netwerkopsies, soos die Pulse-reeks, het egter nie 'n spaarrekening nie.



PERSOONLIKE MEDIESE SPAARREKENING (PMSR): JAARLIKS

Beat2	Beat3	Beat4	Pace1	Pace2	Pace3
-------	-------	-------	-------	-------	-------

'n Bedrag gelykstaande aan 'n spesifieke persentasie van jou totale jaarlikse bydrae soos bepaal deur jou verkose voordele-opsie, word aan die begin van die voordeeljaar vooruit in jou persoonlike mediese spaarrekening beskikbaar gestel.

Mediese uitgawes vir buite-hospitaaldienste/dag-tot-dag dienste word uit jou individuele mediese spaarrekening betaal. Raadpleeg asseblief jou voordelegids vir meer besonderhede.

Indien jou mediese spaarrekening gedurende 'n finansiële jaar uitgeput raak, moet jy self vir enige buite-hospitaaluitgawes betaal, of sal jy kwalifiseer vir spesifieke dag-tot-dag voordele ingevolge die opsie-spesifieke reëls.

Enige ongebruikte fondse in jou mediese spaarrekening aan die einde van 'n voordeeljaar word tot jou krediet oorgedra na die volgende jaar na jou bonus-/gevestigde mediese spaarrekening (sien verduideliking onder).

Indien jy gedurende 'n finansiële jaar uit die Skema bedank, sal die ongebruikte fondse in jou mediese spaarrekening, na verloop van 'n tydperk van vyf maande aan jou uitbetaal word, of op 'n verpligte basis oorgedra word na die spaarrekening van die nuwe mediese skema-opsie waarvan jy Lid geword het.

Indien jy in bogemelde geval op 'n pro rata-basis die bedrag in jou spaarrekening oorskry het, sal jy die Skema moet terugbetaal.

Pace4

By die Pace4-opsie word binne-hospitaaldienste, buite-hospitaaldienste en voorkomende sorg uit die Skemarisikovoordeel betaal. Sodra die buite-hospitaalrisikovoordede uitgeput is, word verdere eise uit die spaarrekening betaal.

BONUSREKENING/GEVESTIGDE MEDIESE SPAARREKENING

Beat4	Pace1	Pace2	Pace3
-------	-------	-------	-------

Indien jy nie jou maandelikse mediese spaarrekeningbedrae ten volle gebruik nie, sal sodanige fondse na verloop van vyf maande na 'n bonus-/gevestigde mediese spaarrekening in jou naam oorgedra word, afhangende van die voordele-opsie waarop jy is.

Die gevestigde krediet in jou bonus-/gevestigde mediese spaarrekening mag aangewend word om te betaal vir enige buite-hospitaaluitgawes wat nie deur die Skema gedek word nie, of indien jy byvoorbeeld die algehele jaarlikse limiet of sublimiete van jou buite-hospitaalvoordele of dag-tot-dag voordele, soos aangedui in jou voordelegids, bereik het.

Ongebruikte fondse in jou bonus-/gevestigde mediese spaarrekening aan die einde van 'n finansiële jaar word as krediet vir die volgende jaar na jou bonus-/gevestigde mediese spaarrekening oorgedra.

Lede wat tot 31 Desember 2014 op die Pace1- en Pace2-opsies geregistreer is, se laaste maandelikse spaarrekeningbedrag sal in Mei 2015 na hul bonus-/gevestigde mediese spaarrekening oorgedra word, indien daar enige fondse van vorige maande beskikbaar is.

3.14.1 Wat gebeur indien my dag-tot-dag voordele uitgeput is?

Afhangende van jou voordele-opsie word mediese uitgawes uit jou mediese spaarrekening betaal soos vasgestel vir jou verkose opsie. 'n Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) is een waar die Skema 'n gedeelte van jou bydraes hou om vir dag-tot-dag mediese uitgawes te betaal. Wanneer jou mediese spaarrekening uitgeput is, sal jy self verantwoordelik wees vir die betaling van jou buite-hospitaaluitgawes. Enige ongebruikte fondse in jou mediese spaarrekening aan die einde van 'n voordeeljaar word oorgedra na die volgende jaar. Indien jy gedurende 'n voordeeljaar uit die Skema bedank, word die fondse in jou mediese spaarrekening aan jou terugbetaal na verloop van 'n tydperk van 5 (vyf) maande.

Let wel: Die persentasie van die ledegeld wat aangewend word vir die mediese spaarrekening, sal tussen voordele-opsies wissel.

3.14.2 Voorwaardes verbode aan Persoonlike Mediese Spaarrekeningbetalings (PMSR-betalings)

- Die PMSR word, onderhewig aan die uitsluitings vermeld in Bylaag C tot die Skemareëls, uitsluitlik vir mediese uitgawes verwant aan dag-tot-dag voordele gebruik. (Skemareëls en bylaes is by www.bestmed.co.za beskikbaar.)
- By toelating tot die Skema word 'n PMSR, gehou deur die Skema, in die naam van die betrokke Lid opgestel waarin die bydraes vir die PMSR-komponent inbetaal word as krediet terwyl die voordele betaalbaar daarvan afgetrek word.
- Geen kruissubsidiëring tussen Lede is ten opsigte van die PMSR van toepassing nie. Verskillende spaarrekeningpersentasies geld vir die verskillende opsies.
- Mits daar voldoende fondse beskikbaar is op die datum waarop 'n eis verwerk word, is lede daarop geregtig om te eis vir alle gesondheidsorgdienste waarvoor daar ingevolge die Skemareëls voorsiening gemaak word, teen 100% van die koste, asook enige bybetalings of tekorte waarvoor die Lid verantwoordelik is.
- Enige saldo in die PMSR aan die einde van 'n finansiële jaar is die Lid se eiendom en die opgelope fondse bly in sy naam.
- By die dood van die Lid word die saldo verskuldig aan die Lid oorgeplaas na sy geregistreerde Afhanklikes wat hul lidmaatskap van die Skema voortsit, of word in sy boedel inbetaal indien daar geen sodanige Afhanklikes is nie.
- By oorskakeling na 'n ander Skema-opsie wat nie voorsiening maak vir sodanige rekening nie, sal enige saldo in die PMSR 5 (vyf) maande na die oorskakeling en onderhewig aan die toepaslike wetgewing, aan die Lid uitbetaal word.

- Indien 'n Lid sy lidmaatskap van die Skema beëindig en nie toegelaat word as Lid van 'n ander mediese skema nie, of toegelaat word as Lid van 'n ander mediese skema wat nie voorsiening maak vir 'n PMSR nie, sal die saldo in die PMSR 5 (vyf) maande na die beëindiging en onderhewig aan die toepaslike wetgewing, aan die Lid uitbetaal word.
- Indien 'n Lid toegelaat word as Lid van 'n ander mediese skema wat voorsiening maak vir 'n PMSR, sal die saldo verskuldig aan die Lid binne 5 (vyf) maande na die beëindiging van lidmaatskap na sodanige skema oorgeplaas word.
- Die besluit om die fondse in die PMSR jaarliks vooruit aan die Lid te skenk as 'n rentevrye lening tot met die einde van die finansiële jaar, vind na berus by diskresie van die skema van die Skema plaas.
- Enige debietsaldo in die PMSR wat gedurende of aan die einde van die finansiële jaar ontstaan, bly die verantwoordelikheid van die Lid en moet aan die Skema terugbetaal word by die beëindiging van lidmaatskap. 'n Debietsaldo ontstaan wanneer die spaarrekeningbedrag wat gebruik is, die totale bedrag wat die Lid maandeliks aan die Skema terugbetaal, oorskry.

3.15 Lede se regte en verantwoordelikhede

3.15.1 'n Nuwe Lid

As 'n Lid van Bestmed Mediese Skema moet jy seker maak dat al jou kontakbesonderhede by ons, soos jou telefoon- of selnommer, adres en e-posadres korrek is. Dit is nodig sodat ons jou kan bereik wanneer ons met jou moet kommunikeer of sodat jou kaart die regte persoon bereik indien ons 'n vervangingskaart moet stuur. Stel asseblief die Skema in kennis wanneer hierdie besonderhede, jou gesondheidsprofiel of dié van jou Afhanklikes verander.

Ons gee waarlik om vir die omgewing en wil gevolglik alles in ons vermoë doen om ons afhanklikheid van gedrukte materiaal in ons kommunikasie met ons lede te verminder. Indien jy ook meen dat bome belangrik is en dat minder papierprodukte sal bydra tot hul bewaring, wil ons graag versoek dat jy sorg dat ons jou e-posadres het (indien jy dit nie reeds gedoen het nie), en dat jy jou internettoegang tot die Skema sal aktiveer.

Gaan asseblief gereeld jou state na, aangesien dit die lede se verantwoordelikheid is om toe te sien dat hulle genoeg dekking het wanneer hulle van voordele gebruik maak. Lig terselfdertyd ook die Skema in van enige foutiewe inligting wat op die state verskyn.

Bestmed verskaf gesondheidsorgdekking en -dienste aan individuele lede asook aan groepe lede soos dié verbode aan werkgewergroepe. Indien jy deur middel van 'n makelaar of regstreeks by die Skema aangesluit het, is jy 'n individuele Lid met toegang tot al tien die voordele-opsies.

Korporatiewe lede sluit gewoonlik deur middel van hul Menslikehulpbronne-departement aan en mag dalk net op sekere opsies 'n subsidie ontvang.

3.15.2 Verandering van voordele-opsie

Jy word toegelaat om elke jaar in Januarie jou opsie te verander. Jy kan die opsie verandering aanbring deur die toepaslike voordele-opsiekeusevorm, wat op ons webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar is, te voltooi of deur Bestmed te kontak by:

Tel: +27 (0) 86 000 2378
Faks: +27 (0) 12 472 6500
E-pos: membership@bestmed.co.za

Indien jy 'n werknemer van een van Bestmed se deelnemende werkgewers is, moet jou versoek om 'n opsieverandering eers by jou Menslikehulpbronne-departement ingedien word sodat hulle die betaalstaat kan opdateer. Individuele lede kan die opsieverandering regstreeks aan Bestmed stuur.

Let asseblief daarop dat 'n Lid sy lidmaatskap van die Skema, asook die van sy geregistreerde Afhanklikes, indien enige, behou in gevalle van aftrede, uitdiensstelling deur die werkgewer op grond van ouderdom, swak gesondheid of ander fisiese en geestelike ongeskiktheid.

3.15.3 Jou verantwoordelike as Lid

Bly op hoogte van Bestmed se geregistreerde Reëls om sodoende te verseker dat jy jou regte en verantwoordelike ken en weet op watter voordele jy geregtig is. Die Skemareëls is in hierdie lidmaatskapsids opgeneem, terwyl die volledige Reëls en meegaande bylaes op ons webtuiste by www.bestmed.co.za gepubliseer is. Jou voordele mag jaarliks verander en dit is dus belangrik om tred te hou van sodanige veranderinge voor die begin van 'n nuwe kalenderjaar.

Maak asseblief ook seker dat jy jou persoonlike inligting, bankbesonderhede en die status van bevoorreedes bywerk wanneer dit verander. Die kontakbesonderhede word gebruik vir Bestmed se gereelde kommunikasie met sy lede en die huidige bankbesonderhede is belangrik vir die aftrekking van die maandelikse bydraes asook betaling van eise.

Bestmed mag inligting rakende behandeling, sorg en diagnose versoek wat van hulp sal wees in die voorafmagtiging van hospitaalopnames en toegang tot hoë-koste behandeling of medisyne. Jy sal hieroor ingelig word wanneer toegang tot sodanige inligting benodig word.

'n Lid of Afhanklike mag op enige gegewe tydstip slegs aan een mediese skema behoort of lidmaat wees van slegs een skema.

Raadpleeg asseblief die Bestmed se Geregistreerde Reëls en die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 rakende die verdere verantwoordelike van lede.

3.15.4 Afhanklikes

Bestmed erken die volgende persone as Afhanklikes:

- Die Lid se eggenoot of lewensmaat, in welke geval die bydrae vir volwasse Afhanklikes betaalbaar is.
- 'n Kind ouer as 21 jaar, indien sodanige kind as gevolg van geestelike of fisiese ongeskiktheid van die Lid afhanklik is, in welke geval die bydrae vir volwasse Afhanklikes betaalbaar is.
- 'n Kind ouer as 21, maar nie ouer as 26 jaar nie, wat studeer en van die Lid afhanklik is. In hierdie geval is die bydrae vir 'n kinderafhanklike betaalbaar, onderhewig aan die lewering van bewys van registrasie aan 'n geregistreerde tersiêre instelling, of 'n ander onderlig instelling.
- Vir kinders ouers as 21, maar nie ouer as 26, wat nie werk of studeer nie en afhanklik is van die Hooflid, sal volwasse Afhanklike bydraes betaal.
- Onmiddellike familie vir wie se versorging en ondersteuning die Lid regtens verantwoordelik is. Dit verwys na die Lid se moeder, vader, broer of suster. Met betrekking tot hierdie registrasie mag onderskrywing en 'n laataansluitingsboete van toepassing wees. Dit is ook onderhewig aan die lewering van bewys van afhanklikheid, terwyl die bydrae vir 'n volwasse Afhanklike betaalbaar is.

Hoe doen ek aansoek om die registrasie van ons nuwe baba as 'n Afhanklike?

- Korporatiewe lede: Voltooi die betrokke Bestmed-vorm, Aansoek om registrasie van Afhanklikes, wat by jou personeelpraktisyn verkrygbaar is, binne 30 dae na die geboorte van die baba en stuur dit, tesame met 'n afskrif van die geboortesertifikaat, aan jou MHB-departement.
- Individuele lede: Stuur 'n afskrif van die geboortesertifikaat saam met 'n dekbrief aan membership@bestmed.co.za of faks dit na +27 (0) 12 472 6500.

Sal my Afhanklikes hul lidmaatskap van Bestmed behou indien ek te sterwe kom?

Die Afhanklikes van 'n afgestorwe Lid wat by die Skema geregistreer is as sy Afhanklikes ten tye van sodanige Lid se dood, is daarop geregtig om lidmaatskap van die Skema te behou sonder enige nuwe beperkings of wagtydperke.

Wat gebeur met my Kinderafhanklikes indien beide ek en my vrou te sterwe kom?

Indien 'n kinderafhanklike wees gelaat word, mag die oudste kind as die Lid beskou word en enige jonger broer(s) en/of suster(s) as die kinderafhanklike(s).

Wat moet ek doen indien my Kinderafhanklike nie meer as sodanig kwalifiseer nie?

Jy moet binne 30 dae nadat die kinderafhanklike nie meer kwalifiseer nie, Bestmed via jou personeelpraktisyn (of self indien jy 'n individuele Lid is), inlig

van sodanige gebeurtenis. 'n Lid wat versuim om die Skema hiervan in te lig, is nie geregtig op 'n terugbetaling van bydraes nie. Die Skema mag vereis dat die Lid enige voordele wat namens sodanige Afhanklike betaal is en uitgewas wat aangegaan is nadat hy ingevolge die Reëls nie meer 'n Afhanklike was nie terugbetaal.

My vrou en ek is geskei, maar woon saam. Mag sy lidmaatskap behou?

'n Persoon met wie die Lid 'n vaste, ernstige verhouding soortgelyk aan 'n huwelik het, gegrond op objektiewe kriteria van onderlinge afhanklikheid en 'n gedeelde en gemeenskaplike huishouding, ongeag die geslag van enige van die partye, mag geregistreer word as die Lid se volwasse Afhanklike. Indien jou bydrae deur jou werkgever gesubsidieer word, moet jy bevestig of sodanige reëling geakkommodeer kan word.

3.15.5 Pro rata-voordele

Indien jy na 1 Januarie van 'n jaar by Bestmed aansluit, sal jy pro rata-voordele ontvang. Dit beteken dat ons jou jaarlikse limiete in verhouding tot die oorblywende aantal maande van die jaar sal verminder. Bestmed-voordele word bereken vir 'n tydperk van 12 maande wat strek vanaf 1 Januarie tot 31 Desember. Indien 'n Lid gedurende die jaar, bv. in Mei aansluit, word die voordele bereken aan die hand van die aantal oorblywende maande in die jaar.

3.15.6 Berekening van laataansluitingsboetes

Laataansluitingsboetes kan gehef word op nuwe lede wat ouer as 35 is. Afhangende van die aantal jare waartydens die Lid nie aan 'n mediese fonds behoort het nie, sal 'n laataansluitingsboete by die Lid se maandelikse hoë-risiko bydrae gevoeg word. Die boete word bereken volgens 'n glyskaal soos uiteengesit in die onderstaande tabel en word gebaseer op die totale aantal jare ná die ouderdom van 35, met effek vanaf 1 April 2001, waartydens die Lid nie aan 'n mediese skema behoort het nie. Onthou dat die laataansluitingsboete slegs op risiko en nie die PMSR nie bereken word.

AANTAL JAAR SEDERT DIE OUDERDOM VAN 35 WAARTYDENS DIE AANSOEKER NIE LID VAN 'N MEDIESE SKEMA WAS NIE	BOETE
1 - 4 jaar	0.05 x bydrae
5 - 14 jaar	0.25 x bydrae
15 - 24 jaar	0.50 x bydrae
25+ jaar	0.75 x bydrae

Voorbeeld: Indien jou hoë-risikopremie R900 is met 'n spaarrekening van R135 bedra jou totale premie R1 035. Indien jy vir die afgelope ses jaar nie Lid van 'n ander mediese skema was nie, moet ons dus 'n belading van 0.25 instel: $R900 \times 0.25 = R225$ (die boete betaalbaar).

Jou nuwe premie sal dus soos volg bereken word: Hoë-risikopremie + boete + spaarrekening = Nuwe premie (bydrae) $R900 + R225 + R135 = R1\ 260$.

3.15.7 Ledegeld

Totale maandelikse bydrae

Die totale maandelikse bydrae (ledegeld) wat deur of namens 'n Lid aan die Skema betaalbaar is, word in Bylaag A tot die Skemareëls uiteengesit. Met dien verstande dat bydraes bepaal word op die grondslag van inkomste of die aantal Afhanklikes, of beide inkomste en aantal Afhanklikes, en die verdere veronderstelling dat premieboetes ooreenkomstig die bepalinge van die Wet gehef mag word ten opsigte van die bydraes van persone wat laat aansluiters is. (Skemareëls en bylaes is by www.bestmed.co.za beskikbaar.)

Betaaldatum vir bydraes

Bydraes is maandeliks soos volg vooruit betaalbaar:

- Op die twintigste (20^{ste}) van die maand; of
- op die vyf-en-twintigste (25^{ste}) van die maand; of
- op die eerste (1^{ste}) van die maand; of

- terugwerkend soos ooreengekom tussen die Skema en die werkgewer en moet teen nie later nie as die derde dag (3^{de}) van elke maand betaal word.

In gevalle waar die verskuldigde bydraes nie teen of op die betaaldatum, soos aangedui in paragraaf 13.2.1 van die Skemareëls, aan die Skema betaal is nie, sal die Skema die Lid en die werkgewer, waar toepaslik, in kennis stel en weens wanbetaling of gedeeltelike betaling van bydraes lidmaatskap opskort met ingang van die eerste (1^{ste}) dag van die maand ten opsigte waarvan verskuldigde bydraes nie ontvang is nie. 'n Skriftelike bevestiging van die opskorting sal aan die betrokke Lid uitgereik word.

Indien bydraebetalinge nie binne 3 (drie) maande na die datum waarop die bedrag betaalbaar was, op datum gebring word nie, sal die Skema lidmaatskap terugwerkend opskort.

3.15.8 Wagtydperke

Die Wet op Mediese Skemas laat mediese skemas soos Bestmed toe om onder sekere omstandighede 'n wagtydperk ten opsigte van sekere voordele in te stel. Dit beteken dat jy vir 'n vasgestelde tydperk nie toegang tot 'n sekere voordeel sal hê nie. Daar is twee soorte wagtydperke:

- 'n Toestand-spesifieke wagtydperk. Dit verwys na 'n vasgestelde tydperk van tot 12 (twaalf) maande waartydens 'n Lid of Afhanklike nie daarop geregtig is om voordele te eis nie. Dit is beperk tot toestande waarvoor die bevoordeelde mediese advies, diagnose, sorg of behandeling ontvang het in die 12 (twaalf) maande voordat hy aansoek gedoen het om by Bestmed aan te sluit.
- 'n Algemene wagtydperk. Dit verwys na 'n vasgestelde tydperk waartydens 'n bevoordeelde vir die eerste 3 (drie) maande nie daarop geregtig is om enige voordele te eis nie.

Indien jy chroniese medisyne gebruik, mag jy maandelik spesifieke behandeling of chroniese medisyne kan eis wat onder die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV's) gedek word.

Indien jy egter nie langer as 90 (negentig) dae 'n Lid of Afhanklike van 'n geregistreerde mediese skema was voordat jy by Bestmed aangesluit het nie, sal jy nie enige eise vir spesifieke behandelings of chroniese medisyne wat deur die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV's) gedek word, mag indien nie.

3.15.9 Beëindiging van lidmaatskap

Bedanking

Lede word toegelaat om te eniger tyd gedurende die jaar hul lidmaatskap van die Skema te beëindig deur een kalender maand skriftelike kennisgewing in te dien. Dit kan begin op die eerste van enige kalender maand. 'n Lid wat in sy kennisgewingstydperk verkeer, is daarop geregtig om tot die laaste dag van die kennisgewingstydperk volledige voordeledekking te ontvang.

'n Lidmaatskapsertifikaat sal binne 30 (dertig) dae na die beëindiging van lidmaatskap of te eniger tyd op versoek uitgereik word.

Saldo's in jou Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) sal na die ander mediese skema oorgeplaas word indien hulle 'n soortgelyke rekening het, andersins sal ons dit aan jou uitbetaal indien daar nie so 'n rekening is nie. Die oordrag sal binne 5 (vyf) maande na die beëindiging van jou lidmaatskap gedoen word.

Let asseblief daarop dat indien jy gedurende die loop van die finansiële jaar bedank en jy op sodanige tydstip meer as die beskikbare jaarlikse bedrag in jou spaarrekening gebruik het, die Skema jou sal debiteer met die verskil tussen die bedrag wat gebruik is en die pro rata-bedrag wat beskikbaar is op die dag van bedanking.

Die Lid bly verantwoordelik vir die betaling van bydraes aan Bestmed ongeag of hy finansiële bystand van 'n werkgewer ontvang of nie. 'n Werkgewersubsidie is 'n reëling wat tussen die Lid en die werkgewer bestaan.

Kansellering van lidmaatskap

Bestmed mag onder die volgende omstandighede jou lidmaatskap kanselleer of opskort:

- Nie-bekendmaking van wesenlike inligting, byvoorbeeld indien jy in gebreke gebly het om die Skema van 'n sekere siektetoestand in te lig.

- Die nie-betaling van bydraes soos deur die Reëls bepaal.
- Die indiening van bedrieglike eise of enige bedrieglike optrede.

3.15.10 Derdeparty-eise

Indien jy in 'n motorongeluk betrokke is, sal Bestmed betaal vir mediese uitgawes wat verband hou met die ongeluk. Jy moet Bestmed inlig indien jy van plan is om vergoeding van die Padongelukfonds (POF) te eis, ten einde te verseker dat 'n terugbetaling aan Bestmed gemaak word vir die mediese uitgawes wat betaal is.

Let asseblief daarop dat daar in die gemene reg 'n beginsel van subrogasie (vervanging) bestaan, wat beteken dat 'n persoon nie homself onregmatig mag verryk deur dubbele vergoeding te ontvang vir dieselfde gesondheids gebeure nie.

Hieronder verskyn 'n verdere aantal vrae en antwoorde rakende lidmaatskap wat lede nuttig mag vind.

- Hoe kan 'n Lid vasstel wat sy verantwoordelikhede teenoor die Skema is, asook nagaan wat sy huidige regte, voordele, bydraes en beperkings is?

'n Lid is daarop geregtig om op versoek en die betaling van 'n redelike fooi vir sodanige dokumente, afskrifte van die Skema se Reëls, finansiële state en jaarverslae te kry. Mediese skemas is verplig om by toelating lede te voorsien van 'n opsomming van die geregistreerde reëls wat die wedersydse regte en verantwoordelikhede van die skema en die Lid, asook alle voordele-opsies en die toepaslike bydraes uiteensit.

- Hoe kan ek bepaal watter voordele-opsie ek moet kies?

Maak seker dat jy verstaan hoe die verskillende voordele-opsies werk en kies een volgens jou gesondheidsorg behoeftes en wat jy kan bekostig. Die Geregistreerde Reëls van mediese skemas verskaf volledige inligting rakende die betrokke voordele en bydraes. Dit is dus noodsaaklik dat jy die Skemareëls of 'n opsomming daarvan bekom, sodat jy alle inligting kan nagaan ten einde 'n ingeligde besluit te neem.

- Wat is 'n bybetaling?

Dit is 'n deel van die koste waarvoor jy verantwoordelik is.

- Kan ek terselfdertyd Lid van meer as een mediese skema wees?

Nee. Dit is onwettig.

- Kan 'n minderjarige 'n Lid word?

Ja, met die bystand van sy ouers of voog en op voorwaarde dat die toepaslike bydraes deur hom of namens hom betaal word.

- Moet 'n voornemende Lid deur middel van 'n makelaar aansoek doen om lidmaatskap van 'n mediese skema?

Nee. Die Wet bevat nie sodanige bepaling nie. Jy kan regstreeks aansoek doen by die Skema, of kies om van die dienste van 'n makelaar (tussenganger) gebruik te maak.

- Sal 'n Lid se geregistreerde Afhanklikes steeds dekking geniet indien hy te sterwe kom?

Ja, op voorwaarde dat daar geen onderbreking in lidmaatskap is nie en bydraes steeds betaal word. Dit is belangrik dat die Skema ingelig word indien die Afhanklike/s verkies om nie die lidmaatskap voort te sit nie.

- Moet ek die Skema in kennis stel indien ek my lidmaatskap wil beëindig?

Ja, daar moet voldoen word aan die kennisgewingstydperk wat in die Reëls neergelê word.

- Is ek tydens die kennisgewingstydperk geregtig op voordele?

Ja, tot-en-met die laaste dag van lidmaatskap op voorwaarde dat die bydraes betaal word.

10. Watter rol speel my werkgewer in my verhouding met my skema?

Die werkgewer mag bepaal of sy werknemers daarop geregtig is om aan 'n spesifieke skema te behoort, of mag bepaal dat hulle totale vryheid van keuse het met betrekking tot 'n skemakeuse. Die werkgewer bepaal ook die subsidievlakke wat op die verskillende werknemerkategorieë of oor die algemeen van toepassing is. Dit geskied gewoonlik binne die raamwerk gestel deur die diensvoorwaardes en onderhandelinge met die werkers en georganiseerde arbeid, soos byvoorbeeld met vakbonde of werknemersorganisasies. Werkgewers ontvang dus nie as sodanig lidmaatskap van 'n mediese skema nie, maar speel 'n belangrike rol ten opsigte van die ontvangs van bydraes en oorbetalings daarvan aan die betrokke skema.

11. Mag ek 'n geen-eis bonus of terugbetaling ontvang indien ek nie van my mediese skema eis nie?

Nee. Die Wet verbied die betaling van bonusse, kortings of terugbetaling van enige deel van bydraes, behalwe ten opsigte van spaarrekenings en dan slegs onder sekere omstandighede.

12. Mag my mediese skema van my vereis om terugwerkend verhoogde bydraes te betaal?

Nee. Ingevolge die Wet moet 'n mediese skema sy lede vooraf geskrewe kennis gee van enige verandering in bydraes en voordele, of van enige ander voorwaarde wat hul lidmaatskap raak.

13. Mag 'n mediese skema ten opsigte van sekere voordele voorafmagtiging of 'n tweede mening versoek?

Ja, met die uitsondering van 'n noodgeval waar voorafmagtiging op die wyse deur die Reëls voorgeskryf, verkry moet word.

14. Wat staan my te doen indien ek nie tevrede is met my huidige voordele-opsie nie?

In plaas daarvan om van skema te verander en aan wagtydperke onderwerp te word, kan 'n Lid opgradeer na 'n beter opsie met beter voordele, of afgradeer na 'n opsie met goedkoper bydraes.

15. Wat is Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV's)?

VMV's is die voordele vir toepaslike gesondheidsdienste wat voorgeskryf word in die regulasies tot die Wet en word, ooreenkomstig kliniese protokolle en -kriteria, deur staats hospitale en aangewese diensverskaffers (ADV's) gelewer.

16. Wat is 'n Aangewese Diensverskaffer (ADV)?

'n Verskaffer of groep verskaffers van gesondheidsorgdienste wat deur die Skema as die voorkeurverskaffer of verskaffers gekies is om aan sy lede dienste soos diagnose, behandeling en sorg ten opsigte van een of meer voorgeskrewe minimum voordeel-toestande te verskaf.

17. In watter mate word voorgeskrewe minimum voordele beperk?

Indien die dienste deur staats hospitale of ADV's gelewer word, mag geen beperkings, bybetalings, wagperiodes of uitsluitings met betrekking tot die voorgeskrewe minimum voordele op enige persoon van toepassing gemaak word nie. In gevalle waar die dienste op vrywillige basis van 'n nie-ADV verkry word, mag bybetalings van toepassing wees of mag wagtydperke ingestel word op slegs diegene wat nooit aan 'n mediese skema behoort het of bevoorreedes van 'n mediese skema gedurende die voorafgaande 90 dae was nie.

18. Wat behels die gedwonge verkryging van dienste met betrekking tot VMV's vanaf nie-ADV's?

Gedwonge verkryging beteken dat:

1. Die diens nie by die aangewese diensverskaffer beskikbaar was nie, of nie sonder onredelike vertraging gelewer kon word nie;
2. onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vir die voorgeskrewe minimum voordeel-toestand onder omstandighede of by 'n plek nodig was wat redelikerwys voorkom het dat die bevoorreedes sodanige behandeling by 'n aangewese diensverskaffer kon bekom; of
3. daar geen aangewese diensverskaffer binne 'n redelike afstand van die bevoorreedes se gewone werksplek of eie woning was nie.

19. Watter soorte wagtydperke is daar?

Daar is twee soorte wagtydperke, naamlik:

1. 'n Algemene wagtydperk van tot 3 (drie) maande.
2. 'n Toestand-spesifieke wagtydperk van tot 12 (twaalf) maande.

20. Wat beteken 'n wagtydperk?

Dit is die tydperk waartydens bydraes betaal word, maar die Lid nie op voordele geregtig is nie.

21. Wanneer is wagtydperke nie van toepassing nie?

Wagtydperke is nie ten opsigte van die volgende van toepassing nie:

1. Voorgeskrewe minimum voordele (VMV's).
2. 'n Kinderafhanklike wat gedurende die lidmaatskapydperk gebore word.
3. In die geval van 'n Lid wat van voordele-opsie verander, tensy hy nog die oorblywende tyd van 'n voorafgestelde wagtydperk moet voltooi.
4. In gevalle waar 'n individu as gevolg van 'n werksverandering verplig is om na 'n ander skema oor te skakel.
5. In gevalle waar 'n werkgewer sy werknemers se mediese skema met ingang van die nuwe finansiële jaar verander.

22. Wat is 'n laataansluitingsboete?

Dit is 'n boete wat gehef word deur middel van bykomende bydraes op persone wat laat in hul lewe by 'n mediese skema aansluit. Dit is persone wat 35 jaar en ouer is en vanaf 'n datum voor 1 April 2001, sonder enige onderbreking in dekking wat drie opeenvolgende maande oorskry het sedert 1 April 2001, nie 'n Lid van een of meer mediese skemas was nie.

23. Watter beperkings mag 'n mediese skema op 'n aansoeker van toepassing maak?

1. 'n Laataansluitingsboete.
2. Wagtydperke.

24. Kan 'n mediese skema 'n toestand-spesifieke wagtydperk ten opsigte van swangerskap instel?

Ja, in gevalle waar die persoon vir 'n tydperk van tot nege maande 'n bevoorreedes van 'n mediese skema was.

25. Binne watter tydperk moet my rekening vir dienste gelewer of my eis my mediese skema bereik?

Die rekening of eis moet nie later nie as die laaste dag van die vierde maand wat volg op die maand waarin die diens gelewer is, ingedien word.

26. Mag kredietsaldo's in my persoonlike mediese spaarrekening as kontant onttrek word?

Dit mag slegs gebeur indien jy jou lidmaatskap van die Skema of jou voordele-opsie beëindig, sonder om by 'n ander mediese skema of voordele-opsie met 'n spaarkomponent aan te sluit.

27. Mag bydraes uit my spaarrekening betaal word?

Nee, behalwe in die geval van die beëindiging van lidmaatskap. Fondse in die PMSR mag deur die Skema aangewend word om enige uitstaande skuld van die lid, wat bydraes kan insluit, te delg.

28. Hoe weet ek of my skema 'n eis betaal het en watter deel van die eis betaal is?

Die betaling van eise word deur die Wet gereël en behels onder meer die stuur van 'n staat met volle besonderhede van die transaksie, insluitende die bedrag wat vir elke diens gehef is, asook die bedrag van die voordeel wat vir elke diens aan 'n Lid toegeken is.

29. Binne welke tydperk moet die Skema my eis betaal?

Indien die rekening of eis korrek en aanvaarbaar vir betaling is, behoort dit binne 30 dae na ontvangs van die eis betaal te word.

30. Wie bestuur die sake van mediese skemas?

'n Raad van Trusteest bestuur 'n mediese skema se sake. Ten minste 50% van die lede van die Raad van Trusteest moet verkies word of aangewys word uit die geledere van die lede. Sodanige persone moet bekwaam en geskik wees om hul verantwoordelikhede te vervul, asook om te verseker dat die belange van lede beskerm en die skema behoorlik geadminestreer word. Indien hulle hul skuldig sou maak aan wangedrag of roekelose handeldrywing, mag hulle verantwoordelik gehou word vir die verliese wat gely is.

31. Hoe funksioneer mediese skemas?

Bydraes word in 'n poel geplaas tot die voordeel van die lede. Skemas is organisasies sonder winsoogmerk en behoort aan die lede. Gevolglik bly enige surpluskapitaal wat gegenereer word, in die skema op die trustbeginsel behou om aangewend te word tot die voordeel van lede en hul Afhanklikes.

32. Mag ek deelneem aan die bedrywighede van my skema?

Ja. Ingevolge die Wet moet 'n mediese skema voorsiening maak vir Algemene Jaarvergaderings (AJV's) waar lede hulle mening mag lug en mosies voorlê. Mediese skemas mag ook om lede te bevoordeel vergaderings op verskillende plekke hou, of voorsiening maak vir streeksvergaderings om lede deelname te bevorder.

33. Kan 'n mediese skema sy reëls verander en sodoende sy doelwitte wysig?

Ja. Daar word in die Wet en in die Reëls van alle mediese skemas voorsiening gemaak vir die wyse waarop die Raad van Trusteest die reëls mag wysig. Alle reël wysigings moet egter ingevolge die bepalings van die Wet deur die Registrateur van Mediese Skemas goedgekeur en geregistreer word. Die skema moet egter steeds lede aangaande sodanige wysigings inlig, aangesien hulle daarop geregtig is.

34. Wanneer mag my skema my lidmaatskap beëindig of opskort?

Die skema mag dit slegs doen indien jy in gebreke bly om betyds jou ledegedel of ander bedrae wat aan die skema verskuldig is, te betaal, of as gevolg van die indiening van bedrieglike eise of die nie-bekendmaking van wesenlike inligting.

3.16 Hoe kommunikeer ons?

By Bestmed kommunikeer ons in 'n Lid se voorkeurtaal, naamlik Engels of Afrikaans. Op versoek kan ons Oproepsentrum 'n Lid in enige van Suid-Afrika se 11 amptelike tale bystaan.

3.16.1 Maklike aanlyndienste

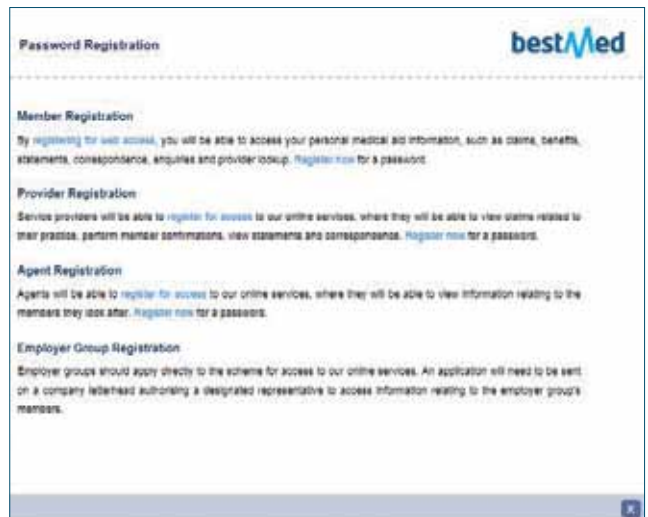
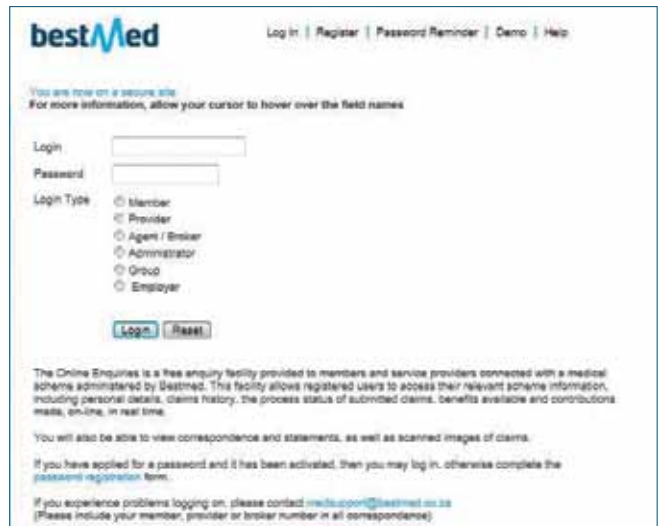
Alle eise wat deur Bestmed ontvang word, word binne 48 uur na ontvangs verwerk. Daarna kan die Lid met behulp van die lidmaatskapnommer op die Bestmed-webtuiste aantekene om die status van eise na te gaan.

Die aanlyndiens is 'n gratis navraagfasiliteit wat vir lede geskep is. Die fasiliteit stel geregistreerde gebruikers in staat om aanlyn, intydse toegang tot toepaslike Skema-inligting, insluitende persoonlike besonderhede, eise geskiedenis en die status van ingediende eise, te verkry. Jy sal korrespondensie en state, asook die geskanderde afskrifte van eise kan besigtig. Lede kan op die Bestmed-webtuiste registreer deur <https://online.bestmed.co.za/enquiries/default.asp> in die adreslyn te tik, wat jou regstreeks na die registrasiebladsy sal neem. Andersins kan jy die stappe hieronder aan die hand van die onderskeie skermfoto's ("print screens") volg.

1. Gaan na die Bestmed-webtuise en klik op "Login/Register" in die hoek regs bo.



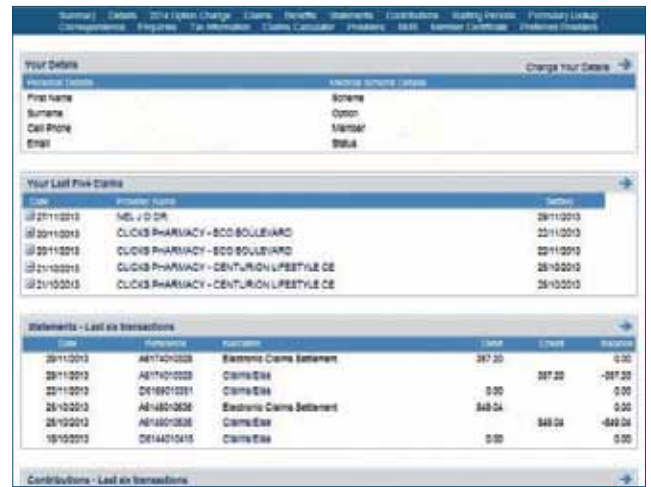
2. Jy kan met jou lidnommer aantekene of registreer met behulp van die wagwoordregistrasie-skerm ("Password registration") wat sal verskyn wanneer jy op "Register" klik.



3. Daar is drie opsies beskikbaar vir Lede om te registreer. Hulle kan aanlyn registreer, of ons Oproepsentrum skakel, of 'n aktiveringsversoek voltooi deur dit uit te druk, te onderteken en aan Bestmed terug te stuur.



4. Sodra 'n Lid suksesvol geregistreer het, kan hy met behulp van sy besonderhede aanteken en toegang verkry tot enige ingediende eise. Nadat die Lid aangeteken het, sal die onderstaande skerm met die Lid se besonderhede en 'n opsomming van onlangse aktiwiteite verskyn.



5. Die Lid het verder die opsie om op "Claims" te klik, wat hom in staat sal stel om al sy mediese fondseise, asook die huidige status van 'n eis te besigtig. Vir gedetailleerde inligting kan die Lid op 'n spesifieke eis klik.



3.16.2 Hoe om met Bestmed te skakel

Omdat ons toegewyd is aan uitnemende kliëntediens het Bestmed verskeie kanale geskep deur middel waarvan lede toegang tot die Skema kan verkry en wat dit terselfdertyd makliker maak vir lede om hul inligting te bekom.

Kontaksentrum

Die Bestmed-kontaksentrum kan maklik per telefoon, faks, e-pos of as 'n instapfasiliteit bereik word. Op hierdie wyse kan lede gereedlik met 'n konsultant praat rakende voordele-opsies en eise, asook navrae en selfs klagtes rig.

Ons kontaksentrum kan deur die volgende deelnommer bereik word: +27 (0) 86 000 2378, of per e-pos by service@bestmed.co.za, terwyl ons kantoorure van 08:00 tot 16:00 strek.

Vir diegene wat verkies om van-aangesig-tot-aangesig met 'n konsultant te praat, het ons 'n instapfasiliteit by ons hoofkantoor in Pretoria wat geleë is in Blok A, Glenfield-kantoorpark, Oberonlaan 361, Faerie Glen.

Lede word in Engels, Afrikaans en die ander amptelike tale bygestaan. Bestmed poog om 'n eenstopdiens vir lede by die kontaksentrum te bied, maar dit mag

nodig wees vir 'n konsultant om kliniese navrae na spesifieke departemente te verwys.

Indien 'n Lid ontevrede is met die terugvoer wat ontvang is, het hy die keuse om die proses te eskaleer. Dit word in afdeling 4.3 onder die opskrif "Eskalering van navrae" uiteengesit.

Webtuiste

Bestmed se verbruikersvriendelike webtuiste wat by www.bestmed.co.za verkrygbaar is, is ontwerp om nie net aan lede die jongste inligting oor verskeie programme en voordele-opsies te bied nie, maar dien ook as 'n toegewyde portaal vir lede en ander belanghebbendes. Om te registreer vir aanlyn-toegang:

- Gaan na www.bestmed.co.za.
- Klik op "Member Login".
- Klik op die "Register"-knoppie.
- Klik op "Registering for web access" of op "Register now" onder "Member Registration" in die dialoogblok wat opmaak.

Daar is drie opsies om jou registrasie te aktiveer, naamlik:

Opsie 1 ("Register Online"):

Registreer onmiddellik aanlyn deur hierdie wagwoord-registrasievorm te voltooi. Daar sal van jou vereis word om sekere persoonlike besonderhede in te tik. Indien dit ooreenstem met die inligting wat ons op rekord het, sal 'n wagwoord gegenereer en onmiddellik aan jou gestuur word.

Opsie 2 ("Call our Contact Centre"):

Jy kan ook vir webtoegang registreer deur die Bestmed-oproepsentrum gedurende werksure (08:00 - 16:00) by +27 (0) 86 000 2378 te skakel. 'n Wagwoord sal gegenereer en per e-pos of sms aan jou gestuur word.

Opsie 3 ("Activation Request"):

Indien jy nie Opsie 1 of 2 wil gebruik om te registreer nie, mag jy 'n aktiveringsversoek aanlyn voltooi. Daar sal van jou vereis word om die aktiveringsversoek uit te druk en te onderteken, daarna kan jy dit per faks vir aktivering aan Bestmed stuur.

Met behulp van die aanlyndiens verkry lede toegang tot die volgende:

- Persoonlike besonderhede
- Eisegeskiedenis
- Prosesstatus van ingediende eise
- Beskikbare voordele
- Bydraes wat betaal is

Webposdiens

Die Webposdiens ("Webmail") verskaf deur middel van e-posse aan lede 'n opsomming van hulle geregistreerde chroniese medisyne en toestand/e, persoonlike besonderhede, asook die drie mees onlangse eise wat ontvang en geassesseer is. Om hierdie diens te gebruik, stuur bloot 'n leë e-pos aan webmail@bestmed.co.za en jy sal die inligting per e-pos van ons ontvang. Maak asseblief seker dat Bestmed oor jou korrekte e-posadres beskik.

SMS-diens

Indien jy graag jou Bestmed-inligting regstreeks op jou selfoon wil ontvang, sms - afhangende van die inligting wat jy verlang - slegs die letter A, B of C aan 31416.

A = Persoonlike besonderhede

B = Opsomming van beskikbare voordele

C = Bevestiging van die drie mees onlangse eise

eTydskrif

Om lede op die hoogte te hou van alle ontwikkelings by die Skema, asook van kompetisies en interessante dog leersame artikels, publiseer Bestmed Top Living, ons gratis elektroniese tydskrif. Lede ontvang dit via hulle e-pos adresse en kan die tydskrif aanlyn lees deur op die knoppie "Top Living Digi Mag" te klik. Die Skema stuur ook op 'n gereelde grondslag e-posboodskappe oor nuwe ontwikkelings by Bestmed of in die gezondheidsorgbedryf aan lede.

Sosiale media

Bestmed is beskikbaar op die sosiale media netwerke, waar lede hul stories deel en die Skema sy aanhangers ("fans") inlig aangaande die jongste Bestmed-gebeure. Die Skema is ook op Facebook as "Bestmed Medical Scheme" verteenwoordig. Vir diegene met beperkte internet toegang, stuur Bestmed per pos ledestate asook inligtings poskaarte oor die bedryf en nuwe Skema-ontwikkelings.

Jaarverslag

Om saam te val met die algemene jaarvergadering wat vir alle Bestmed-lede oop is, stel die Skema sy jaarverslag saam. Die jaarverslag bestaan onder andere uit die volgende:

- Regulatoriese uitdagings
- Kern volhoubaarheids aangeleenthede wat ons strategie beïnvloed
- Risiko's verbonde aan die regulatoriese omgewing
- Verslae van die voorsitter en die hoofbeampte

- 'n Verskeidenheid ander verslae soos dié oor korporatiewe beheer, administrasie, bestuurde gezondheidsorg en bemaking
- Finansiële jaarstate

Bestmed stel vanaf 2013 'n geïntegreerde jaarverslag saam; dit word as die nuutste ontwikkeling op die gebied van beste praktyk rakende organisatoriese verslagdoening beskou. Geïntegreerde verslagdoening verskaf 'n omvattende oorsig van die Skema deur sy prestasies en strategie binne die konteks van die toepaslike sosiale en omgewingskwessies te plaas.

Ons jongste jaarverslag is by www.bestmed.co.za beskikbaar, andersins kan jy +27 (0) 86 000 2378 skakel om 'n gedrukte weergawe te bekom.



4. Regulasies, reguleringsliggame en voldoening

4.1 Die Raad vir Mediese Skemas (RMS)

Die Raad vir Mediese Skemas (RMS) is 'n statutêre liggaam wat deur die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 ingestel is om op regulatoriese vlak toesighouding oor privaat gezondheidsfinansiering deur mediese skemas te verskaf. Een van hul strategiese oogmerke is om te verseker dat die bevoordeeldes of lede van mediese skemas 'n gepaste vlak van beskerming geniet. Bestmed is 'n entiteit sonder winsoogmerk wat ooreenkomstig die Wet op Mediese Skemas, vasgestelde bydraes van sy lede insamel en die betaling van mediese uitgawes wat aangegaan word tydens die gebruikmaking van gezondheidsorgdienste, fasiliteer. Die Reëls van Bestmed is by die Raad vir Mediese Skemas geregistreer en enige wysiging aan die Reëls is onderhewig aan die Raad se goedkeuring.

4.2 Raad op Finansiële Dienste (RFD/FSB)

Die Raad op Finansiële Dienste (RFD) is verantwoordelik vir die regulering van die finansiële dienste gelewer deur die niebanksektor, soos onder andere mediese skemas. Die RFD staan kliënte by met wetlik-verwante klagtes wat handel oor die wyse waarop geregleerde maatskappye optree asook oor enige oortreding van die wette waardeur hulle geregleer word. Die RFD kan nie hulp verleen met betrekking tot eisdispute en kontraktuele meningsverskille nie. In sodanige gevalle moet die betrokke ombudsman of pensioenfondsberegter genader word. Die FAIS-ombudsman hanteer klagtes van kliënte teen Finansiële Diensteverkaffers (FDV's/FSPs) met betrekking tot die spesifieke dienste wat deur FDV's gelewer word ingevolge die Wet op Finansiële Advies- en Tussengangerdienste 37 van 2003.

Kontakbesonderhede

Tel: +27 (0) 12 470 9080 / +27 (0) 12 470 9099

Faks: +27 (0) 12 348 3447 / +27 (0) 86 032 4766

E-pos: info@faisombud.co.za

Web: www.faisombud.co.za

4.3 Eskalering van navrae

Met betrekking tot ledeklagtes doen die Raad vir Mediese Skemas die volgende aan die hand (vertaling):

Enige klagte moet eers met die betrokke skema opgeneem word. Geskrewe klagtes sou verkieslik wees, maar alle skemas behoort ook toegewyde telefoonlynne te hê wat algemene klagtes en navrae kan hanteer. Daar word ook van alle skemas vereis om onafhanklike dispuutkomitees te hê waar lede dispute bygelê kan word. Lede en/of hul regsverteenvoerders mag teenwoordig wees by dispuutkomitee-vergaderings om hul saak voor te lê. Regsverteenvoerding is nie verpligtend nie. Indien alle pogings om 'n probleem met jou skema by te lê misluk, mag jy jou klagte by die Raad vir Mediese Skemas se Klagte-eenheid indien deur dit te pos, te faks of te e-pos. Andersins kan jy die klagte aanlyn by die volgende webadres indien: <http://www.medicalschemes.com/ConsumerAssistance/CMain>.

Bestmed streef deurlopend daarna om die beste waarde-vir-geld produkte te bied en dit deur uitnemende kliëntediens te ondersteun, sodat jou onderhandelinge met die Skema nie net effektief is nie, maar jou ook tevrede stel. Indien jy egter nie tevrede is met Bestmed se diens nie, stuur jou klagte per e-pos aan service@bestmed.co.za (onderwerplyn: "Bestuurder, eskalering van navraag") of skryf aan ons by Posbus 2297, Pretoria 0001. Bestmed beskik oor 'n toegewyde afdeling wat geëskaleerde navrae hanteer. Vir gewone klagtes en navrae kan jy ons oproepsentrum by +27 (0) 86 000 2378 kontak.

Indien jy steeds ontevrede is met die Skema se terugvoer, kan jy jou klagte deurstuur na die Raad vir Mediese Skemas (RMS).

4.4 Eskalering van 'n klagte na die RMS

Ten einde 'n klagte na die Raad vir Mediese Skemas te eskaleer, kan jy vir hulle 'n e-pos stuur na complaints@medicalschemes.com

Wie mag klagtes aan die Registrateur van Mediese Skemas rig?

- Enige bevooroordeelde of persoon wat gegrief voel oor die optrede van 'n mediese skema, mag 'n klagte indien.
- Dit is egter baie belangrik dat 'n voornemende klaer altyd eers moet poog om klagtes op te los deur gebruik te maak van die klagtemeganismes wat by die onderskeie mediese fondse bestaan voordat die Raad om hulp genader word.
- Klagtes kan op enige redelike wyse ingedien word, byvoorbeeld as 'n brief, per faks of e-pos, of deur dit persoonlik by die RMS se kantore in te dien vanaf Maandag tot Vrydag tussen 08:00 en 17:00.

Faksnommer vir klagtes: +27 (0) 12 431 0608

E-pos vir klagtes: complaints@medicalschemes.com

Posadres: Privaatsak X34, Hatfield 0028

Straatadres: Blok A, Eco Glades 2 Kantoorpark, Witch-Hazellaan 420, Eco-Park, Centurion 0157

4.5 Vertroulikheid

Bestmed kan sy lede verseker dat alle inligting as vertroulik hanteer word en dat geen inligting aan enige derde party verskaf sal word, behalwe waar dit regtens vereis word nie. Let asseblief daarop dat kaarthouer-inligting (soos dit op jou lidkaart verskyn), aan die elektroniese omskakelingshuise ("switching houses") verskaf sal word sodat apteekreise en elektroniese eise aan die Skema deurgestuur kan word.

4.6 Bestmed Blitslyn

Bestmed het besluit om op proaktiewe wyse onetiese gedrag, diefstal, bedrog of verwante aktiwiteite aan te spreek en het dus kragte met KPMG saamgesnoer om sodanige praktyke te beveg. Indien jy bewus is van enige bedrieglike, korrupte of onetiese praktyke waarby Bestmed se werknemers, diensverskaffers of selfs sy lede betrokke is, rapporteer dit anoniem aan KPMG.

Die Bestmed Blitslyn funksioneer as 'n onafhanklike kanaal waardeur anonimiteit aan persone wat oproepe plaas, gewaarborg word. Die Oproepsentrum is veilig en die ligging daarvan is nie algemene kennis nie. Bestmed kan ook nie aandring daarop dat die identiteit van die persoon wat die oproep geplaas het, bekend gemaak word nie.

Volg asseblief die volgende stappe om met die Bestmed Blitslyn in verbinding te tree:

1. Skakel +27 (0) 80 111 0210 tolvry vanaf enige Telkom-telefoonlyn.
2. Jy mag anoniem bly. Verskaf asseblief die volledige besonderhede rakende die bedrieglike, korrupte of onetiese praktyk aan die operateur.

Sodanige besonderhede mag die volgende behels:

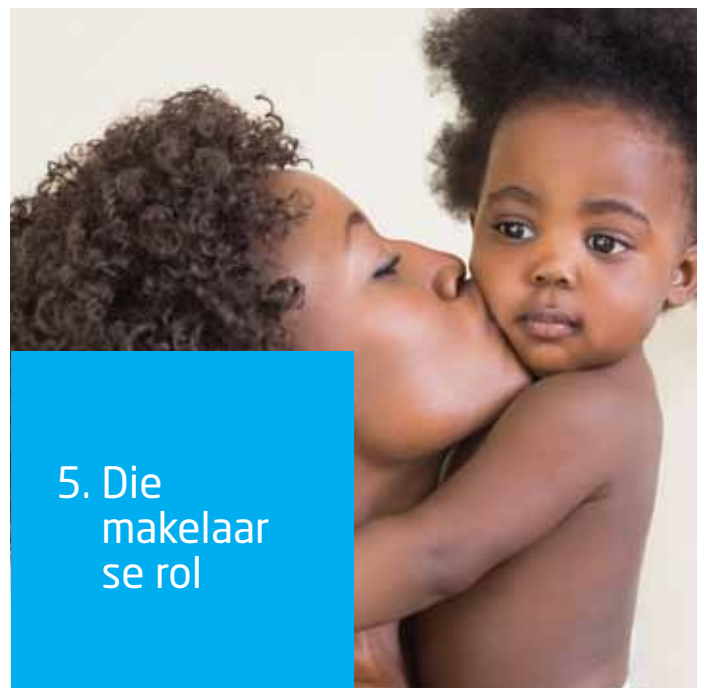
- Wie is betrokke of wat doen hulle?
 - Wat het gebeur?
 - Hoe en hoe dikwels vind dit plaas?
 - Waar vind dit plaas? (Presiese plek of ligging)
 - Wanneer is die insident waargeneem? (Datums en tye)
 - Waarde betrokke? (Geraamde geldelike waarde)
3. Jy sal 'n verwysingsnommer ontvang. Hou die nommer vertroulik; jy sal dit benodig indien jy 'n opvolgoproep maak (skakel op 'n later datum om bykomende inligting te verskaf), of 'n terugvoeroproep maak (skakel op 'n later stadium om terugvoer op die oorspronklike oproep te versoek).

Jy kan ook inligting anoniem aan 'n vertroulike fakslyn, wat deur KPMG beheer word, stuur. Indien jy van hierdie metode gebruik maak, sluit asseblief soveel besonderhede as moontlik in, insluitende dat die verslag oor Bestmed handel. Die faksllynnummer is +27 (0) 80 020 0796.

Daarbenewens kan inligting posvry aan die KPMG-etieklyn by die volgende adres gestuur word:

KPMG Hotpost, BNT371, Posbus 14671, Sinoville 0129.

Inligting kan verder anoniem per e-pos aan die blitslyn by fraud@kpmg.co.za gestuur word.



In gevalle waar 'n makelaar die aansoekvorm namens die Lid voltooi en wesenlike inligting word in die proses nie op aanwysing van die Lid openbaar gemaak nie, sal die Lid aanspreeklik wees aangesien lede volgens wet vereis word om die inligting wat in die aansoekvorm verstrek word, te lees, te verstaan en daarvan bewus gemaak te word.

'n Makelaar moet aan jou as Lid voldoende inligting verskaf en die toepaslike terminologie verduidelik. Let asseblief daarop dat 'n makelaar nie in die posisie verkeer om enige ondernemings aan kliënte te maak waardeur hy die Skema in enige aangeleentheid ten opsigte waarvan die diskresionêre magte in die Skema geleë is, soos die toepassing van wagtydperke of laataansluitings boetes, verbind of poog om die Skema te verbind nie.

5.1 Gesondheidsrisiko-analise

Jy moet dit in gedagte hou dat ouer word gepaard gaan met 'n verhoogde voorkoms van hipertensie, hartsiektes, diabetes, artritis, kanker, beroerte en ander chroniese siektetoestande. Jou huidige voordele-opsie mag dalk nie voorsiening maak vir al die bogemelde gesondheidsorgonkoste nie, met die gevolg dat jy dalk self daarvoor sal moet betaal.

Dit mag ook wees dat jy of jou Afhanklike/s se gesondheidsorgbehoefte reeds begin verander het. Ons wil graag aanbeveel dat jy in hierdie geval 'n behoefteanalise laat doen om te verseker dat jy op die regte voordele-opsie geregistreer is. 'n Gesondheidsrisiko-analise kan deur middel van jou makelaar gereël word, of skakel +27 (0) 86 000 2378 vir hulp in hierdie verband. Jy kan ook ons webtuiste by www.bestmed.co.za besoek om ander, meer omvattende voordele-opsies te oorweeg.



6. Uitsluitings

Besoek asseblief ons webtuiste by www.bestmed.co.za om die volledige Reëls en Uitsluitings, insluitende die betrokke bylaes, te besigtig.

6.1 Algemene uitsluitings van toepassing op alle voordele-opsies

- 6.1.1 Alle reiskoste vir dokters en pasiënte.
- 6.1.2 Mediese hulpmiddels, asook ortopediese, chirurgiese en mediese toestelle, uitgesluit die omskryf in Bylaag B.1 tot B.10, ingesluit enige byvoordeel opsie wat geregistreer is.
- 6.1.3 Verslae, ondersoek en toetse wat benodig word vir die doeleindes van emigrasie, immigrasie, visums, versekeringspolis, indiensneming, toelating tot skole en universiteite, mediese hofverslae, kinderaannemings en aftrede weens swak gesondheid, asook spierfunksietoetse, fiksheidsondersoek en -toetse.
- 6.1.4 Enige operasies, behandeling en prosedures vir nie-funksionele of kosmetiese doeleindes.

- 6.1.5 Rekening vir dienste gelewer deur persone wat nie geregistreer is by die Raad vir Gesondheidsorg beroepe van Suid-Afrika, die Raad vir Aanvullende Gesondheids beroepe en ander soortgelyke gesondheidsorginstansies in die land waarin die diens gelewer is nie.
- 6.1.6 Rekening gelewer ten opsigte van die volgende:
 - 6.1.6.1 Alle koste van enige aard hoegenaamd wat aangegaan word vir die behandeling van siektetoestande van of beserings opgedoen deur 'n Lid of 'n Afhanklike waarvoor enige ander party aanspreeklik is. Die Lid is egter geregtig op sodanige voordele as wat onder normale omstandighede van toepassing sou wees, op voorwaarde dat by die ontvangs van betaling vir mediese uitgawes, die Lid die Skema sal vergoed vir enige gelde wat deur die Skema ingevolge hierdie voordeel uitbetaal is.
 - 6.1.6.2 Vetsug.
 - 6.1.6.3 Toestelle en medisyne vir die voorkoming van beserings gedurende sport- en ontspanningsaktiwiteite.
 - 6.1.6.4 Beserings wat voortspruit uit onwettige optrede op grond waarvan die Lid of sy Afhanklikes aan 'n misdryf aandadig was.
 - 6.1.6.5 Afsprake wat nie deur die Lid nagekom is nie.
- 6.1.7 Akkommodasie in 'n ouetehuis of instelling wat algemene versorgings- en verpleegdienste aan persone lewer, bv. verswakke bejaardes en pasiënte wat chronies siek is, of soortgelyke instellings.
- 6.1.8 Ondersoek, toetse en behandeling van impotensie en onvrugbaarheid, of die kunsmatige insemenasie of bevrugting van 'n persoon binne of buite die menslike liggaam soos omskryf in die Nasionale Gesondheids Wet (Wet 61 van 2003) en meer spesifiek die Regulasie: algemene beheer van menslike liggame, weefsel, bloed, bloed produkte en gamete, uitgereik in terme van die Nasionale Gesondheids Wet. In die geval van kunsmatige bevrugting sal Bestmed geen bydraes maak ten opsigte van die koste verbonde aan voorbereidende werk, te wete voorinseminasie-uitgawes, of inseminasie buite die vroulike liggaam nie.
- 6.1.9 Koste wat die jaarlikse maksimum voordele waarop 'n Lid ingevolge Bestmed se Reëls geregtig is, oorskry.
- 6.1.10 Enige koste verbonde aan toestande wat spesifiek van voordele uitgesluit is op grond van 'n wagtydperk wat by die toelating of registrasie van die Lid en sy Afhanklikes by Bestmed opgelê is.
- 6.1.11 Die koste verbonde aan vakansies wat onderneem word vir hersteldoeleindes, verblyf by spa's, gesondheidsorde en rusoorde, ongeag of dit deur die behandelende diensverskaffer voorgeskryf is.
- 6.1.12 MIV/VIGS en ander seksueel-oordraagbare siektes, met die voorbehoud dat:
 - 6.1.12.1 dienste gelewer in 'n openbare hospitaal betaal sal word, beperk tot die minimum voordele waarvoor voorsiening gemaak word in Regulasie 8 van die Regulasies uitgevaardig ingevolge die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 en Bylaag D1 tot die Skemareëls (Skemareëls en bylaes is by www.bestmed.co.za beskikbaar); en
 - 6.1.12.2 die Lid of sy Afhanklikes kliniese bewys van hul MIV/VIGS-status aan Bestmed se mediese adviseur sal voorlê.
- 6.1.13 Koste wat voortspruit uit 'n persoon se betrokkenheid by die amptelike gewapende magte en waarvoor hy dekking geniet deur die regering.
- 6.1.14 Voordele waarna daar nie hier verwys word nie, of dienste wat nie ingevolge aanvaarde protokol gelewer word nie of wat nie gemik is op die behandeling van 'n werklike of vermeende siektetoestand of gebrek wat noodsaaklike liggaamsfunksies benadeel of bedreig nie.
- 6.1.15 Borschirurgie, behalwe chirurgie wat verband hou met kanker, gewasse en abesse.
- 6.1.16 Refraktiewe chirurgie vir Pulse1. Op all ander voordele-opsies gevalle was
 - 6.1.16.1 Hiperopie word gemeet groter as +3; of

- 6.1.16.2 Miopiewaarde word gemeet meer negatief as; -5 of
- 6.1.16.3 Astigmatisme word gemeet groter as -2.5; en
- 6.1.16.4 Voorafmagtiging sal vereis word.
- 6.1.17 Enige koste gehef deur 'n diensverskaffer vir mediese motiverings of voorafmotiverings soos deur hier Reëls vereis word, behalwe as die Skema voorheen gemelde mediese motiveerings versoek het.
- 6.1.18 Koste wat voortspruit uit verlore of beskadigde toestelle, appaarte, brille of kontaklense.
- 6.1.19 Psigometriese toetse.
- 6.1.20 Beserings opgedoen gedurende betrokkenheid by protesoptogte, openbare onrus of openbare wangedrag, oorloë, invalle, enige optrede deur buitelandse vyandige magte, vyandelikhede, oorlogsgesigte operasies of burgeroorlog.
- 6.1.21 Die volgende uitsluitings is op mond- en tandheelkundige voordele van toepassing:
 - 6.1.21.1 Die koste van goud-, metaal- of ander inlegsels in 'n kunsgebit en/of kroon.
 - 6.1.21.2 Bleik van vitale tande.
 - 6.1.21.3 Linguale ortodonsie.
- 6.1.22 Prosedures wat deur Bestmed as kosmeties of as kosmetiese van aard beskou word waar en waar daar alternatiewe prosedures beskikbaar is.
- 6.1.23 Items wat in die Tandheelkundige Skedule van die Skemareëls as "per ooreenkoms" of "N.v.t." aangedui word.
- 6.1.24 Prosedures wat voorafmagtiging benodig en ten opsigte waarvan daar nie om magtiging aansoek gedoen is nie.
- 6.1.25 Sonbrille.
- 6.1.26 Ambulans- en noodvervoer vanaf 'n hospitaal na 'n pasiënt se tuiste, of van 'n pasiënt se tuiste na die spreekkamer van enige mediese praktisyn.
- 6.1.27 Die kostes verbonde aan vervoer, die huur van geboortebaddens, hospitaalfasiliteite, mediese weggoobare items en medisyne, voorgeboortekonsultasies, doulas en borsvoedingondersteuning in die geval van tuisbevallings en vroedvrou-ondersteunde geboortes in 'n aktiewe hospitaalgeboorte-eenheid.

6.2 By sekere opsies is die volgende voordele op grond van die ontwerp van sodanige opsie nie van toepassing nie:

- 6.2.1 Enige buite-hospitaaldienste vir lede van Beat1 (dag-tot-dag voordele), insluitende nie-CSL-chroniese medisyne, akute medisyne en oor-die-toonbankmedisyne.
- 6.2.2 Biologiese of ander hoëkoste medisyne, bedoelende enige medisinale produkte wat geproduseer in of verkry word van biologiese bronne, of ander hoëkoste spesialiteit medisyne, insluitend rasionele ontwerp medisyne word uitgesluit van die Beat1, Beat2, Beat3, Beat4, Pulse1 en Pace1 voordele-opsies.
- 6.2.3 Tandheelkundige chirurgie by Pulse1.
- 6.2.4 Eksterne prostese by Pulse1.
- 6.2.5 Gespesialiseerde tandheelkunde by Pulse1.
- 6.2.6 Aanvullende buite-hospitaaldienste by Pulse1.
- 6.2.7 Rehabilitasie ná trauma by Pulse1, Pulse2 en Beat1.
- 6.2.8 Ortopediese en chirurgiese toestelle gedurende hospitalisasie benodig by Beat1.
- 6.2.9 Nie-VMV-komplikasies by borsreduksie by Pace4.
- 6.2.10 Fasiliteitsfooie as deel van buite-netwerkbesoeke by Pulse1.
- 6.2.11 Gespesialiseerde diagnostiese beelding (MRB-, RT- en PET-skanderings, angiografie, ens.) by Pulse1.

- 6.2.12 Radiologie-ondersoek versoek deur spesialiste, wat nie op die radiografie-tarieflys verskyn nie, by Pulse1.
- 6.2.13 Kontaklense, kontaklensoplossings, spieëllense en gegradeerde lenstinting, bybehore of verbeterings vir brille by Pulse1.
- 6.2.14 Refraktiewe chirurgie by Pulse1.
- 6.2.15 Die volgende uitsluitings is ten opsigte van tandheelkunde by Pulse2 van toepassing:
 - 6.2.15.1 Ortodontiese terapie vir pasiënte wat ouer as 18 is.
 - 6.2.15.2 Komplikasies ondervind met verwyderbare kunsgebite; en
 - 6.2.15.3 MRB- en RT-skanderings vir enige dentoalveolêre prosedure (tand-tandkasprosedure).

6.3 Die volgende lys bevat die uitsluitings wat deur CareCross toegepas word en is dus op Pulse1 van toepassing. Gemelde uitsluitings mag bykomend wees tot die algemene uitsluitings wat in Bylaag C1 tot die Skemareëls (beskikbaar by www.bestmed.co.za) uiteengesit word.

- 6.3.1 Enige dienste gelewer deur 'n nie-CareCross-verskaffer, uitge-sluit dié wat gedek word onder die buite-netwerkvoordeel.
- 6.3.2 Reiskoste.
- 6.3.3 Kosmetiese behandeling, operasies, prosedures en middels, toiletware, ens.
- 6.3.4 Verslae, ondersoek en toetse vir versekeringspolisse en regsdoeleindes.
- 6.3.5 Beserings wat voortspruit uit of appaaraat vir professionele sport, brug-/rekspronge en valskermpronge.
- 6.3.6 Akkommodasie in 'n ouetehuis, algemene versorgingsoord, spa's, gesondheids- of vakansie-orde.
- 6.3.7 MIV/VIGS-behandeling, met uitsondering van die algemene gesondheidsbestuursdienste waarvoor die Kapatasie ooreenkoms tussen CareCross en die Skema voorsiening maak.
- 6.3.8 Behandeling van oorgewig, alkohol- of dwelmmisbruik.
- 6.3.9 Selektiewe (eie keuse) behandelings en operasies, asook nie-noodsaaklike mediese items.
- 6.3.10 Akupunktuur en biokinetika, behandeling deur chiropraktisyns, herbaliste, natuur- en homeopate.
- 6.3.11 Chroniese psigiatriese toestande en geestesversteurings, met uitsondering van CSL-toestande.
- 6.3.12 Behandeling van en medisyne vir tuberkulose anders as algemene gesondheidsbestuursdienste gelewer op algemene praktisynsvlak.
- 6.3.13 Beserings opgedoen as gevolg van deelname aan stakings, onwettige protesoptrede, onluste of fisiese gevegte.
- 6.3.14 Voedingaanvullings, tonikums, stimulant, vitamien, minerale.
- 6.3.15 Voorbehoedmiddels en appaarte wat swangerskap voorkom.
- 6.3.16 Stimulerende lakseermiddels.
- 6.3.17 Behandeling van infertiliteit en seksuele wanfunksie.
- 6.3.18 Wortelkanaalbehandeling en ander gevorderde tandheelkundige dienste.
- 6.3.19 Dienste gelewer in die behandeling van enige siektetoestand van of besering wat deur 'n bevoordeelde opgedoen is waarvoor enige ander party aanspreeklik mag wees.
- 6.3.20 Biologiese middels wat nie op die "uitkerf"- (carve-out)-medisyne lys voorkom nie.

6.4 Ander beperkings op voordele

Voordele ten opsigte van medisyne wat op voorskrif van 'n Aangewese diensverskaffer verkry word, word beperk tot die voorgeskrewe hoeveelhede en nie meer as een maand se voorraad oorskry nie.

6.5 Vrywillige gebruik van 'n nie-ADV

Indien 'n bevoordeelde op die netwerkopsies van die doeltreffendheid-afslag sub-opsies van Beat1 tot en met Beat4, asook Pulse1- en Pulse2-opsies uit vry wil verkies om nie gebruik te maak van 'n ADV-hospitaal nie, is 'n maksimum bybetaling van R5 000 van toepassing.

6.6 Medisyne-uitsluitings

- 6.6.1 Preparate spesifiek vir die behandeling van vetsug, insluitende dieetaanvullings.
- 6.6.2 Patente- en huishoudelike geneesmiddels.
- 6.6.3 Voedingaanvullings (insluitende patente- en babakos).
- 6.6.4 Medisyne wat spesifiek gebruik word om onvrugbaarheid te behandel.
- 6.6.5 Seksstimuleermiddels.
- 6.6.6 Sonskermmiddels (medisinaal of andersins).
- 6.6.7 Alle sepe en haarwasmiddels (medisinaal of andersins).
- 6.6.8 Kosmetiese middels.
- 6.6.9 Gewoontewerende middels.
- 6.6.10 Anaboliese steroïede.
- 6.6.11 Tonikums, stimulant, biologiese middels, vitamieë, minerale en vitamien/mineraal-kombinasies tensy bewese mediese aanduidings daarvoor ingedien kan word, met die uitsondering dat Bestmed wel tot voorgeboortemedisyne sal bydra.
- 6.6.12 Ongeregistreerde medisyne sal nie vir voordele oorweeg word totdat dit deur die Medisynebeheerraad geregistreer is nie.
- 6.6.13 Waar daar aanduiding is van die "buite-voorskrif"-gebruik van medisyne sal dit nie vir voordele in aanmerking kom nie.
- 6.6.14 Hematinikums, te wete Eritropoëtien by Pulse1.
- 6.6.15 Biologiese en biotegniese middels by Pulse1.

6.7 Beperking van voordele

- 6.7.1 Die maksimum voordele waarop 'n Lid en sy Afhanklikes binne enige finansiële jaar geregtig is, is onderhewig aan beperkings (limiete) soos in Bylaag B1 tot B10 insluitende enige subvoordele-opsies wat geregistreer is.
- 6.7.2 Lede wat gedurende die verloop van 'n finansiële jaar tot die Skema toegelaat word, is geregtig op die voordele soos aangepas in verhouding tot die tydperk van lidmaatskap wat bereken word vanaf die datum van toelating tot aan die einde van die betrokke finansiële jaar.
- 6.7.3 Tensy die Raad van Trusteë anders besluit, word die voordele ten opsigte van voorskrifmedisyne beperk tot een maand se voorraad vir elke sodanige voorskrif of herhalingsvoorskrif.



7. Die Reëls van Bestmed

(Soos op 11 September 2014 deur die Raad van Trusteë aanvaar)

Raadpleeg asseblief ook die volledige Skemareëls en -uitsluitings, insluitende alle toepaslike bylaes, wat op die Bestmed-webtuiste by www.bestmed.co.za beskikbaar is.

1. NAAM

Die naam van die Skema is Bestmed Mediese Skema en word hierna "die Skema" genoem. Die verkorte naam is Bestmed.

2. REGSPERSOONLIKHEID

Die Skema is 'n regspersoon wat in sy eie naam mag dagvaar en gedagvaar mag word en alle dinge mag doen of laat doen wat nodig is vir of verband hou met die uitvoering van sy magte of die uitvoering van sy funksies ingevolge die Wet op Mediese Skemas 1998, die Regulasies daarkragtens uitgevaardig, asook hierdie Reëls.

3. GEREGISTREERDE KANTOOR

Die geregistreerde kantoor van die Skema is geleë te Blok A, Glenfield-kantoorpark, Oberonlaan 361, Faerie Glen, Pretoria. Indien omstandighede dit egter vereis, het die Raad van Trusteë die bevoegdheid om hierdie kantoor na enige ander plek binne die Republiek van Suid-Afrika verskuif.

4. WOORDOMSKRYWING

In hierdie Reëls het 'n woord of uitdrukking wat in die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 omskryf word, dieselfde betekenis wat aldus daaraan toegeken is, en tensy dit strydig met die sinsverband is:

- Sluit 'n woord of uitdrukking wat die manlike geslag aandui, ook die vroulike geslag in; en
- Sluit 'n woord of uitdrukking wat die enkelvoud aandui, ook die meervoud in, en omgekeerd; en
- Het die volgende uitdrukkings die betekenis wat daarteenoor aangedui word: ²

- 4.1 "Administrateur" beteken enige persoon wat deur die Raad ingevolge artikel 58 van die Wet geakkrediteer is, en in gevalle waar enige verpligting ingevolge die Wet op die Skema geplaas word, beteken dit ook 'n mediese skema;
- 4.2 "Goedkeuring" beteken vooraf skriftelike goedkeuring;
- 4.3 "Ouditeur" beteken 'n ouditeur wat ingevolge die Wet op Openbare Rekenmeesters en Ouditeurs 80 van 1991 geregistreer is;
- 4.4 "Bevoordeelde" beteken 'n Lid of persoon wat as 'n Afhanklike van 'n Lid toegelaat is;
- 4.5 "Voordele" beteken die voordele waarop 'n Lid, onderworpe aan die beperkings deur hierdie Reëls opgelê, geregtig is soos uiteengesit in Reël 16 en ooreenkomstig die skedule van die Skema-opsie waaraan hy deelneem;
- 4.6 "Biologiese of ander hoëkoste medisyne" beteken enige medisinale produk vervaardig van of geëkstraheer uit biologiese bronne asook ander hoëkoste spesialiteitsmedisyne, insluitende rasioneel-ontwerpte medisyne, en wat óf van die Skema-opsie uitgesluit is óf tot 'n jaarlikse randwaarde beperk word;

- 4.7 "Raad" beteken die Raad van Trusteers wat ingevolge Reël 18 saamgestel is om die Skema ooreenkomstig die Wet en hierdie Reëls te bestuur;
- 4.8 "Raad van Trusteers" beteken die Raad wat belas is daarmee om die werksaamhede van die Skema te bestuur en te beheer en wat ingevolge hierdie Reëls verkies of aangewys is;
- 4.9 "Bonusrekening/Gevestigde mediese spaarrekening" beteken 'n rekening waarheen ongebruikte fondse in die mediese spaarrekening ná 'n tydperk van 4 (vier) kalendermaande of aan die begin van die finansiële jaar, ooreenkomstig die voordele-opsie, oorgeplaas word en wat vir buite-hospitaal uitgawes aangewend kan word. Enige rente wat verdien word, sal na die balans van die bonusrekening/gevestigde mediese spaarrekening ooploop. Geen kruissubsidiëring is op die bonusrekening/gevestigde mediese spaarrekening van toepassing nie.
- 4.10 "Makelaar" beteken 'n persoon wie se besigheid, of 'n gedeelte daarvan, die voorsiening van makelaarsdienste behels, maar sluit nie die volgende persone in nie:
- 4.10.1 'n Werkgewer of werkgewervertwoordiger wat uitsluitlik dienste of advies aan die werknemers van die betrokke werkgewer verskaf;
- 4.10.2 'n Vakbond of vakbondvertegenwoordiger wat uitsluitlik dienste of advies aan die lede van die betrokke vakbond verskaf; of
- 4.10.3 'n Persoon wat dienste of advies verskaf met die uitsluitlike doel om sy of haar normale funksies as 'n trustee, hoofbeampte, werknemer of administrateur van die Skema uit te voer; tensy die persoon waarna daar in hierdie paragraaf verwys word, sou kies om as 'n makelaar geakkrediteer te word of aktief lidmaatskap van hierdie Skema bemark of lede werf;
- 4.11 "Makelaarsdienste" beteken:
- 4.11.1 Die verskaffing van dienste of advies rakende die bekendstelling aan of toelating van lede tot hierdie Skema; of
- 4.11.2 Die deurlopende verskaffing van dienste of advies rakende toegang tot die Skema of die verskillende voordele of dienste wat deur die Skema gebied word.
- 4.12 "Besigheid van 'n mediese skema" beteken die sakemodel waarin aanspreeklikheid geneem word in ruil vir die betaling van 'n bydrae om:
- 4.12.1 Voorsiening te maak vir die verkryging van enige toepaslike gesondheidsdiens;
- 4.12.2 Bystand te verskaf met die dekking van onkoste aangegaan ten opsigte van die verskaffing van enige toepaslike gesondheidsdiens; of
- 4.12.3 'n Toepaslike gesondheidsdiens te verskaf, hetsy deur die Skema self, of in samewerking met of ingevolge 'n ooreenkoms met die Skema, deur enige verskaffer of groep verskaffers of enige persoon wat die toepaslike gesondheidsdiens lewer.
- 4.13 "Kind" beteken 'n Lid se natuurlike kind, of stiefkind, of wetlik-aangenome kind, of 'n kind wat ooreenkomstig die wet in die sorg van die Lid of sy gade of lewensmaat geplaas is.
- 4.14 "Chroniese siektelys (CSL)" beteken 'n lys van chroniese siektetoestande waar die Skema vir medikasie asook die behandeling van die chroniese siektetoestand voorsiening sal maak en betaal ingevolge die bepalinge van die Wet.
- 4.15 "Eis" beteken 'n geïtemeerde staat van dienste en kostes van 'n gesondheidsorgverskaffer of -fasiliteit, wat deur by die Skema ingedien word vir betaling in gevalle waar 'n Lid en/of sy bevoordeelde(s) om betaling van 'n voordeel ten opsigte van toepaslike gesondheidsdiens(e) waarvan gebruik gemaak is, of die bedrag wat 'n Lid van die Skema eis met betrekking tot die uitgawes wat hy aangegaan het rakende 'n diens ten opsigte waarvan hy en sy Afhanklikes op voordele geregtig is ingevolge Reël 16 en Bylaag B van hierdie Reëls op die opsie waaraan hy deelneem.
- 4.16 "Toestand-spesifieke wagtydperk" beteken 'n tydperk waartydens 'n bevoordeelde nie daarop geregtig is om voordele te eis ten opsigte van 'n toestand waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling aanbeveel of ontvang is binne die 12-maande-tydperk wat eindig op die datum waarop aansoek om lidmaatskap gedoen is nie.
- 4.17 "Voortsettingslid/weduwee- of wewenaarlid/afgetrede lid/ouerlose lid" beteken:
- 4.17.1 'n Werknemer van 'n deelnemende werkgewer wat by aftrede sy lidmaatskap van die Skema behou; of
- 4.17.2 Geregistreeerde Afhanklike(s) wat by die afsterwe van 'n Lid ingevolge Reël 6.3 'n lid/lede van die Skema word.
- 4.18 "Gekontrakteerde fooi" beteken die fooi wat ingevolge 'n ooreenkoms tussen die Skema en 'n diensverskaffer of groep diensverskaffers vir die betaling van die toepaslike gesondheidsdienste vasgestel is.
- 4.19 "Klagte" beteken 'n klagte wat gelê word teen enige persoon wat ingevolge die Wet geregistreer of geakkrediteer moet wees, of enige persoon wie se professionele aktiwiteite deur die Wet en hierdie Reëls geregleer word en waarvolgens sodanige persoon na bewering:
- 4.19.1 In stryd met die Wet en hierdie Reëls opgetree het of nagelaat het om op te tree; of
- 4.19.2 Op onbehoorlike wyse opgetree het met betrekking tot enige aangeleentheid wat binne die jurisdiksie van die Raad val.
- 4.20 "Bybetaling" beteken die gedeelte van die totale koste van 'n eis of mediese uitgawe wat die Lid self aan die diensverskaffer betaal het vir die betrokke gesondheidsdiens waarvoor hy eis, of wat op versoek vanuit die beskikbare fondse in die Lid se mediese spaarrekening betaal sal word.
- 4.21 "Koste" beteken met betrekking tot 'n voordeel, die netto bedrag betaalbaar ten opsigte van 'n betrokke gesondheidsdiens.
- 4.22 "Raad vir Mediese Skemas" beteken die Raad wat ingevolge artikel 3 van die Wet ingestel is.
- 4.23 "Verdiensteleke dekking" beteken enige tydperk waartydens 'n laataansluiters:
- 4.23.1 'n Lid of Afhanklike van 'n mediese skema was;
- 4.23.2 'n Lid of Afhanklike van 'n entiteit wat die besigheid van 'n mediese skema bedryf het en wat, ten tye van sy of haar lidmaatskap van sodanige entiteit, vrygestel was van die bepalinge van die Wet;
- 4.23.3 'n Uniformdraende Lid van die Suid-Afrikaanse Nasionale Weermag, of 'n Afhanklike van sodanige werknemer was, wat die Suid-Afrikaanse Nasionale Weermag se mediese voordele ontvang het; of
- 4.23.4 'n Lid of Afhanklike van die Permanent Force Continuation Fund was, uitgesluit enige tydperk van dekking as Afhanklike van jonger as 21 (een-en-twintig) jaar.
- 4.24 "Datum van dienslewering" beteken:
- 4.24.1 In die geval van konsultasies, besoeke aan of behandeling deur 'n gesondheidspraktisyn, die datum waarop elke konsultasie, besoek of behandeling plaasgevind het, hetsy vir dieselfde siekte of nie;
- 4.24.2 In die geval van operasies, prosedures of bevallings, die datum waarop die operasie, prosedure of bevalling plaasgevind het;
- 4.24.3 In die geval van hospitalisasie, die datum van elke ontslag uit 'n hospitaal of verpleeginrigting of die datum waarop lidmaatskap beëindig word, welke datum ook al die vroegste is;
- 4.24.4 In die geval van enige ander voordeel, die datum waarop die diens gelewer is of die voordeel of item ontvang is; en
- 4.24.5 In die geval van 'n ongeluk, gebeurtenis of besering waarna in Reël 15.5 verwys word, die datum waarop 'n finale beslissing geneem is.
- 4.25 "Afhanklike" beteken:
- 4.25.1 'n Lid se gade of lewensmaat wat nie 'n Lid of 'n geregistreeerde Afhanklike van 'n Lid van 'n ander skema is nie;
- 4.25.2 Die Afhanklike kind van 'n Lid wat jonger as 21 (een-en-twintig) jaar is en nie Lid of 'n geregistreeerde Afhanklike van 'n Lid van 'n ander skema is nie;
- 4.25.3 'n Ouer, broer of suster van 'n Lid ten opsigte van wie die Lid aanspreeklik is vir familiesorg en ondersteuning, en ten opsigte van wie ledegeld soos in die geval van volwasse Afhanklikes betaalbaar is indien sodanige Afhanklike ouer as 21 (een-en-twintig) jaar is;
- 4.25.4 Die Afhanklike kind van 'n Lid wat 21 (een-en-twintig) jaar en ouer is maar nog nie die ouderdom van 26 (ses-en-twintig) jaar bereik het nie en 'n student is aan 'n skool of ander opvoedkundige instelling wat as sodanig deur die Raad erken en aanvaar word; met dien verstande dat:
- 'n aanvaarbare bewys dat die kind 'n geregistreeerde student by die betrokke instelling is, by die Raad ingedien word; en
 - sodanige kind nie as Lid of 'n Afhanklike van 'n Lid van 'n ander skema ingeskryf is nie.
- 4.25.5 'n Volwasse Afhanklike kind van 'n lid, bo die ouderdom van 21 (een-en-twintig) jaar, wat weens 'n verstandelike of fisiese ongeskiktheid of weens enige soortgelyke rede as sodanig aanvaar en erken is deur die Raad;
- 4.25.6 Onderhewig aan die bepalinge van Reël 4.25.4 en 4.25.5, 'n kind van die lid, wat ouer as 21 (een-en-twintig) jaar en afhanklik van die Lid is, maar ten opsigte van wie ledegeld soos in die geval van volwassenes betaalbaar is;

- 4.25.7 'n Lid se ouer, broer of suster wat nie 'n gereelde inkomste ontvang wat meer bedra as die maksimum maandelikse maatskaplike pensioen nie, of 'n kind wat weens 'n verstandelike of fisieke gestremdeheid afhanklik is van die lid; en
- 4.25.8 Enige ander persoon wat vir die doeleindes van hierdie Reëls deur die Raad as 'n Afhanklike erken word.
- 4.26 "Aangewese diensverskaffer" beteken 'n gesondheidsorgverskaffer of 'n groep verskaffers wat deur die Skema gekies is as voorkeurverskaffer of -verskaffers om, ten opsigte van een of meer voorgeskrewe minimum voordeel-toestande, lede teen 'n gekontrakteerde tarief te diagnoseer, asook behandeling en/of versorging daarvoor te verskaf.
- 4.27 "Resepteringsfooi" beteken die fooi wat 'n apteker hef om medisyne voor te berei en uit te reik.
- 4.28 "Mediese noodtoestand" beteken die skielike en, op daardie tydstip, onverwagse ontstaan van 'n gesondheidstoestand wat onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vereis, en waar versuim om sodanige mediese of chirurgiese behandeling te verskaf sou lei tot die ernstige aantasting van liggaamsfunksies of ernstige wanfunksie van 'n liggaamsorgaan of -deel, of wat die persoon se lewe ernstig in gevaar sou stel.
- 4.29 "Werknemer" beteken 'n persoon wat in die diens van 'n deelnemende werkgewer staan.
- 4.30 "Werkgewer" beteken 'n deelnemende werkgewer wat 'n kontrak met die Skema gesluit het vir die toelating van sy werknemers of 'n gedeelte van sy werknemers as lede van die Skema.
- 4.31 "Endoskopiese ondersoek" beteken om met behulp van 'n instrument - 'n endoskoop - om mediese redes na die binnekant van die liggaam te kyk en spesifiek die binnekant van 'n hol orgaan of liggaamsholte te ondersoek.
- 4.32 "Finansiële jaar" beteken die tydperk wat strek vanaf die 1ste (eerste) dag van Januarie tot die 31ste (een-en-dertigste) Desember van 'n jaar, beide dae ingeslote.
- 4.33 "Formularium" beteken die lys van medisyne waarvoor die Skema, in ooreenstemming met die voordele-opsie wat die Lid gekies het, sal betaal om chroniese toestande te behandel.
- 4.34 "Algemene wagtydperk" beteken 'n tydperk waartydens 'n bevoordeelde nie daarop geregtig is om enige voordele te eis nie.
- 4.35 "Inkomste" beteken vir die berekening van bydraes ten opsigte van -
- 4.35.1 'n Lid wat 'n werknemer van 'n deelnemende werkgewer is - die basiese salaris;
- 4.35.2 'n Individuele Lid - die bruto maandelikse inkomste;
- 4.35.3 'n Lid wat 'n gade of lewensmaat as Afhanklike registreer - die Lid of die gade se bruto maandelikse inkomste, welke een ook al die grootste is; en
- 4.35.4 'n Voortsettingslid - die bruto maandelikse inkomste.
- 4.36 "Gesondheidspraktisyn" beteken enige persoon, insluitende 'n student, wat by die Raad geregistreer is in 'n professie wat ingevolge die Wet op Gesondheidsberoepes 56 van 1974 registreerbaar is.
- 4.37 "Individuele lid" beteken 'n Lid wat lidmaatskap van die Skema verkry het deur self en nie deur middel van 'n deelnemende werkgewersorganisasie nie aan te sluit.
- 4.38 "Laataansluiting" beteken 'n aansoeker of die volwasse Afhanklike van 'n aansoeker wat, op die datum van aansoek om lidmaatskap of toelating as 'n Afhanklike, na gelang van die geval, 35 (vyf-en-dertig) jaar of ouer is, met uitsluiting van enige bevoordeelde wat dekking by een of meer mediese skemas op enige stadium voor 1 April 2001 geniet het, sonder onderbreking van dekking wat 3 (drie) opeenvolgende maande oorskry het sedert 1 April 2001.
- 4.39 "Laataansluitingsboete" beteken 'n boete betaalbaar ten opsigte van 'n laat aansluiting, wat by die Lid se maandelikse bydrae gevoeg sal word. Die belading is slegs van toepassing op daardie gedeelte van die bydrae wat verband hou met die Lid of volwasse Afhanklike wat vir 'n laataansluitingsboete kwalifiseer, en word as sodanig volgens 'n gyskaal soos deur die Wet voorgeskryf, bereken.
- 4.40 "Bestuurde gesondheidsorg" beteken die kliniese en finansiële risiko-beoordeling en bestuur van gesondheidsorg met die oog daarop om die toepaslikheid en kostedoeltreffendheid van tersaaklike gesondheidsdienste binne die beperking van bekostigbaarheid te fasiliteer, deur gebruik te maak van programme wat reëls en kliniese bestuur ten grondslag het.
- 4.41 "Maksillo-fasiale chirurgie" beteken chirurgie aan die kaak of gesig.
- 4.42 "Maksimum voordele" beteken die totale voordele wat 'n Lid en sy Afhanklikes ingevolge hierdie Reëls vir die finansiële jaar mag toekom.
- 4.43 "Mediese spaarrekening" beteken 'n voordele-rekening wat namens die betrokke Lid geskep is en waarin 'n bedrag wat nie 25% (vyf-en-twintig persent) van die bruto bydraes wat gedurende die betrokke finansiële jaar ten opsigte van die Lid gemaak is, betaal word soos bepaal deur die spesifieke voordele-opsie wat die Lid gekies het. Waar van toepassing, sal fondse wat in die Lid se persoonlike mediese spaarrekening gedeponeer word, beskikbaar wees vir gebruik tot die uitsluitlike voordeel van die Lid en sy of haar Afhanklikes en sal nie gebruik word om die Lid se bydraes te betaal nie; met dien verstande dat die Skema fondse beskikbaar in 'n Lid se persoonlike mediese spaarrekening mag gebruik om na die beëindiging van die Lid se lidmaatskap van die Skema enige skulde wat die Lid aan die Skema verskuldig is, te delg. Enige rente wat verdien word, loop op na die balans van die mediese spaarrekening. Geen kruissubsidiëring is ten opsigte van die mediese spaarrekening van toepassing nie.
- 4.44 "Mediese skema" beteken enige mediese skema wat ingevolge artikel 24 van die Wet geregistreer is.
- 4.45 "Mediscor Reference Price (MRP)" beteken 'n verwysingslys van generiese medisyne wat minder kos as die oorspronklike handelsnaamprodukte. Die MRP bepaal 'n maksimum terugbetaalprys vir elke generiese produk. 'n Verandering in die MRP, soos en wanneer dit van Mediscor ontvang word, sal die bybetalingsbedrag wat 'n Lid moet betaal wanneer hy kies om die oorspronklike medisyne te ontvang, beïnvloed.
- 4.46 "Lid" beteken enige persoon wat ingevolge hierdie Reëls as Lid van die Skema ingeskryf of toegelaat word.
- 4.47 "Netwerkopsiedienste" beteken 'n ooreenkoms wat aangegaan is tussen die Skema en 'n geakkrediteerde bestuurde gesondheidsorg-organisasie waar die Skema 'n voorafvooreengekome vaste fooi betaal in ruil vir die lewering van of die reël van die lewering van gespesifiseerde voordele aan sommige of al die lede van die Skema.
- 4.48 "Nie-CSL-toestand" beteken ander chroniese siektetoestande wat nie deel van die Chroniese Siektelys uitmaak nie. Betaling word bepaal deur die nie-CSL-voordele vervat in die onderskeie voordele-opsies, soos ooreenkomstig elke individuele voordele-opsie na die goedgekeurde van die Skema vasgestel is.
- 4.49 "Beampte" beteken enige Lid van die Raad van Trusteas, enige bestuurder, die hoofbeampte, tesourier, klerk of enige ander werknemer van die Skema, met uitsluiting van die ouditeur van die Skema.
- 4.50 "Lewensmaat" beteken 'n persoon met wie die Lid 'n volgehoue, toegewyde en ernstige verhouding soortgelyk aan 'n huwelik het, gegrond op objektiewe kriteria van onderlinge afhanklikheid en 'n gedeelde en gemeenskaplike huishouding, ongeag die geslag van enige van die partye.
- 4.51 "Praktyknommer" beteken die nommer wat die registrasie-owerhede as 'n praktyknommer aan 'n diensverskaffer toeken.
- 4.52 "Voorafmagtiging" beteken die formele goedkeuring van die Skema vir die betaling van 'n prosedure voordat dit plaasvind.
- 4.53 "Bestaande siektetoestand" beteken 'n siektetoestand waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling aanbeveel of ontvang is binne die tydperk van 12 (twaalf) maande eindigende op die datum waarop aansoek om lidmaatskap gedoen is.
- 4.54 "Voorkeurverskaffernetwerk" beteken 'n gesondheidsorgverskaffer, of 'n groep verskaffers wat deur die Skema gekies is as die voorkeurverskaffer of -verskaffers om, teen 'n voorafonderhandelde tarief, ten opsigte van een of meer toestande, diagnose, behandeling en/of versorging te verskaf.
- 4.55 "Voorgeskrewe Minimum Voordele" beteken die voordele soos bedoel in artikel 29(1)(o) van die Wet en wat bestaan uit die kostes verbonde aan die diagnose, behandeling en versorging van:
- 4.55.1 Die Diagnose- en Behandelingsgroepe gelys in Bylaag A van die Regulasies, soos van tyd-tot-tyd gewysig, onderhewig aan enige spesifieke beperkings daarin uiteengesit; en
- 4.55.2 Enige mediese noodtoestand.
- 4.56 "Voorgeskrewe minimum toestand" beteken 'n toestand soos bedoel in die Diagnose- en Behandelingsgroepe of enige mediese noodtoestand soos bedoel in Bylaag A van die Regulasies, soos van tyd-tot-tyd gewysig.
- 4.57 "Voorgeskryf" beteken soos deur 'n regulasie bepaal.
- 4.58 "Voorkomendesorg" beteken om op proaktiewe wyse 'n gesondheidsrisiko of die behandeling daarvan, wat gemik is op die voorkoming van siektes, te identifiseer en wat deur die Skema betaal word ten opsigte van spesifiek-gedefinieerde voordele.
- 4.59 "Hoofbeampte" beteken die hoofbeampte van die Skema wat ingevolge artikel 57(4)(a) van die Wet aangestel is.

- 4.60 "Protese" beteken 'n kunsliggaamsdeel wat verskaf word om 'n gebrek of tekortkoming reg te stel.
- 4.61 "Protokolle" beteken kliniese riglyne wat deur deskundiges op die gebied van 'n spesifieke mediese toestand opgestel word en wat, gebaseer op beste praktykbeginsels, bepaal hoe sodanige toestand behandel moet word.
- 4.62 "Registrateur" beteken die Registrateur of Adjunkregistrateur/s van Mediese Skemas wat ingevolge artikel 18 van die Wet aangestel is.
- 4.63 "Toepaslike gesondheidsorg" beteken enige gesondheidsorgbehandeling van enige persoon deur 'n persoon wat ingevolge enige wet geregistreer is, en welke behandeling die volgende ten doel het:
- 4.63.1 Die fisiese of geestelike ondersoek van gemelde persoon;
- 4.63.2 Die diagnose, behandeling of voorkoming van enige fisiese of geestelike afwyking, siekte of gebrek;
- 4.63.3 Die verskaffing van advies rakende enige sodanige afwyking, siekte of gebrek;
- 4.63.4 Die verskaffing van advies rakende, of behandeling van, enige toestand voortspruitend uit 'n swangerskap, insluitende die beëindiging daarvan;
- 4.63.5 Die voorskryf of verskaffing van enige medisyne, toestel of apparaat rakende enige sodanige afwyking, siekte of gebrek of swangerskap, insluitende die beëindiging daarvan;
- 4.63.6 Verpleegdiensle of verloskunde;
- en sluit 'n ambulansdiens, asook die verskaffing van akkomodasie in 'n instelling wat ingevolge enige wet as 'n hospitaal, kraaminrigting, verpleeginrigting of soortgelyke instelling waar verpleging beoefen word, ingestel of geregistreer is, of enige ander instelling waar chirurgiese of ander mediese aktiwiteite uitgevoer word, en waar sodanige akkomodasie noodsaaklik is as gevolg van enige fisiese of geestelike afwyking, siekte of gebrek of swangerskap.
- 4.64 "Reëls" beteken die Reëls van 'n mediese skema en sluit die volgende in:
- 4.64.1 Die bepalinge van die Wet, 'n handves, akte van ooreenkoms, akte van oprigting of enige ander dokument ingevolge waarvan die mediese skema tot stand gekom het;
- 4.64.2 Die statute of ander Reëls wat die bedryf van die besigheid van die mediese skema reël; en
- 4.64.3 Die bepalinge rakende die voordele wat toegestaan kan word deur asook die bydraes betaalbaar aan die mediese skema.
- 4.65 "Skemataryf" beteken 'n jaarlikse vaste tarief wat deur die Skema vasgestel is vir die betaling van voordele in ooreenstemming met die bepalinge van Reël 16.6.
- 4.66 "Enkelafsetprys" beteken 'n enkelafsetprys wat deel uitmaak van 'n deursigtige prysmeganisme soos bedoel in artikel 22G(2)(a) van die Wet op Medisyne en Verwante Middels 101 van 1965, wat soos voorgeskryf gepubliseer word, en waar sodanige prys die enigste prys is waarteen vervaardigers medisyne en skedulemiddels aan enige persoon buiten die staat sal verkoop.
- 4.67 "Maatskaplike pensioen" beteken die toepaslike maksimum basiese maatskaplike pensioen soos voorgeskryf deur die regulasies uitgevaardig kragtens die Wet op Maatskaplike Bystand 59 van 1992.
- 4.68 "Gade" beteken die persoon met wie die Lid ingevolge enige wet of gewoonte wat deur die reg erken word, getroud is.
- 4.69 "Ledegeld/Bydrae/Premie" beteken met betrekking tot 'n lid, die bruto bedrag, insluitende spaarrekeningbedrae, wat as ledegeld betaal word deur of ten opsigte van die Lid en sy geregistreerde Afhanklikes, indien van toepassing.
- 4.70 "Wet" beteken die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 en sluit die Regulasies en artikels waarna daar verwys word, in.

5. MISSIE EN BESIGHEID VAN DIE SKEMA

5.1 Missie

Die missie van die Skema is om ingevolge die Wet 'n mediese skema op 'n finansiële-verantwoordelike wyse te bedryf ten einde sy lede se gesondheidsorguitgawes deur middel van die volgende te dek:

- 5.1.1 Die optimale aanwending van ledebydraes en ander inkomste;
- 5.1.2 Die bedryf en administrasie van een of meer voordele-opsie(s) en/of skema(s);

- 5.1.3 Die nastreef van 'n gebalanseerde groei in die ledetal;
- 5.1.4 Die lewering van toepaslike gesondheidsorgdienste; en
- 5.1.5 Onderhandelinge met die verskaffers van toepaslike gesondheidsorgdienste vir die lewering van gehalte en kostedoeltreffende dienste.

5.2 Besigheid van die Skema

Die besigheid van die Skema is daarop gerig om, binne sy finansiële vermoë en onderhewig aan die bepalinge van die Wet en hierdie Reëls –

- 5.2.1 Aanspreeklikheid te aanvaar ten opsigte van sy lede en hulle Afhanklikes in ruil vir 'n bydrae deur die lid;
- 5.2.2 Voorsiening te maak vir die verkryging van enige toepaslike gesondheidsdiens;
- 5.2.3 Bystand te verleen vir die dekking van uitgawes aangegaan met betrekking tot die lewering van enige gesondheidsdiens; en
- 5.2.4 'n Toepaslike gesondheidsdiens te verskaf, hetsy deur die Skema self, of in samewerking met of ingevolge 'n ooreenkoms met die Skema, deur enige verskaffer of groep verskaffers of enige persoon wat die toepaslike gesondheidsdiens lewer.

6. LIDMAATSKAP

6.1 Individuele lede

- 6.1.1 Enige persoon wat in eie diens of finansiële onafhanklik is en nie 'n werknemer of 'n voortsettingslid van 'n deelnemende werkgewer is nie, mag aansoek doen om 'n Lid van die Skema te word.
- 6.1.2 Die bepalinge van Reël 6.2 en 6.3 is met die nodige veranderings van toepassing op individuele lede wat aftree, asook die Afhanklikes van oorlede individuele lede.

6.2 Afgetredenes

- 6.2.1 'n Lid sal, tesame met sy geregistreerde Afhanklikes, indien enige, sy lidmaatskap van die Skema as 'n voortsettingslid behou indien hy met pensioen uit die diens van sy werkgewer tree, of indien sy diens beëindig word op grond van ouderdom, swak gesondheid of enige ander liggaamlike of geestelike ongeskiktheid. Sodanige Lid sal op sy bestaande voordele-opsie bly tot aan die einde van die betrokke finansiële jaar, waarna hy mag kies om in ooreenstemming met die geregistreerde Reëls van voordele-opsie te verander.
- 6.2.2 Die Skema moet die Lid binne 'n redelike tydperk in kennis stel van sy reg om sy lidmaatskap voort te sit en van die bydrae wat hy moet betaal of wat namens hom betaal moet word vanaf die datum van aftrede of diensbeëindiging. Tensy sodanige Lid die Raad skriftelik van sy voorneme verwittig om sy lidmaatskap te beëindig, sal hy 'n Lid bly. Die Skema is daarop geregtig om alle lidmaatskapbydraes vir sy bestaande voordele-opsie tot aan die einde van die betrokke finansiële jaar in te vorder, waarna hy mag kies om in ooreenstemming met die geregistreerde Reëls van voordele-opsie te verander.

6.3 Afhanklikes van afgestorwe lede

- 6.3.1 Die Afhanklikes van 'n oorlede Lid wat as sy Afhanklikes by die Skema geregistreer was ten tye van die betrokke Lid se dood, is daarop geregtig om hul lidmaatskap van die Skema as voortsettingslede te behou sonder die instelling van enige nuwe beperkings, limiete of wagtydperke.
- 6.3.2 Die Skema moet die Afhanklike binne 'n redelike tydperk van sy reg om lidmaatskap en van die bydraes wat ten opsigte daarvan betaalbaar is, verwittig. Tensy sodanige persoon die Raad binne 30 (dertig) dae na die datum van die afsterwe van die Lid skriftelik verwittig van sy voorneme om nie 'n Lid te word nie, word hy as Lid van die Skema toegelaat en is die Skema daarop geregtig om alle lidmaatskapbydraes in te vorder.
- 6.3.3 Sodanige Lid se lidmaatskap word outomaties beëindig indien hy Lid word van, of 'n Afhanklike van 'n Lid van 'n ander mediese skema word. Die Skema moet voor die aanvang van enige kalendermaand skriftelik in kennis gestel word van lidmaatskap van 'n ander skema, by gebreke waarvan die Lid verantwoordelik sal wees vir die betaling van die betrokke maand se bydrae.
- 6.3.4 Indien 'n Kinderafhanklike wees gelaat word, kan die oudste kind as die Lid en enige jonger broer of suster as die Kinderafhanklike beskou word.

7. REGISTRASIE EN DEREGISTRASIE VAN AFHANKLIKES

7.1 Registrasie van Afhanklikes

- 7.1.1 'n Lid mag aansoek om registrasie van sy Afhanklikes doen op dieselfde tydstip waarop hy self ingevolge Reël 8 aansoek om lidmaatskap doen.

7.1.2 Indien 'n Lid aansoek doen om die registrasie van 'n pasgebore of pasaangetrewe of stiefkind binne 30 (dertig) dae na die datum van geboorte of aanneming van die kind, of die datum waarop die kind die Lid se stiefkind geword het, word sodanige kind deur die Skema as 'n Afhanklike geregistreer. Met dien verstande dat die bydraes t.o.v. sodanige kind vanaf die eerste dag van die maand na die maand van geboorte of aanneming, of die datum waarop die kind die Lid se stiefkind geword het, betaalbaar is en die voordele ooploop vanaf die datum van geboorte of aanneming of die datum waarop die kind die Lid se stiefkind geword het.

7.1.3 Indien 'n Lid wat na aansluiting by die Skema in die huwelik tree, binne 30 (dertig) dae na die datum van sodanige huwelik aansoek doen om sy gade as Afhanklike te registreer, word sy gade deur die Skema as Afhanklike geregistreer. Verhoogde bydraes is verskuldig vanaf die eerste dag van die maand na die maand van die huwelik en voordele loop op vanaf die datum van die huwelik. Met dien verstande dat die gade nie kwalifiseer vir voordele tot tyd en wyl die Lid self vir voordele kwalifiseer nie.

7.1.4 Indien iemand vir registrasie as Afhanklike in aanmerking kom in ander omstandighede as dié in Reël 7.1.1 tot 7.1.3 uiteengesit, mag die Lid by die Skema aansoek doen vir die registrasie van sodanige persoon as afhanklike, waarna die bepalinge van Reël 8 met die nodige veranderings van toepassing is.

7.1.5 Die bepalinge van Reël 8.6 ten opsigte van ledegeld en die ooploop van voordele is van toepassing in alle gevalle waarvoor daar nie spesifiek hierbo voorsiening gemaak is nie.

7.2 Deregistrasie van Afhanklikes

7.2.1 'n Lid moet die Skema en, waar van toepassing, sy werkgewer, binne 30 (dertig) dae na 'n gebeurlikheid as gevolg waarvan enige van sy Afhanklikes nie meer voldoen nie aan die voorwaardes ingevolge waarvan hy as 'n Afhanklike beskou mag word, daarvan verwittig. 'n Lid wat versuim om die Skema aldus te verwittig, is nie geregtig op 'n terugbetaling van ledegelde of bydraes wat deur die Skema ontvang is vanaf die datum van die gebeurlikheid as gevolg waarvan enige van sy Afhanklikes nie meer voldoen aan die voorwaardes ingevolge waarvan hy as 'n Afhanklike beskou mag word, totdat die voorgemelde Afhanklike(s) deur die Skema as die Lid se Afhanklike(s) gederegistreer is nie.

7.2.2 Wanneer 'n Afhanklike nie meer as Afhanklike kwalifiseer nie, word hy vir die doeleindes van hierdie Reëls nie langer geag as sodanig geregistreer te wees nie en is hy nie daarop geregtig om enige voordele te ontvang nie, ongeag of kennis ingevolge hierdie Reëls gegee is of nie. Ondanks andersluidende bepalinge en onderhewig aan die bepalinge van die Wet, mag die Skema terugbetaling eis van die Lid vir voordele betaal namens sodanige Afhanklike en koste aangegaan nadat hy ingevolge die Reëls nie meer as Afhanklike gekwalifiseer het nie.

8. BEPALINGS EN VOORWAARDES VAN TOEPASSING OP LIDMAATSKAP

8.1 Minderjariges

'n Minderjarige mag met die geskrewe toestemming van sy ouer of voog Lid van die Skema word.

8.2 Lidmaatskap van slegs een skema

Geen persoon mag:

8.2.1 Lid van meer as een mediese skema wees nie;

8.2.2 As Afhanklike toegelaat word van –

8.2.2.1 meer as een Lid van 'n spesifieke mediese skema nie; of

8.2.2.2 lede van verskillende mediese skemas nie; of

8.2.3 Voordele eis of ontvang ten opsigte van homself of enige van sy Afhanklikes van enige mediese skema anders as die een waarvan hy 'n Lid is nie.

8.3 Aansoekvorm en vereiste inligting

8.3.1 Voornemende lede moet, voor toelating, die aansoekvorms wat deur die Skema vereis word, voltooi en indien saam met bevredigende bewys ten opsigte van homself en sy Afhanklikes, van ouderdom, inkomste, gesondheidstoestand, sowel as enige vorige lidmaatskap of toelating as Afhanklike van 'n Lid van enige ander mediese skema.

8.3.2 Die Skema mag vereis dat 'n aansoeker die Skema voorsien van 'n mediese verslag met betrekking tot homself of enige voorgename bevoordeelde(s) ten opsigte van 'n toestand waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling aanbeveel of ontvang is binne die tydperk van 12 (twaalf) maande eindigende op die datum waarop aansoek om lidmaatskap gedoen is. Die Skema sal die onkoste dra van enige mediese toetse en ondersoek wat deur die Skema vereis en versoek word. Die Skema mag egter, na eie goeddunke, 'n voorkeurverskaffer aanwys om sodanige toetse of ondersoek uit te voer.

8.3.3 Die verswyging van wesenlike inligting sal daartoe lei dat die lidmaatskap van die Lid of dié van enige van sy Afhanklikes gekanselleer of opgeskort word.

8.4 Wagtydperke

8.4.1 Die Skema mag die volgende wagtydperke voorskryf ten opsigte van 'n persoon wat aansoek om lidmaatskap gedoen het of vir wie aansoek om toelating as 'n Afhanklike gedoen is, en wat vir 'n tydperk van minstens 90 (negentig) dae voor die aansoekdatum nie 'n bevoordeelde van 'n mediese skema was nie:

8.4.1.1 'n Algemene wagtydperk van tot 3 (drie) maande; en

8.4.1.2 'n Toestand-spesifieke wagtydperk van tot 12 (twaalf) maande.

8.4.2 Die Skema mag die volgende wagtydperke voorskryf ten opsigte van 'n persoon wat aansoek om lidmaatskap gedoen het of vir wie aansoek om toelating as 'n Afhanklike gedoen is, en wat voorheen vir 'n ononderbroke tydperk van tot 24 (vier-en-twintig) maande 'n bevoordeelde van 'n mediese skema was, welke tydperk minder as 90 (negentig) dae onmiddellik voor die aansoekdatum geëindig het:

8.4.2.1 'n Toestand-spesifieke wagtydperk van tot 12 (twaalf) maande, behalwe ten opsigte van enige behandeling of diagnostiese prosedures wat deur die voorgeskrewe minimum voordele gedek word; of

8.4.2.2 Ten opsigte van enige persoon bedoel in hierdie subreël, waar die vorige mediese skema 'n algemene of toestand-spesifieke wagtydperk opgelê het en sodanige wagtydperk nie verstryk het ten tye van die beëindiging nie, 'n algemene of toestand-spesifieke wagtydperk vir die onverstreke termyn van sodanige wagtydperk opgelê deur die vorige mediese skema.

8.4.3 Die Skema mag ten opsigte van 'n persoon wat aansoek om lidmaatskap gedoen het of vir wie aansoek om toelating as 'n Afhanklike gedoen is, en wat voorheen vir 'n ononderbroke tydperk van tot 24 (vier-en-twintig) maande 'n bevoordeelde van 'n mediese skema was, welke tydperk minder as 90 (negentig) dae onmiddellik voor die aansoekdatum geëindig het, 'n algemene wagtydperk van tot 3 (drie) maande oplê, behalwe ten opsigte van enige behandeling of diagnostiese prosedures wat deur die voorgeskrewe minimum voordele gedek word.

8.5 Nie-toepaslikheid van wagtydperke

Geen wagtydperke mag ten opsigte van die volgende lede opgelê word nie:

8.5.1 'n Persoon wat aansoek om lidmaatskap gedoen het of vir wie aansoek om toelating as 'n Afhanklike gedoen is, waar die persoon voorheen 'n bevoordeelde van 'n mediese skema was, welke tydperk minder as 90 (negentig) dae onmiddellik voor die aansoekdatum geëindig het en waar die oorplasing van lidmaatskap benodig word as gevolg van –

8.5.1.1 'n Verandering van werk; of

8.5.1.2 'n Werkgewer wat die mediese skema van sy werknemers verander of beëindig, in welke geval sodanige oorplasing aan die begin van die finansiële jaar moet plaasvind; andersins moes die skema by wie aansoek gedoen word redelike kennisgewing ontvang het, sodat sodanige oordrag aan die begin van die finansiële jaar kan plaasvind. Waar die vorige mediese skema 'n algemene of toestand-spesifieke wagtydperk opgelê het ten opsigte van persone na wie in hierdie Reël verwys word en sodanige wagtydperk nie verstryk het ten tye van die beëindiging van lidmaatskap nie, mag die Skema sodanige wagtydperk oplê as wat ooreenkom met die onverstreke termyn van 'n wagtydperk wat deur die vorige mediese skema opgelê is.

8.5.2 'n Bevoordeelde wat binne die Skema verander van een voordele-opsie na 'n ander tensy gemelde bevoordeelde onderworpe is aan 'n wagtydperk ten opsigte van die huidige voordele-opsie, in welke geval die oorblywende termyn toegepas mag word.

8.5.3 'n Kinderafhanklike wat gedurende die tydperk van lidmaatskap gebore word.

8.6 Betaling van ledegeld en ooploop van voordele

Onderhewig aan die bepalinge van Reël 7.1.2 en 7.1.3, is ledegeld op die 1ste (eerste) dag van die maand na die aanvaarding van die aansoek om lidmaatskap, of in uitsonderlike omstandighede op ander sodanige dag as waarop die Skema na goeddunke mag besluit, betaalbaar ten opsigte van lede en hulle Afhanklikes terwyl die voordele hulle ook vanaf daardie datum toekom. Indien ledegeld nie ooreenkomstig die vereistes van die Reëls binne die tyd wat deur die Reëls toegelaat word, ten volle betaal word nie, sal dit daartoe lei dat die lidmaatskap van die Lid of enige Afhanklikes gekanselleer of opgeskort word.

8.7 Herinstelling van lidmaatskap

Die lidmaatskap van 'n Lid wat ingevolge Reël 12.7 beëindig is, mag na redelike oorweging en die bevredigende rehabilitasie van die lid, deur die Skema heringestel word.

8.8 Afhanklikes op dieselfde opsie as lid

Die geregistreerde Afhanklikes van 'n Lid moet aan dieselfde voordele-opsie as die Lid behoort.

8.9 Bindende krag van hierdie Reëls

Lede en enige persoon wat 'n eis ingevolge hierdie Reëls instel of wie se eis voortspruit uit iemand wat aldus eis, word deur hierdie Reëls soos van tyd tot tyd gewysig, verbind.

9. OORPLASING VAN WERKGEWERGROEPE VANAF 'N ANDER MEDIESE SKEMA

Indien die lede van 'n mediese skema op grond van hul indiensname deur 'n spesifieke werkgewer, hul lidmaatskap van sodanige skema beëindig met die doel om lidmaatskap van hierdie Skema te verkry, sal die Skema, sonder die oplegging van 'n wagtydperk, enige Lid van sodanige eersgenoemde skema wat 'n voorsettingslid is op grond van sy vorige indiensneming deur die spesifieke werkgewer, as 'n Lid toelaat, en enige persoon wat 'n geregistreerde Afhanklike van sodanige Lid is, as 'n Afhanklike toelaat.

10. LEDEKAART EN SERTIFIKAAT VAN LIDMAATSKAP

10.1 By toelating tot lidmaatskap, ontvang elke Lid 'n gedetailleerde opsomming van hierdie Reëls, wat die Lid se regte en verpligtinge uiteensit en inligting rakende bydraes, voordele en beperkings insluit. Lede en hul Afhanklikes, asook enige persoon wat enige voordeel ingevolge hierdie Reëls eis, of wie se eis voortspruit uit 'n persoon wat aldus eis, word deur hierdie Reëls soos van tyd tot tyd gewysig, verbind.

10.2 Elke Lid word voorsien van 'n lidkaart met die besonderhede wat deur die Wet voorgeskryf mag word, daarop. Hierdie kaart moet, op versoek, aan die verskaffer van 'n toepaslike gesondheidsdiens getoon word. Dit bly die eiendom van die Skema en moet by beëindiging van lidmaatskap onmiddellik aan die Skema terugbesorg word.

10.3 Die gebruik van 'n ledekaart deur enigiemand anders as die Lid of sy geregistreerde Afhanklikes, met die medewete of toestemming van die Lid of sy Afhanklikes, word nie toegelaat nie en word ingevolge Reël 12.7 as misbruik van die voorregte van lidmaatskap van die Skema beskou.

10.4 By die beëindiging van lidmaatskap of deregistrasie van 'n Afhanklike moet die Skema, binne 30 (dertig) dae na sodanige beëindiging of te eniger tyd op aanvraag, sodanige persoon voorsien van 'n lidmaatskapsertifikaat waarop die besonderhede van dekking asook verdere besonderhede soos deur die Wet voorgeskryf, verskyn.

11. ADRESVERANDERING EN LIDMAATSKAPSTATUS

11.1 'n Lid moet binne 30 (dertig) dae die Skema, asook sy werkgewer waar van toepassing, skriftelik op die voorgeskrewe vorms in kennis stel van enige adresverandering asook enige verandering in sy omstandighede wat 'n verandering in die ledegeld betaalbaar of lidmaatskapstatus mag noodsaak.

11.2 Die Skema sal nie aanspreeklik wees indien 'n Lid se regte benadeel word of verval as gevolg van sy versuim om aan hierdie Reël te voldoen nie.

12. BEËINDIGING VAN LIDMAATSKAP

12.1 Bedanking uit die diens van 'n deelnemende werkgewer

'n Lid wat uit die diens van 'n deelnemende werkgewer bedank, sal op die datum van sodanige beëindiging, kwalifiseer vir individuele lidmaatskap van die Skema indien hy dit verkies, sonder die oplegging van enige nuwe beperkings wat nie bestaan het ten tye van sy bedanking nie.

12.2 Vrywillige beëindiging van lidmaatskap

12.2.1 'n Lid mag sy lidmaatskap van die Skema beëindig deur 1 (een) maand skriftelike kennis te gee, wat 'n aanvang neem op die eerste dag van enige kalendermaand. Alle regte op voordele word gestaak na die laaste dag van lidmaatskap.

12.2.2 'n Lid wat ingevolge sy diensvoorwaardes verplig word om 'n Lid van die Skema te wees, mag nie terwyl hy 'n werknemer van die spesifieke werkgewer is, sy lidmaatskap van die Skema beëindig sonder vooraf skriftelike toestemming van sy werkgewer nie. Sodanige toestemming moet saam met die Lid se skriftelike kennisgewing van beëindiging van lidmaatskap ingevolge 12.2.1 ingedien word.

12.2.3 'n Werkgewer (deelnemende werkgewer) of sodanige deel daarvan as wat aan die Skema gekommunikeer is, mag sy deelname aan die Skema beëindig deur 2 (twee) maande skriftelike kennis te gee dat die werkgewer as geheel of gedeeltelik sy verhouding met die Skema beëindig, beginnende op die eerste dag van enige kalendermaand. Alle regte op voordele word gestaak na die laaste dag van lidmaatskap. Die werkgewer is verantwoordelik daarvoor om kennis van die beëindiging aan sy werknemers, asook voortsettingslede, weduwee- of wewenaarlede, afgetrede lede en ouerlose lede wat lidmaatskap

verkry het op grond van hul vorige indiensneming by of verhouding met die betrokke werkgewer. Die werkgewer moet op versoek van die Skema bewys lewer van die kennisgewing aan gemelde werknemers, asook voortsettingslede, weduwee- of wewenaarlede, afgetrede lede en ouerlose lede, welke kennisgewing die datum waarop gemelde lidmaatskap beëindig word, moet bevat.

12.2.4 Die Skema se reg op die kennistydperk vermeld in Reël 12.2.1 en 12.2.3, mag opgehef word in bewese gevalle waar lidmaatskap van 'n ander mediese skema as gevolg van diensvoorwaardes vir lede verpligtend is.

12.3 Lidmaatskap tydens buitelandse verblyf

'n Lid wat met verlof die Republiek van Suid-Afrika verlaat of wat met amptelike diens die Republiek van Suid-Afrika tydelik verlaat, mag aansoek doen om gedurende sodanige tydperk van afwesigheid sy lidmaatskap te laat opskort, of mag verkies om die voordele ooreenkomstig die voordele-opsie van sy keuse te bly ontvang. Met dien verstande dat die bydraes deur of namens sodanige Lid betaal sal word en dat die voordele wat hy aldus ontvang, nie die bedrag wat in die Republiek van Suid-Afrika van toepassing sou wees, oorskry nie.

12.4 Dood

Die lidmaatskap van 'n Lid word beëindig met die dood van die lid, met dien verstande dat die oorlewende gade en Afhanklikes van 'n afgestorwe Lid ingevolge Reël 6.3 steeds lede van die Skema mag wees.

12.5 Staking van voordele

Die reg tot voordele van die Lid en enige Afhanklikes van 'n Lid wie se lidmaatskap beëindig is, word op die laaste dag van lidmaatskap gestaak.

12.6 Versuim om verskuldigde bedrae aan die Skema te betaal

Indien 'n Lid en/of sy werkgewer, na gelang van die geval, versuim en/of weier en/of nalaat om enige bedrag en/of enige skuld verskuldig aan die Skema, soos uiteengesit in die Reëls, te betaal:

12.6.1 Moet die Lid en sy werkgewer, waar toepaslik, ingelig word dat hy versuim het om sy verpligting na te kom.

12.6.2 Indien die bydraes nie binne 'n vasgestelde tydperk bygebring word nie, mag die Skema na goeiddunke:

12.6.2.1 Enige uitbetaling van voordele wat ten opsigte van sodanige Lid en sy Afhanklikes opgeloopt het, ongeag van wanneer die eis vir sodanige voordele ontstaan het, opskort; en/of

12.6.2.2 Aan die Lid of namens die Lid enige voordeel minus die toepaslike bedrag wat deur of ten opsigte van die Lid aan die Skema verskuldig is, betaal; en/of

12.6.2.3 Enige toepaslike uitstaande bedrag aftrek van enige gelde wat deur die Skema aan die Lid verskuldig is; en/of

12.6.2.4 Die Lid se lidmaatskap beëindig en sodanige stappe doen as wat nodig is om enige verliese en uitstaande bedrae, asook alle regskostes wat aangegaan is, op 'n prokureur-en-eieklënt-skaal te verhaal.

12.7 Oortreding van die Reëls van die Skema

12.7.1 Die Skema mag 'n Lid of Afhanklike uitsluit van voordele of die lidmaatskap van 'n Lid of Afhanklike opskort of beëindig indien sodanige Lid of Afhanklike –

12.7.1.1 Enige bepaling van hierdie Reëls oortree of in gebreke bly om daaraan te voldoen;

12.7.1.2 Bedrieglike eise indien: 'n Eis indien of veroorsaak dat 'n eis ingedien word vir die betaling van enige voordeel wat na bewering ingevolge die Reëls aan hom toekom, wel wetende dat sodanige eis vals is;

12.7.1.3 Enige bedrieglike daad pleeg: Bewustelik aan die Skema 'n wesenlike wanvoorstelling doen of veroorsaak dat 'n wanvoorstelling gedoen word oor enige wesenlike feit ten einde 'n reg op 'n voordeel wat na bewering ingevolge die Reëls van die Skema hom toekom, te bepaal;

12.7.1.4 Versuim om wesenlike inligting oor te dra: Kennis dra van enige feit of gebeurlikheid wat sy reg om enige voordeel ingevolge die Reëls te ontvang, mag beïnvloed en in gebreke bly om sodanige feit of gebeure aan die Skema bekend te maak met die doel om 'n voordeel te ontvang waarop hy nie geregtig is nie of 'n groter voordeel te ontvang as waarop hy wel geregtig is.

12.7.2 Die Lid mag binne 14 dae nadat kennis van die betrokke besluit ontvang is, skriftelike verzoek rakende 'n besluit wat ingevolge Reël 12.7.1 afgedwing is, rig aan die Skema se Dispuutkomitee, wat saamgestel word en funksioneer in ooreenstemming met Reël 28.

12.7.3 Die Lid mag ingevolge Hoofstuk 10 van die Wet 'n appèl aan die Raad vir Mediese Skemas rig teen 'n besluit van die Dispuutkomitee van die Skema.

13. BYDRAES

13.1 Totale maandelikse bydraes

Die totale maandelikse bydraes wat deur of ten opsigte van 'n Lid aan die Skema betaalbaar is, word in Bylaag A van hierdie Reëls, soos van tyd-tot-tyd gewysig, uiteengesit (bylaes is beskikbaar by www.bestmed.co.za). Met dien verstande dat bydraes bepaal sal word volgens inkomste of die aantal Afhanklikes, of beide inkomste en die aantal Afhanklikes, en met die verdere voorwaarde dat 'n premieboete of -belading in ooreenstemming met die bepalinge van die Wet van toepassing gemaak mag word op persone wat op 'n latere leeftyd aansluit.

13.2 Betaaldatum vir bydraes

13.2.1 Bydraes is maandeliks soos volg vooruitbetaalbaar:

13.2.1.1 Op die 20ste (twintigste) van die maand; of

13.2.1.2 Op die 25ste (vyf-en-twintigste) van die maand; of

13.2.1.3 Op die 1ste (eerste) van die maand; of

13.2.1.4 Maandeliks terugwerkend soos tussen die Skema en 'n werkgewer ooreengekom,

en is voor of nie later nie as die 3de (derde) dag na elke onderskeidelike betaaldatum van elke maand betaalbaar.

13.2.2 In gevalle waar die verskuldigde bydraes nie voor of op die betaaldatum soos onderskeidelik aangedui in 13.2.1 aan die Skema betaal is nie, moet die Skema die Lid en werkgewer, waar toepaslik, in kennis stel en weens wanbetaling of gedeeltelike betaling van bydraes, lidmaatskap opskort met ingang van die 1ste (eerste) dag van die maand ten opsigte waarvan die verskuldigde bydraes nie ontvang is nie. 'n Skriftelike bevestiging van die opskorting sal aan die betrokke Lid uitgereik word.

13.2.3 Indien bydraebetalinge nie binne 3 (drie) maande na die datum waarop die bedrag betaalbaar was, op datum gebring word nie, sal die Skema lidmaatskap terugwerkend opskort.

13.3 Herstel van lidmaatskap en voordele

Lidmaatskap en voordele word sonder onderbreking herstel slegs indien –

13.3.1 In opvolging van die Skema se besluit geneem ingevolge Reël 12.6 en/of 12.7, na gelang van die geval, die betalings bygebring word;

13.3.2 'n Lid binne 3 (drie) maande na die datum van beëindiging aansoek om herstel doen en alle uitstaande skuld gedelg is – sou dit die rede vir beëindiging wees – en voldoen aan die verdere voorwaarde dat sodanige aansoek vergesel moet word van 'n verklaring van gesondheid ten einde die onderskrywing van die Lid en sy Afhanklikes te bepaal;

13.3.3 'n Lid na die tydperk van 3 (drie) maande herstel versoek en aansoek doen om nuwe lidmaatskap deur 'n aansoekvorm te voltooi, waarna onderskrywing van toepassing sal wees.

Herstel van lidmaatskap is onderworpe aan die Skema se reg om 'n redelike bedrag te hef ter dekking van alle uitgawes aangegaan in verband met die versuim en om rente teen die prima-oortrekkingsstarief van die Skema se bankiers te vorder. Met dien verstande dat in alle gevalle waar 'n debietorderaanvraag geweier word, 'n heffing soos van tyd tot tyd deur die Skema bepaal word om onkoste aangegaan in verband met sodanige versuim te dek, deur die Lid of werkgewer aan die Skema betaalbaar sal wees.

13.4 Geen terugbetaling van bydraes

Tensy daar in hierdie Reëls spesifiek ten opsigte van spaarrekeninge daarvoor voorsiening gemaak word, word geen terugbetaling van enige skemabate of gedeelte van ledegeld wat bygedra is, aan enige persoon gedoen nie waar sodanige persoon se lidmaatskap of dekking ten opsigte van enige Afhanklike in die loop van 'n maand verval het, of waar die Lid in gebreke gebly het om die Skema ooreenkomstig Reël 11 te verwittig van enige verandering in lidmaatskapstatus.

13.5 Saldo op spaarrekening

Die kredietsaldo wat 'n Lid toekom ingevolge enige opsie wat voorsiening maak vir persoonlike mediese spaarrekeninge, is tot die uitsluitlike voordeel van die Lid en sy Afhanklikes beskikbaar, onderhewig daaraan dat sodanige spaarrekening –

13.5.1 Nie aangewend mag word vir die betaling van bydraes nie, met die voorbehoud dat die Skema by die beëindiging van lidmaatskap sodanige fondse mag aanwend om enige skuld wat die Lid aan die Skema verskuldig is, te verhaal;

13.5.2 Binne 5 (vyf) maande soos bereken vanaf die datum volgende op die laaste dag van lidmaatskap of die laaste dag van die Lid se vorige voordele-opsie, na gelang van die geval, oorgedra sal word aan 'n ander mediese skema of voordele-opsie met 'n spaarrekening wanneer sodanige Lid van mediese skema of voordele-opsie verander;

13.5.3 Onderhewig aan die toepaslike belastingwette, as 'n kontantvoordeel geneem moet word wanneer die Lid sy lidmaatskap beëindig en nie by 'n ander mediese skema of opsie met 'n spaarrekening aansluit nie; en

13.5.4 Nie aangewend mag word om die kostes van voorgeskrewe minimum voordele te dek nie.

14. VERPLIGTINGE VAN WERKGEWER EN LID (ONDERSCHEIDELIK)

14.1 Verpligtinge van die werkgewer

Die verpligtinge van 'n werkgewer teenoor die Skema word beperk tot enige bedrae betaalbaar ingevolge enige ooreenkoms tussen die werkgewer en die Skema. 'n Werkgewer word aanspreeklik gehou vir en betaal die maandelikse bydrae van elke Lid in sy diens, asook voortsettingslede, op die ooreengekomme grondslag aan die Skema.

14.2 Verpligtinge van die Lid teenoor die Skema

Die verpligtinge van 'n Lid teenoor die Skema word beperk tot die bedrag van sy onbetaalde bydraes tesame met enige bedrag wat deur die Skema namens hom of sy Afhanklikes uitbetaal en nog nie aan die Skema terugbetaal is nie. Indien 'n Lid versuim om binne 30 (dertig) dae na die betaaldatum enige bedrae terug te betaal wat hy aan die Skema ten opsigte van homself of sy Afhanklikes verskuldig is, mag die Skema ooreenkomstig Reël 12.6 stappe doen.

14.3 Bedrae verskuldig by beëindiging van lidmaatskap

By die beëindiging van 'n Lid se lidmaatskap, word enige bedrag wat hy nog verskuldig is, as skuld aan en dus verhaalbaar deur die Skema beskou.

14.4 Invordering van bedrae aan die Skema verskuldig

Die Raad is by magte om van enige gelde wat die Skema aan die Lid verskuldig is, enige bedrag uitstaande ten opsigte van 'n lening aan die Lid en/of die Lid se deel in enige rekening waarvoor die Lid ingevolge hierdie Reëls aanspreeklik is, af te trek. Andersins mag die Raad 'n Lid se werkgewer versoek om enige bedrag wat hy aan die Skema verskuldig is, van enige gelde betaalbaar aan die Lid te verhaal.

15. EISPROSEDURE

15.1 Inligting vervat in rekeninge

Alle eise wat by die Skema ingedien word ten opsigte van die lewering van 'n toepaslike gesondheidsdiens soos deur hierdie Reëls beoog, moet soos voorgeskryf, deur 'n rekening of staat vergesel word. 'n Rekening vir toepaslike gesondheidsdienste gelewer, moet die volgende bevat:

15.1.1 Die Lid se van en voorletters.

15.1.2 Die van, voornaam en ander voorletters, indien enige, asook die pasiënt se geboortedatum.

15.1.3 Die naam van die Skema.

15.1.4 Die Lid se lidmaatskapnommer.

15.1.5 Die praktykkodenummer, groeipraktyknommer en individuele verskaffer se registrasienommer soos uitgereik deur die registrasie-owerhede vir verskaffers en, waar van toepassing, die naam en adres van die betrokke gesondheidsorg.

15.1.6 Die datum waarop elke toepaslike gesondheidsdiens verskaf is.

15.1.7 Die toepaslike diagnostiese kode (ICD-10-kode) en enige sodanige ander item-kodenummers, soos deur die Department Gesondheid voorgeskryf of wat ingevolge wetgewing van tyd-tot-tyd vereis word, en wat verband hou met sodanige gesondheidsdienste.

15.1.8 Die aard en koste van alle toepaslike gesondheidsdienste wat gelewer is, insluitend die voorsiening van medisyne aan die betrokke Lid of aan 'n Afhanklike van daardie lid, asook die naam, Nappi-kode, hoeveelheid, dosering en die netto bedrag geëis deur die verskaffer van die betrokke gesondheidsdiens ten opsigte van die medisyne wat deur die Lid betaalbaar is.

15.1.9 In gevalle waar 'n apteker aan 'n Lid of 'n Afhanklike van 'n Lid van die Skema medisyne volgens voorskrif verskaf, 'n afskrif van die oorspronklike voorskrif of 'n gesertifiseerde afskrif van sodanige voorskrif indien die Skema dit sou vereis of versoek.

- 15.1.10 Indien die rekening 'n fotokopie van die oorspronklike is, moet die fotokopie deur middel van 'n rubberstempel of 'n handtekening deur die verskaffer as 'n ware weergawe van die oorspronklike verklaar en gesertifiseer word.
- 15.1.11 'n Verklaring dat die rekening in ooreenstemming met die Skemataryf of enige ander toepaslike tarief gehef is.
- 15.1.12 Die naam van die verwysende mediese praktisyn of tandarts, waar toepaslik.
- 15.1.13 Die handtekening van die Lid of die pasiënt indien die Lid self die eis indien.
- 15.1.14 In gevalle waar daar in sodanige rekening of staat melding gemaak word van die gebruik van 'n teater:
- 15.1.14.1 Die naam en toepaslike praktyknommer, asook verskaffernommer soos bedoel in Reël 15.1.5, van die mediese praktisyn of tandarts wat die operasie uitgevoer het;
- 15.1.14.2 Die naam of name asook toepaslike praktyk- en verskaffernommer soos bedoel in Reël 15.1.5, van elke mediese praktisyn of tandarts wat geassisteer het tydens die operasie; en
- 15.1.14.3 Alle prosedures wat uitgevoer is tesame met die toepaslike itemkodenommer soos bedoel in Reël 15.1.7.
- 15.1.15 In die geval van 'n eerste rekening of staat ten opsigte van ortodontiese behandeling of ander gevorderde of gespesialiseerde tandheelkunde, 'n behandelingsplan wat die volgende aandui:
- 15.1.15.1 Die beraamde totale koste van die behandeling;
- 15.1.15.2 Die verwagte duur van die behandeling;
- 15.1.15.3 Die aanvanklike bedrag wat betaalbaar is; en
- 15.1.15.4 Die maandelikse bedrag wat betaalbaar is.

15.2 Bevestiging van betaling deur die Skema

Indien 'n rekening, staat of eis korrek is of wanneer 'n gekorrigeerde rekening, staat of eis ontvang word, na gelang van die geval, moet die Skema, benewens die betaling in artikel 59(2) van die Wet bedoel, aan die Lid 'n staat stuur wat minstens die volgende besonderhede bevat –

- 15.2.1 Die Lid se naam en lidmaatskapnommer;
- 15.2.2 Die naam van die verskaffer van die toepaslike gesondheidsdiens;
- 15.2.3 Die finale datum van dienslewering deur die verskaffer van die toepaslike gesondheidsdiens op die rekening of staat wat deur die betrokke betaling gedek word;
- 15.2.4 Die totale bedrag gehef vir die betrokke diens; en
- 15.2.5 Die bedrag van die voordeel toegeken vir sodanige toepaslike gesondheidsdiens.

15.3 Indiening van eise binne 4 (vier) maande

- 15.3.1 Ten einde vir voordele in aanmerking te kom, moet 'n eis, tensy anders ooreengekom, onderteken en as korrek gesertifiseer word deur 'n Lid en by die Skema ingedien word voor of op die laaste dag van die 4de (vierde) maand na die maand waarin die diens gelewer is.
- 15.3.2 Die Lid bly verantwoordelik daarvoor om eise betyds in te dien. Indien 'n Lid nie 'n rekening vir dienste gelewer kan verkry nie, of waar hy wel 'n rekening ontvang het, maar weens omstandighede buite sy beheer nie in staat is om, soos vereis, die rekening binne 4 (vier) maande in te dien nie, kan die Raad na goeddunke hierdie tydperk verleng, mits 'n skriftelike aansoek om verlenging deur die Hoofbeampte ontvang word voor die verstryking van die tydperk in Reël 15.3.1 vermeld.
- 15.3.3 Alle rekenings van lede wie se lidmaatskap ingevolge onderskeidelik Reël 12.6 en 12.7 beëindig is, moet saam met die betrokke Lid se bydrae by die Skema ingedien word ooreenkomstig die bepalings van Reël 15.3.1 en by versuim om aan hierdie vereiste te voldoen, verval die aanspreeklikheid vir die betaling van die Skema se bydrae ingevolge die Skedule van die voordele-opsie waaraan die Lid deelneem. Met dien verstande dat waar 'n Lid se lidmaatskap as gevolg van sy afsterwe beëindig is, daar na goeddunke van die Raad aan die eksekuteur van sy boedel bykomende tyd verleen mag word om die rekenings asook geskrewe bewys dat alle verskuldigde bedrae, insluitende uitstaande bydraes wat die afgestorwe Lid aan die Skema verskuldig is, ten volle vereffen is, by die Hoofbeampte in te dien.
- 15.3.4 Rekening deur lede betaal
Indien 'n Lid 'n rekening self betaal het, moet hy ter ondersteuning van sy eis 'n kwitansie indien vir die netto bedrag wat hy na enige afslag betaal het.

15.4 Foutiewe en onaanvaarbare rekenings

Indien die Skema van mening is dat 'n rekening, staat of eis foutief of onaanvaarbaar vir betaling is, moet die Skema binne 30 (dertig) dae na ontvangs daarvan, die Lid en die gesondheidsorgverskaffer dienooreenkomstig inlig. Die Skema moet redes verskaf waarom sodanige eis as foutief of onaanvaarbaar beskou word en sodanige Lid en verskaffer moet die geleentheid gebied word om die gekorrigeerde eis binne 60 (sestig) dae na die datum waarop die gemelde rekening vir regstelling teruggestuur is, weer by die Skema in te dien.

15.5 Eise vir persoonlike beserings teen derde partye

Indien die Skema voordele betaal aan of namens 'n Lid of Afhanklike ten opsigte van persoonlike beserings wat opgedoen is deur die Lid of Afhanklike as gevolg van 'n ongeluk, insident of gebeurte wat deur 'n derde party veroorsaak is onder omstandighede wat aanleiding gee tot 'n wetlik afdwingbare eis deur die Lid of Afhanklike teen sodanige derde party, is die Lid onder die verpligting om:

- 15.5.1 Alle redelike stappe te neem ten einde betyds 'n eis in te dien en/of 'n aksie om skadevergoeding teen die betrokke derde party in te stel ten aansien van die bogemelde persoonlike beserings (insluitende vorige en toekomstige mediese, hospitaal- en verwante uitgawes), voordat die eis verjaar of onafdwingbaar word;
- 15.5.2 Op 'n deeglike en redelike wyse sodanige eis tot finaliteit of skikking te voer; en
- 15.5.3 Aan die Skema die bedrag of bedrae wat toegeken of ontvang is deur die Lid of Afhanklike ten opsigte van die voordele wat deur die Skema betaal is, insluitende bedrae wat ontvang is ingevolge 'n geskrewe onderneming gemaak deur die Padongelukfonds of die Kommissaris van die Vergoedingsfonds aan die Lid of afhanklike, te betaal of betaling daarvan te bewerkstellig.

15.6 Evaluering van eise vir mediese toepaslikheid

Die Skema behou die reg voor om enige eis om voordele vir toepaslike gesondheidsdienste te evalueer, of te laat evalueer, ten einde die kliniese toepaslikheid, kostedoeltreffendheid en gehalte van die dienste te bepaal. Die Skema kan, na oorleg met sy kliniese adviseurs, intree om die gebruik van sodanige dienste op 'n toekomstige, gelyktydige of terugwerkende grondslag te hersien of aan te pas.

15.7 Langdurige siekte en/of hospitalisasie

- 15.7.1 In die geval van 'n langdurige siektetoestand of ongesteldheid van 'n Lid of geregistreerde Afhanklike van 'n lid, mag die Skema vereis dat sodanige Lid of Afhanklike 'n spesifieke voorkeurverskaffer raadpleeg, wat deel van die Skema se voorkeurverskaffernetwerk vorm en wat na oorlegpleging met die behandelende geneesheer deur die Skema aangewys word. Indien die advies van die spesialis of spesialisie nie gevolg word nie, mag die Skema besluit om geen verdere voordele vir die bepaalde siektetoestand toe te staan nie.
- 15.7.2 In die geval van 'n Lid of 'n geregistreerde Afhanklike van 'n Lid se langdurige hospitalisasie vir enige mediese toestand, kan die Skema vereis dat sodanige Lid of Afhanklike 'n spesifieke voorkeurverskaffer raadpleeg, wat deel van die Skema se voorkeurverskaffernetwerk vorm, en wat na konsultasie met die behandelende geneesheer deur die Skema aangewys word ten einde 'n tweede mening in te win rakende die kliniese prognose, bestuur en vlak van sorg vir sodanige Lid of afhanklike. Indien dit in die lig van die mening(s) uitgespreek deur die genomineerde voorkeurverskaffer(s) blyk dat die Lid of Afhanklike aan 'n terminale siektetoestand ly wat nie 'n VMV is nie, asook dat die toekenning van verdere voordele vir sodanige hospitalisasie 'n wesenlike bedreiging inhou vir die voortgesette finansiële lewensvatbaarheid van die Lid se verkose opsie, kan die Skema se Raad van Trustees, na deeglike oorweging van die toepaslike feite, besluit om sodanige hospitalisasie-voordele toe te staan tot op 'n toepaslike vlak van sorg gegewe die kliniese omstandighede van die Lid of afhanklike. Die Skema bly verantwoordelik vir alle koste indien die besluit van die Raad van Trustees vereis dat 'n bevoordeelde na 'n ander verskaffer wat as bekostigbaar beskou word, oorgeplaas word.

15.8 Konsultasie van spesialisie sonder verwysing

Wanneer 'n spesialis, uitgesonder 'n oogkundige, geraadpleeg word sonder verwysing deur 'n algemene praktisyn, mag die voordeel wat die Skema verleen, beperk word tot die bedrag wat vir dieselfde diens aan 'n algemene praktisyn betaalbaar sou wees.

15.9 Siektebestuursprogramme

Indien die Skema voordele by wyse van siektebestuursprogramme verskaf, sal die Lid en/of sy Afhanklikes verplig wees om vir sulke programme te registreer en die Skema van enige toepaslike inligting te voorsien wat vereis word. Met dien verstande dat bevoordeeldes slegs sal kwalifiseer vir voordele vir daardie dienste waarvoor die programme voorsiening maak, indien die Skema se vereistes nagekom is.

15.10 Aangewese diensverskaffers

- 15.10.1 Die Skema het verskeie gesondheidsorgverskaffers, aptekers en hospitale uitgekies en gekontrakteer om ten opsigte van een of meer voorgeskrewe minimum voordeletoestand, lede teen 'n onderhandelde tarief te diagnoseer, asook behandeling en/of versorging daarvoor te verskaf.
- 15.10.2 Voorgeskrewe minimum voordele (VMV's) word in die wet omskryf. Dit verteenwoordig die minimum vlak van toepassing op die diagnose, behandeling en sorg wat die Skema ten volle uit die risikopoel moet dek.
- 15.10.3 Die Skema sal die koste verbonde aan die diagnose, behandeling en sorg van 'n voorgeskrewe minimum voordeletoestand ten volle betaal indien gemelde dienste gelewer word deur die uitgesoekte aangewese diensverskaffer vir daardie siektetoestand. 'n Volledige lys van al die Skema se gekontrakteerde ADV's is op die Skema se webtuiste beskikbaar of kan verkry word deur die Skema se oproepsentrum te skakel, wat op versoek volledige inligting sal verskaf.
- 15.10.4 Lede wat vrywilliglik gebruik maak van verskaffers wat buite die aangewese diensverskaffernetwerk val, salverantwoordelikwees vir die betaling van die verskil by eise waar die tariewe van die gekontrakteerde aangewese diensverskaffer oorskry word. Met dien verstande dat daar geen bybetaling of aftrekking betaalbaar sal wees indien die diens noodgedwonge van 'n ander verskaffer as die aangewese diensverskaffer bekom is nie.
- 15.10.5 Ten einde duidelikheid te verskaf rakende 15.10.4, word 'n bevoordeelde geag 'n diens van 'n ander verskaffer as die aangewese diensverskaffer op noodgedwonge wyse te bekom het, indien:
- 15.10.5.1 Die diens nie vanaf die aangewese diensverskaffer verkry kon word nie of nie sonder 'n onredelike vertraging verskaf kon word nie;
- 15.10.5.2 Onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vir 'n voorgeskrewe minimum voordeletoestand vereis is in omstandighede of op 'n plek wat redelikerwys verhoed het dat die bevoordeelde sodanige behandeling van 'n aangewese diensverskaffer kon bekom; of
- 15.10.5.3 Daar geen aangewese diensverskaffer binne 'n omtrek van 50 (vyftig) kilometer van die bevoordeelde se gewone plek van besigheid of persoonlike woning was nie.

16. VOORDELE

16.1 Keuse ten opsigte van voordele en opsies

Lede is gedurende 'n finansiële jaar geregtig op die voordele uiteengesit in Bylaag B van die Skemareëls, en sodanige voordele word deur middel van die Lid na sy geregistreerde Afhanklikes uitgebrei. 'n Lid moet by toelating as Lid skriftelik 'n keuse uitoefen om deel te neem aan eenige van die beskikbare opsies soos uiteengesit Bylaag B van die Skemareëls (beskikbaar by www.bestmed.co.za).

16.2 Verandering van een voordele-opsie na 'n ander

'n Lid is daarop geregtig om van een voordele-opsie na 'n ander oor te skakel, onderhewig aan die volgende voorwaardes:

- 16.2.1 Die oorskakeling mag slegs met ingang van 1 Januarie van enige finansiële jaar geskied. Die Skema mag, na eie goeddunke, 'n Lid toelaat om op enige ander datum van een voordele-opsie na 'n ander oor te skakel.
- 16.2.2 Aansoek om van een voordele-opsie na 'n ander oor te skakel, moet skriftelik geskied en by die Skema ingedien word voor of op 31 Desember van die jaar wat die beoogde verandering voorafgaan.
- 16.2.3 'n Lid mag binne 3 (drie) maande na aansluiting sy finale keuse met betrekking tot een van die maontlike voordele-opsies, met inbegrip van die die regstelling van lidmaatskap en voordele opgeloopt waar van toepassing, skriftelik uitoefen. Indien die Lid nie die Skema skriftelik van sy finale keuse voor of op die laaste dag waarop die tydperk van 3 (drie) maande verstryk, inlig nie, sal sodanige Lid op die opsie bly wat oorspronklik gekies is, waarna 'n verandering van voordele-opsie in ooreenstemming met die bepalinge van onderskeidelik Reëls 16.2.1 en 16.2.2 uitegeoefen sal word.

16.3 Betaling van Lid of verskaffer

Indien 'n rekening korrek gelewer is, moet die Skema, onderhewig aan die bepalinge van Reël 12.7, 17.2 en 17.4, enige voordeel wat die Lid toekom, binne 30 (dertig) dae na ontvangs van die eis rakende sodanige voordeel, óf aan die Lid óf aan die verskaffer van die betrokke gesondheidsdiens wat die rekening gelewer het, betaal.

16.4 Oordrag van eise en regte

'n Lid mag nie enige eis, of gedeelte van 'n eis, of enige reg tot 'n voordeel wat hy teen die Skema mag hê, aan 'n derde party sedgeer, oordra, verpand of verhipotikeer nie. Indien 'n Lid poog om sodanige voordeel toe te ken of oor te dra, of andersins te sedgeer of te verpand of te verhipotikeer, mag die Skema die betaling van 'n voordeel waarop 'n Lid ingevolge die Reëls geregtig is, of enige reg rakende sodanige voordeel of die betaling van sodanige voordeel aan sodanige lid, weerhou of opskort of staak.

16.5 Betaling van voorgeskrewe minimum voordele

Alle voordele-opsies wat in Bylaag B van die Skemareëls gebied word, dek – onderhewig aan die bepalinge van Reël 15.1.0 gelees saam met Bylaag D1 van die Skemareëls (beskikbaar by www.bestmed.co.za) – die volle koste van die voorgeskrewe minimum voordele. Met dien verstande dat die Lid se mediese spaarrekening nie aangewend mag word vir die betaling van die voorgeskrewe minimum voordele nie.

16.6 Skematariëf

Alle voordele word betaal ooreenkomstig die Skematariëf of die gekontrakteerde fooie. Die Skematariëf moet voor die einde van elke finansiële jaar deur die Raad van Trusteas vasgestel word.

16.7 Dienste uitgesluit van voordele

Die Skema mag dienste uitsluit van voordele soos uiteengesit in Bylaag C van die Skemareëls (beskikbaar by www.bestmed.co.za).

16.8 Riglyne of protokolle ten opsigte van dienste

Indien die Skema oor befondsingsriglyne of protokolle ten opsigte van enige dienste of voorrade wat gedek word, beskik nie, sal bevoordeelde slegs kwalifiseer vir voordele ten opsigte van sodanige dienste en voorrade indien hierdie riglyne of protokolle nagekom is.

16.9 Vereistes ten opsigte van voordele sonder protokolle

Indien die Skema nie oor befondsingsriglyne of protokolle ten opsigte van dienste en voorrade wat gedek word, beskik nie, sal bevoordeelde slegs kwalifiseer vir voordele ten opsigte van sodanige dienste en voorrade indien die Skema dit as medies noodsaaklik erken. "Medies noodsaaklik" verwys na dienste of voorrade wat aan al die volgende vereistes voldoen:

- 16.9.1 Dit word benodig om die normale funksie van 'n aangetaste ledemaat, orgaan of stelsel te herstel;
- 16.9.2 Daar bestaan geen alternatief wat 'n beter uitkoms bied, meer kostedoeltreffend is en 'n kleiner risiko dra nie;
- 16.9.3 Dit word deur die betrokke diensverskaffergroep aanvaar as optimaal en nodig vir die spesifieke toestand asook op 'n toepaslike vlak om veilige en toereikende sorg te lewer;
- 16.9.4 Dit word nie gelewer vir die gerief van die betrokke bevoordeelde of diensverskaffer nie;
- 16.9.5 Daar is uitkomsstudies ten opsigte van die dienste en voorrade beskikbaar wat vir die Skema aanvaarbaar is; en
- 16.9.6 Dit behels bewys-gefundeerde medisyne waarvan die resultate in eweknie-geëvalueerde joernale gepubliseer is.

16.10 Kliniese data vereis vir die erkenning van nuwe medisyne, tegnologie, prosedures en intervensies

Geen voordele is betaalbaar nie ten opsigte van enige nuwe tegnologie, ondersoekende prosedures/intervensies, dienste of voorrade, insluitende pas-geregistreerde medisyne, tot sodanige tydstop dat die Skema daarvan oortuig word deur middel van die voorlegging van kliniese data van die aanvaarbaarheid van al die volgende aspekte wat verband hou met die betrokke dienste of voorrade:

- 16.10.1 Die terapeutiese rol daarvan in kliniese medisyne;
- 16.10.2 Die kostedoeltreffendheid daarvan;
- 16.10.3 Die relatiewe waarde daarvan in vergelyking met bestaande dienste en voorrade;
- 16.10.4 Plaaslike aanduidings, aanwending en uitkomsstudies; en
- 16.10.5 Die daarstel van 'n befondsingsriglyn of protokol. Die Skema mag na goeddunke projekte met spesifieke verskaffers rakende nuwe tegnologie struktureer met die oogmerk om resultate te evalueer en/of sy befondsingsriglyne te finaliseer.

16.11 Uitsluiting van dienste of voorrade weens gebrek aan kliniese data

- 16.11.1 Indien die Skema nie tevrede is met 'n bepaalde nuwe diens of voorrade soos bedoel in Reël 16.10 nie, mag die Skema daardie diens of voorrade van voordele uitsluit totdat genoegsame kliniese data voorgelê word, of totdat die voorgelegde kliniese data behoorlik nagegaan en aanvaar is.
- 16.11.2 Die Skema mag na goeë dunde 'n uitsluitingsperiode van een of meer jaar vereis vir die evaluering van die plaaslike aanwysings, aanwending en uitkomssyfers van alle nuwe medisyne/tegnologieë/prosedures of enige geval ten opsigte waarvan bewyse ontbreek of wat hersien word, voordat dit vir voordele oorweeg kan word.

16.12 Buitelandse eise

Voordele ten opsigte van buitelandse eise word gebaseer op die Skematariere of ander tariewe van toepassing op soortgelyke dienste/items in die Republiek van Suid-Afrika. Met dien verstande dat:

- 16.12.1 Mediese eise wat in die buiteland aangegaan word, ten volle betaal moet word deur die Lid en bewys van betaling saam met die eis ingedien moet word;
- 16.12.2 Volledig gespesifiseerde rekeninge binne die voorgeskrewe tydperk van 4 (vier) maande aan die Skema gelewer moet word onder dekking van die Skema se spesiale eisvorm vir buitelandse eise;
- 16.12.3 Rekening wat in 'n vreemde taal gelewer word, in Engels vertaal moet word;
- 16.12.4 Indien die eis R5 000 in Suid-Afrikaanse valuta oorskry, gesertifiseerde kopieë van die pasiënt se paspoort en reiskaartjies deur die Skema vereis word om vir voordele te kwalifiseer; en
- 16.12.5 Voordele vir selektiewe en beplande chirurgie of prosedures in die buiteland aan voorafmagtiging, Skema-protokolle en -tariewe onderworpe sal wees. Elke geval sal op meriete en na gelang van die beskikbare kliniese inligting geëvalueer word.

16.13 Medisynevoorraad

Tensy die Raad die teendeel besluit, word die voordele ten opsigte van medisyne wat op voorskrif verkry word, beperk tot 1 (een) maand se voorraad van elke voorskrif of 'n herhaling daarvan.

16.14 Rente op Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR)/Bonusrekening (Gevestigde mediese spaarrekening)

- 16.14.1 Enige saldo in die PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening) aan die einde van 'n finansiële jaar bly die eiendom van die Lid en loop op as krediet in sy rekening tot sodanige tyd as wat die spaarrekeningfondse in die Voogdyfonds inbetaal word. Geen kruissubsidiëring is by die PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening) van toepassing nie.
- 16.14.2 Enige kredietfondse in die PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening) moet ooreenkomstig die voorskrifte van item 1a van Afdeling B van die Wet op Mediese Skemas binne 7 (sewe) dae na ontvangs daarvan in 'n spaartrustrekening belê word. Die trustrekeninge wat deur die Skema gehou word, is lopende en geldmarkrekenings.
- 16.14.3 Indien 'n Lid sy lidmaatskap van die Skema beëindig en nie as Lid van 'n ander mediese skema toegelaat word nie of toegelaat word as Lid van 'n mediese skema wat nie voorsiening maak vir 'n PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening) nie, moet die saldo verskuldig aan die lid, insluitende die rente verdien, 5 (vyf) maande na die beëindiging van lidmaatskap en onderhewig aan die toepaslike wetgewing, aan die Lid uitbetaal word.
- 16.14.4 Rente-inkomste op kredietsaldo's van die PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening) word aan die einde van elke maand op 'n pro rata-basis toegeken en loop op as deel van die saldo van alle aktiewe en afgetrede lede se PMSR of bonusrekening (gevestigde mediese spaarrekening). Die geallokeerde rente is die netto rente-inkomste minus die bankkoste gehêf op trustrekenings.
- 16.14.5 In die geval van onopgeëiste saldo's, waar die Lid nie binne 5 (vyf) jaar na die beëindiging van lidmaatskap opgespoor kan word nie en alle redelike pogings aangewend is om die gemelde Lid op te spoor, word sodanige onopgeëiste spaarrekeningsaldo aan die Voogdyfonds oorbetal. Daar sal geen rente ooploop nadat die spaarrekeningsaldo aan die Voogdyfonds oorbetal is nie.

17. BETALING VAN REKENINGE

17.1 Betaling beperk tot maksimum van voordele-opsie

Die betaling van rekeninge word beperk tot die maksimum bedrag vir die voordeel waarop die Lid geregtig is ingevolge die toepaslike voordele en die verkose opsie.

17.2 Regstreekse betaling van verskaffers

Nieteenstaande Reël 16.3, mag die Skema, hetsy by ooreenkoms of andersins, met enige verskaffer of groep verskaffers van 'n toepaslike gesondheidsdiens, die voordeel waarop die Lid geregtig is, regstreeks aan die verskaffer wat die diens gelewer het, betaal.

17.3 Verhaling van oorbetalings

Wanneer die Skema 'n rekening of deel van 'n rekening of enige voordeel betaal het waarop 'n Lid nie geregtig is nie, hetsy betaling aan die Lid of aan die diensverskaffer geskied het, kan die Skema die bedrag van sodanige oorbetalings ingevolge artikel 59(3) van die Wet verhaal.

17.4 Regstreekse betaling aan lede

Nieteenstaande die bepalinge van hierdie Reël asook Reël 1.6, kan die Skema na eie goeë dunde enige voordeel regstreeks aan die betrokke Lid te betaal.

17.5 Eise van buite Suid-Afrika

'n Eis ingedien deur 'n Lid wat amptelik aan diens is buite die Republiek van Suid-Afrika sal, soos bedoel in Reël 16.10, volgens verdienste deur die Raad hanteer word, terwyl die voordele nie die bedrag moet oorskry wat in Suid-Afrika op die diens van toepassing sou wees nie.

18. BESTUUR

18.1 Samestelling van die Raad van Trusteese

Die sakebedrywighede van die Skema moet ingevolge hierdie Reëls en die toepaslike wetgewing bestuur word deur 'n Raad van Trusteese bestaande uit hoogstens 12 (twaalf) persone, met uitsondering van die persone waarna in Reël 18.1.3 verwys word, wat bekwaam en geskik is om trustee te wees. Die Raad moet soos volg saamgestel word:

18.1.1 Ledeveertienwoordigers

- 18.1.1.1 3 (drie) werknemerlede van die Skema wat deur die werknemerlede vir verkiesing genomineer en vervolgens deur al die lede van die Skema verkies word;
- 18.1.1.2 2 (twee) individuele lede van die Skema wat deur die individuele lede vir verkiesing genomineer en vervolgens deur al die lede van die Skema verkies word; en
- 18.1.1.3 1 (een) voortsettingslid, weduwee- of wewenaarlid, of afgetrede Lid van die Skema wat deur hierdie groep lede van die Skema vir verkiesing genomineer en vervolgens deur al die lede van die Skema verkies word.

18.1.2 Aangewese trustee

6 (ses) persone, wat nie noodwendig lede van die Skema is nie, wat deur die Raad aangewys word;

18.1.3 Vennootskapvertegenwoordigers

'n Maksimum van 3 (drie) persone van 'n skema of skemas wat met Bestmed amalgameer, mag na onderhandeling met die raad van sodanige skema deur die Raad van Bestmed aangewys word. Met dien verstande dat nie minder nie as die helfte van lede wat op sodanige wyse aangewys word, persone is wat deur die lede van die betrokke skema tot die raad van daardie skema verkies is.

18.2 Verkiesbaarheid van kandidate

18.2.1 Die volgende persone is nie verkiesbaar om as Raadslede te dien nie:

- 18.2.1.1 'n Persoon onder die ouderdom van 21 (een-en-twintig) jaar;
- 18.2.1.2 'n Werknemer, direkteur, beampte, konsultant of kontrakteur van enige administrateur van die Skema of enige beheermaatskappy, filiaal, gesamentlike onderneming of assosiaat van gemelde administrateur;
- 18.2.1.3 'n Makelaar;
- 18.2.1.4 Die hoofbeampte van die Skema; en
- 18.2.1.5 Die ouditeur van die Skema
- 18.2.2 Uittredende lede van die Raad is herkiesbaar en heraanstelbaar.

- 18.2.3 Hoogstens 1 (een) verteenwoordiger van elke groep waarna in Reël 18.1.1 verwys word, mag 'n werknemer van dieselfde werkgewer wees. Met dien verstande dat indien dit na die tel van die stemme sou blyk dat sodanige werknemers die voorgeskrewe getal oorskry, slegs die kandidaat wat die meeste stemme in die betrokke groep verwerf het, as regtens verkies verklaar sal word en met die verdere voorwaarde dat alle stemgeregtigde lede slegs mag

stem vir 1 (een) kandidaat in 'n spesifieke deelnemende werkgewergroep. Die ander kandidate moet gediskwalifiseer en vervang word deur die kandidate uit daardie spesifieke lidmaatskapsgroep wat nie sodanige werknemers is nie en wat die daaropvolgende meeste stemme verwerf het.

18.3 Verkiesing van ledeverteenwoordigers

- 18.3.1 Voor of op 1 November van die jaar wat die jaar voorafgaan waarin die vakature ontstaan, versoek die Skema se Hoofbeampte alle lede van die onderskeie ledegroepe vermeld in Reël 18.1.1, om op die betrokke nominasievorm wat die Raad vir die doel goedgekeur het, hoogstens 1 (een) kandidaat uit daardie groep te benoem vir verkiesing op die Raad. Gemelde nominasies moet die Hoofbeampte voor of op 31 Januarie van die volgende jaar bereik.
- 18.3.2 Ten einde die nominasie geldig te maak, moet elke nominasie deur 'n ander Lid van die spesifieke ledekategorie gesekondeer word en die genomineerde dit skriftelik aanvaar. Met dien verstande dat 'n onafhanklike benoeming van dieselfde genomineerde deur 'n ander Lid as 'n sekondering beskou sal word.
- 18.3.3 Indien slegs die aantal kandidate waarvoor daar vakatures bestaan, aldus benoem word, word sodanige kandidate as behoorlik verkies verklaar tydens die algemene jaarvergadering, onderhewig aan die bepalings van Reël 18.2.3.
- 18.3.4 Indien meer kandidate as die aantal waarvoor daar vakatures bestaan, aldus benoem word, voorsien die Hoofbeampte voor of op 28 Februarie van die jaar waarin die verkiesing plaasvind, aan die lede van die Skema stembriewe wat die Raad vir hierdie doel goedgekeur het en waarop die name van al die benoemde kandidate in elke ledekategorie voorkom. Al die lede van die Skema kies dan met behulp van hierdie stembriewe die aantal kandidate vir wie daar vakatures bestaan. Die voltooide stembriewe moet die Hoofbeampte voor of op 7 April van die betrokke jaar bereik.
- 18.3.5 Die aantal kandidate vir wie daar in elke ledegroep vakatures bestaan en wat aldus die meerderheidstem verkry, word tydens die algemene jaarvergadering as behoorlik verkies verklaar, onderhewig aan die bepalings van Reël 18.2.3. Met dien verstande dat die verkose kandidaat deur loting bepaal word indien kandidate in dieselfde groep 'n gelyke aantal stemme verwerf.
- 18.3.6 Indien minder kandidate as die getal waarvoor daar vakatures in die ledegroep bestaan aldus benoem word, word bykomende lede deur al die teenwoordige lede tydens die algemene jaarvergadering verkies.
- 18.3.7 Die ampstermyn van verkose ledeverteenwoordigers is 4 (vier) jaar vanaf die eerste raadsvergadering wat plaasvind ná die algemene jaarvergadering in die verkiesingsjaar.

18.4 Aanwysing van Trustees soos vermeld in Reël 18.1.2

- 18.4.1 Tydens die laaste geskeduleerde raadsvergadering voor die algemene jaarvergadering waartydens 'n vakature sal ontstaan, word 'n maksimum van 6 (ses) persone, soos vermeld in Reël 18.1.2, wat nie noodwendig lede van die Skema is nie, deur die ander lede van die Raad van Trustees aangewys. Die name van die lede wat aldus aangewys word, word tydens die algemene jaarvergadering bekend gemaak.
- 18.4.2 Die ampstermyn van hierdie lede is 4 (vier) jaar vanaf die eerste raadsvergadering na die algemene jaarvergadering in sodanige Lid se jaar van aanwysing.

18.5 Koöptering van addisionele lede

- 18.5.1 Die Raad mag 1 (een) of meer kundige persone wat lede van die Skema is, koöpteer om hom behulpsaam te wees met sy beraadslagings. Met dien verstande dat sodanige persoon nie tydens raadsvergaderings mag stem nie.
- 18.5.2 Indien sodanige gekoöpteerde Lid aangewys word op of verkies word tot enige komitee, sal hy die reg hê om op sodanige komitee sy stem uit te bring.
- 18.5.3 Die ampstermyn van gekoöpteerde lede is 1 (een) jaar.

18.6 Vulling van vakatures op die Raad

Wanneer 'n raadslid bedank, gediskwalifiseer word of te sterwe kom, moet die Raad deur middel van 'n meerderheidstem van die oorblywende raadslede, sodanige vakature vul vir die onverstreke gedeelte van die dienstermyn van die vakante setel op die Raad; of in die geval van 'n vakature in 'n verkose setel, na die goedgeskikte van die Raad 'n verkiesing hou.

18.7 Diskwalifikasie en bedanking uit die Raad

- 18.7.1 'n Raadslid mag te eniger tyd uittree deur skriftelike kennis aan die Raad te gee.
- 18.7.2 'n Lid van die Raad se ampstermyn word beëindig indien –
- 18.7.2.1 Hy geestesonbevoeg is of onbevoeg raak om sy eie sake te bestuur;
- 18.7.2.2 Hy insolvent verklaar word of sy boedel aan sy krediteure oorgegee het;

- 18.7.2.3 Hy óf in die Republiek van Suid-Afrika óf elders skuldig bevind word aan enige ernstige kriminele oortreding;
- 18.7.2.4 Hy weens wangedrag deur die hof uit enige vertrouensposisie verwyder word;
- 18.7.2.5 Hy ingevolge enige wet gediskwalifiseer word om sy beroep te beoefen;
- 18.7.2.6 Hy as raadslid verkies deur lede van die Skema, ophou om Lid van die Skema te wees;
- 18.7.2.7 Hy sonder die toestemming van die Raad van 2 (twee) opeenvolgende raadsvergaderings afwesig is;
- 18.7.2.8 Hy ingevolge artikel 46 van die Wet deur die Raad uit sy amp ontslaan word; of
- 18.7.2.9 Hy ingevolge die bepalings van die mandaat van die Dissiplinêre Komitee van die Raad uit sy amp ontslaan word deur 'n 2/3 (twee-derde) meerderheid van die Raad wat by 'n vergadering teenwoordig is.

18.8 Belatings aan en vergoeding van Raadslede

- 18.8.1 Raadslede is, met betrekking tot die uitvoering van hul pligte as trustees, geregtig op vergoeding soos voorsien in die Vergoedingsbeleid vir Trustees of, in gevalle waar geen sodanige voorsiening gemaak word nie, op 'n redelike vergoeding.
- 18.8.2 Nieteenstaande 18.8.1. is Raadslede geregtig op die volgende redelike vergoeding:
- 18.8.2.1 Uitbetalings, wat insluit maar nie beperk is nie tot:
- 18.8.2.1.1 Reis- en ander uitgawes aangegaan vir die bywoning van vergaderings of konferensies;
- 18.8.2.1.2 Akkommodasie en maaltye; en
- 18.8.2.1.3 Telefoonuitgawes vir besigheidsdoeleindes;
- 18.8.2.2 Fooie vir die bywoning van vergaderings van die Raad of Raadskomitees;
- 18.8.2.3 Fooie vir die vulling van 'n spesifieke posisie op die Raad of Raadskomitees.

18.9 Vergaderingsprosedure

- 18.9.1 Die Raad moet minstens 3 (drie) keer per jaar op die datums wat deur die uitvoerende komitee goedgekeur is, vergader.
- 18.9.2 Die agenda vir 'n vergadering moet die lede ten minste 5 (vyf) dae voor die geskeduleerde datum van die vergadering bereik.
- 18.9.3 Raadslede wat sake in die agenda wil laat opneem, moet sodanige sake ten minste 15 (vyftien) dae voor die geskeduleerde vergaderdatum by die Hoofbeampte indien. Met dien verstande dat, met die goedkeuring van die vergadering, dringende sake tydens die vergadering voorgelê mag word.
- 18.9.4 Die teenwoordigheid van die 1/2e (helfte) van die stemgeregtigde lede plus een gedurende die verloop van 'n vergadering stel 'n kworum vir gemelde vergadering daar; en
- 18.9.5 Indien daar nie aan die kworumvereiste voldoen kan word gedurende die verloop van 'n vergadering nie, word sodanige vergadering uitgestel tot 'n datum minstens 3 (drie) dae na sodanige datum as waarop alle raadslede ingelig is van die datum van die uitgestelde vergadering. Met dien verstande dat die teenwoordige stemgeregtigde lede tydens laasgenoemde vergadering 'n kworum daarstel.
- 18.9.6 Die Raad moet uit eie geledere 'n voorsitter en ondervoorsitter kies. Gemelde persone sal ook as die voorsitter en ondervoorsitter van die uitvoerende komitee van die Raad dien, op voorwaarde dat die ondervoorsitter in die afwesigheid van die voorsitter sal voorsit, terwyl die vergadering 'n voorsitter vir doeleindes van daardie vergadering moet kies wanneer beide die voorsitter en ondervoorsitter afwesig is.
- 18.9.7 Die verkiesing van die voorsitter, ondervoorsitter, uitvoerende komitee en auditkomitee moet tweemaal tydens die eerste raadsvergadering na die toepaslike algemene jaarvergadering geskied. Met dien verstande dat die vorige bekleërs hul ampte tot en met die aanvang van die betrokke raadsvergadering behou en dat ander raadskomitees, met die uitsondering van die Dispuutkomitee, hulle eie ampsdraers aanstel in gevalle waar die Raad nie sodanige aanstellings gemaak het nie.
- 18.9.8 Die benoeming en stemming vir ampsdraers en lede van die uitvoerende komiteelede van die Raad geskied deur middel van geslote stembriewe, op voorwaarde dat 'n gegewe persoon deur 2 (twee) of meer stemgeregtigde lede genomineer moet word ten einde die benoeming geldig te maak.

- 18.9.9 Die voorsteller van 'n mosie of wysiging mag sodanige voorstel of wysiging met die goedkeuring van die vergadering aanpas of terugtrek.
- 18.9.10 'n Lid wat 'n punt van orde aanhangig maak, het die reg om onmiddellik in dié verband aanhangende te word.
- 18.9.11 Die beslissing van die voorsitter rakende 'n punt van orde is nie oop vir bespreking nie. Met dien verstande dat 'n Lid beswaar mag maak teen die beslissing en dat gemelde beslissing onmiddellik aan stemming deur die stemgeregtigde lede by die vergadering onderwerp word. Die besluit van die vergadering word as finaal aanvaar.
- 18.9.12 Besluite tydens vergaderings word deur middel van 'n meerderheidstem beslis en in die geval van 'n gelyke stemming, het die voorsitter benewens sy beraadslagende stem ook 'n beslissende stem. Met dien verstande dat in dringende gevalle die Raad, sonder om 'n vergadering te belê, 'n besluit kan neem deur gebruik te maak van die pos of telefoniese, telegrafiese en enige ander tegnologiese middels, mits 3/4 (driekwart) van alle stemgeregtigde Raadslede ten gunste van die besluit stem. Dit is verder onderhewig daaraan dat geen Raadsbesluit ongeldig sal wees weens die bestaan van enige vakature op die Raad nie.
- 18.9.13 'n Stemgeregtigde raadslid mag 'n ander stemgeregtigde raadslid aanstel as sy gevolmagtigde om tydens 'n vergadering namens hom te praat en te stem en waar sodanige gevolmagtigde ook ander lede verteenwoordig, is hy daarop geregtig om namens alle lede wat hy verteenwoordig by die vergadering op te tree. 'n Volmag moet skriftelik voltooi, deur die verlener daarvan onderteken word en moet –
- 18.9.13.1 In 'n formaat wees wat deur die Raad goedgekeur is, of wat vir die Raad aanvaarbaar is;
- 18.9.13.2 Nie minder nie as 24 (vier-en-twintig) uur voor die tyd wat vir die vergadering geskeduleer is, by die geregistreerde kantoor van die Skema ingedien word;
- 18.9.13.3 Behalwe in soverre die teendeel bepaal is, geag word om die algemene mag te verleen om op te tree tydens die betrokke vergadering, onderworpe aan enige spesifieke voorskrif in die volmag; en
- 18.9.13.4 Geldig wees vir 'n spesifieke vergadering en elke hervatting van 'n verdaagde vergadering waarmee dit verband hou, tensy dit nie minder nie as 24 (vier-en-twintig) uur voor sodanige vergadering skriftelik deur die verlener teruggetrek word, of die verlener self die vergadering bywoon en namens homself optree.
- 18.9.14 Indien dit nodig sou blyk te wees, kan die voorsitter, of in sy afwesigheid, die ondervoorsitter, 'n spesiale vergadering belê. Sodanige spesiale vergadering moet byeengeroep word wanneer enige 3 (drie) of meer stemgeregtigde Raadslede 'n skriftelike versoek, met verskaffing van die besprekingspunte, aan die voorsitter rig.
- 18.9.15 Tydens die spesiale vergadering mag slegs die sake waarvoor die vergadering belê is, hanteer word. Met dien verstande dat ander sake wel bespreek mag word indien 'n onbestrede mosie in dié verband eenparig deur die stemgeregtigde lede by die vergadering aanvaar word.
- 18.9.16 Die Raad mag 'n uitnodiging rig aan nie-lede om die raadsvergadering of 'n gedeelte daarvan as waarnemers by te woon en aan die besprekings deel te neem. Met dien verstande dat sodanige waarnemers nie stemreg ten opsigte van enige sake geniet nie.
- 19. VERPLIGTINGE VAN DIE RAAD VAN TRUSTEES**
- Die verpligtinge van die Raad van Trustees is soos volg:
- 19.1 Die Raad is verantwoordelik vir die behoorlike en deeglike bestuur van die Skema ingevolge hierdie Reëls en ooreenkomstig die Wet.
- 19.2 Die Raad moet met die nodige sorg, ywer, vaardigheid en in goeie trou optree soos verder in die Skema se Riglyne vir Trustees uiteengesit word.
- 19.3 Raadslede moet belangebotsings vermy en enige belang verklaar wat hulle in enige besondere saak wat voor die Raad dien, mag hê.
- 19.4 Die Raad moet na sy beste vermoë gesonde sakebeginsels toepas en daarna streef om die finansiële lewensvatbaarheid van die Skema te verseker.
- 19.5 Die Raad sal 'n hoofbeampte, wat geskik en gepas is vir die pos, aanstel en binne 30 (dertig) dae na sodanige aanstelling die Registrateur van die Raad vir Mediese Fondse daarvan inlig. Die Hoofbeampte en ander personeel wat vir die behoorlike uitvoering van die besigheid van die Skema benodig word, word deur die Raad aangestel ooreenkomstig sodanige diensvoorwaardes as wat die Raad van tyd tot tyd mag bepaal.
- 19.6 Die Raad besit die bevoegdheid om al die stappe te doen en alle dokumente te onderteken en te verly wat nodig sou wees om die behoorlike volvoering van die Skema se verpligtinge deur middel van bogemelde aanstellings te verseker.
- 19.7 Die Raad het die bevoegdheid om die beëindiging van die dienste van enige werknemer van die Skema ooreenkomstig Suid-Afrikaanse arbeidswetgewing teweeg te bring. Met dien verstande dat die beëindiging van die dienste van die Hoofbeampte van die Skema deur minstens 2/3 (twee-derdes) van die volle Raad goedgekeur moet word.
- 19.8 Die Raad moet die nodige stappe doen om te verseker dat die belange van bevoorreedes beskerm word en onpartydig teenoor alle bevoorreedes optree.
- 19.9 Die Raad moet sorg dra dat sodanige notules, rekeninge, inskrywings, registers en rekords as wat vir die behoorlike funksionering van die Skema nodig is, gehou en bygehou word.
- 19.10 Die Raad moet verseker dat behoorlike beheerstelsels deur en ten behoeve van die Skema gebruik word.
- 19.11 Die Raad moet verseker dat voldoende en toepaslike inligting aan die lede oorgedra word rakende hulle regte, voordele, bydraes en verpligtinge ingevolge die Reëls.
- 19.12 Die Raad moet alle redelike stappe doen om te verseker dat bydraes ooreenkomstig die Wet en hierdie Reëls betyds aan die Skema betaal word.
- 19.13 Die Raad moet 'n gepaste vlak van professionele skadeloosstelling- en getrouheidswaarborgversekering bekom en in stand hou.
- 19.14 Die Raad moet deskundige advies oor regs-, besigheids- en rekenkundige aangeleenthede soos vereis, of oor enige ander aangeleentheid waarvoor die lede van die Raad nie voldoende kundigheid beskik nie, bekom.
- 19.15 Die Raad moet verseker dat hierdie Reëls, asook die bedryfsaspekte en administrasie van die Skema aan die bepalinge van die Wet en alle ander toepaslike wetgewing voldoen.
- 19.16 Die Raad moet alle redelike stappe doen om die vertroulikheid van mediese rekords met betrekking tot enige Lid of Afhanklike se gesondheidstoestand te beskerm.
- 19.17 Die Raad moet alle uitbetalings goedkeur en finansiële beheer oor die sake van die Skema uitoefen.
- 19.18 Die Raad moet verseker dat enige verbandakte, transportakte of ander sekuriteit wat deur die Skema besit of gehou word, in veilige bewaring gehou word in 'n brandkas of kluis by die geregistreerde kantoor van die Skema of enige finansiële instelling wat deur die Raad goedgekeur is, behalwe wanneer dit vir die doeleindes van die Skema se sake in die tydelike sorg van 'n ander persoon is.
- 19.19 Die Raad moet, met behoorlike inagnome van normale praktyk en die aanbevole riglyne met betrekking tot die bewaring van dokumente, sodanige voorsiening maak vir die veilige bewaring van die boeke, rekords, dokumente en ander eiendom van die Skema as wat hy wenslik ag.
- 19.20 Die Raad moet jaarliks enige betaling of beloning wat in daardie besondere jaar deur die Skema aan hulle gemaak is, skriftelik aan die Registrateur openbaar maak.
- 20. BEVOEGDHEDE VAN DIE RAAD**
- Die Raad beskik oor die bevoegdheid om –
- 20.1 Onderhewig aan die bepalinge van paragraaf 19.7, die beëindiging van die dienste van enige werknemer van die Skema teweeg te bring, op voorwaarde dat daar ten volle aan alle wettlike vereistes in dié verband voldoen word;
- 20.2 Al die nodige stappe te doen en al die nodige dokumente te onderteken en te verly om die behoorlike volvoering van die Skema se verpligtinge te verseker en te bewerkstellig;
- 20.3 (1) een of meer komitees bestaande uit Raadslede en sodanige ander deskundiges wat hy toepaslik en nodig ag, aan te stel en aan sodanige komitees of 'n beampte van die Raad alle of enige van sy bevoegdhede en pligte te delegeer. Met dien verstande dat enige subkomitee wat aldus saamgestel is, aan al hierdie Reëls en die voorskrifte van die Raad moet voldoen en verder dat die Raad nie van enige bevoegdheid wat hy aan sodanige komitee of amptenaar oorgedra het, afstand doen nie;
- 20.4 Ooreenkomstig die bepalinge en voorwaardes wat deur die Raad bepaal is, 'n behoorlik geakkrediteerde administrateur aan te stel vir doeleindes van die behoorlike uitvoering van die sake van die Skema. Die bepalinge en voorwaardes van sodanige aanstelling moet in 'n skriftelike kontrak wat aan die vereistes van die Wet moet voldoen, vervat word;
- 20.5 Enige geakkrediteerde makelaar aan te stel en te vergoed asook om met genoemde makelaar te kontrakteer vir doeleindes van 'n Lid se inskakeling by of toelating tot die Skema;

- 20.6 Onderworpe aan die bepalings van die Wet, enige kontrak met 'n bestuurde gesondheidsorganisasie te sluit of om sodanige diens self te lewer;
- 20.7 Roerende en onroerende eiendom aan te koop vir gebruik deur die Skema of andersins, asook om dit in geheel of gedeeltelik te verkoop;
- 20.8 Roerende of onroerende eiendom te verhuur of te huur;
- 20.9 Ten opsigte van enige gelde wat nie onmiddellik benodig word om die lopende uitgawes van die Skema te delg nie, en onderworpe aan die bepalings van die Wet asook op die wyse deur die Raad bepaal, sodanige gelde te belê of andersins met sodanige gelde te handel en om sodanige gelde te realiseer, te herbelê of andersins met hierdie gelde en beleggings te handel;
- 20.10 Met die voorafgoedkeuring van die Raad geld vir die Skema by die Skema se bankiers te leen met die doel om 'n tydelike tekort te oorbrug, asook om, soos benodig, die Skema se bates as sekuriteit te beswaar;
- 20.11 Onderworpe aan die bepalings van enige wet en in belang van die Skema se lede, die Skema óf op sy eie óf in samewerking met enige natuurlike of regs persoon, 'n apteek, hospitaal, kliniek, kraaminrigting, verpleeginrigting, tehuis vir siekes, tehuis vir bejaardes of enige soortgelyke instelling te laat oprig of bedryf;
- 20.12 'n Skenking aan enige hospitaal, kliniek, verpleeginrigting, kraaminrigting, tehuis vir siekes of tehuis vir bejaardes in die belang van al of sommige van die bevoordeeldes te maak;
- 20.13 Terugbetaalbare lenings aan lede te maak of om ex gratia-betalings ten behoeve van lede te maak ten einde sodanige lede te help om hul verpligtinge rakende enige saak in hierdie Reëls uiteengesit, na te kom;
- 20.14 'n Bydrae te maak tot enige fonds wat tot die voordeel van die werknemers van die Skema bedryf word;
- 20.15 Verpligtinge ingevolge die voordele waarvoor in hierdie Reëls voorsiening gemaak word, te herverseker;
- 20.16 Die Hoofbeampte en/of sodanige Raadslede as wat van tyd tot tyd bepaal mag word, en ingevolge sodanige bepalings en voorwaardes as wat die Raad mag bepaal, te magtig om enige kontrak of ander dokument wat die Skema bind of verband hou met die Skema, of enige dokument wat die uitvoering van 'n handeling ten behoeve van die Skema magtig, te onderteken;
- 20.17 'n Bydrae te maak tot enige vereniging wat ingestel is vir die bevordering, aanmoediging en koördinerende van mediese skemas; en
- 20.18 Oor die algemeen, enigiets te doen wat hy nodig of raadsaam ag om sy funksies ingevolge die bepalings van die Wet en hierdie Reëls te verrig.
- 21. PLIGTE VAN DIE HOOFBEAMPTTE EN PERSONEEL**
- 21.1 Die personeel van die Skema moet die vertroulikheid verseker van alle inligting rakende sy lede onderworpe aan die bekendmaking van sodanige inligting as wat redelik is aan die Skema se mediese raadgewers, enige bestuurde gesondheidsorganisasie, herversekeraars, of dit waartoe 'n Lid toestemming verleen.
- 21.2 Die Hoofbeampte is die uitvoerende beampte van die Skema en moet as sodanig verseker dat:
- 21.2.1 Die besluite en voorskrifte van die Raad sonder onnodige vertraging uitgevoer word;
- 21.2.2 Waar nodig, daar behoorlike en geskikte kommunikasie is tussen die Skema en die partye wat deur die besluite en voorskrifte van die Raad geraak word;
- 21.2.3 Die Raad genoegsaam en betyds ingelig word oor die sake van die Skema wat verband hou met die pligte van die Raad soos vermeld in artikel 57(4) van die Wet;
- 21.2.4 Die Raad genoegsaam en betyds inligting ontvang oor die sake van die Skema ten einde die Raad in staat te stel om aan die bepalings van artikel 57(6) van die Wet te voldoen; en
- 21.2.5 Hy nie enige belangrike beleidsbesluite rakende die sake van die Skema sonder voorafmagtiging deur die Raad neem nie en dat hy ten alle tye erkenning gee aan die gesag van die Raad in die beheer van die Skema.
- 21.3 Die Hoofbeampte is die rekenpligtige amptenaar van die Skema en is verantwoordelik vir die versameling en verrekening van alle gelde ontvang en betalings gemagtig deur en gemaak ten behoeve van die Skema.
- 21.4 Die Hoofbeampte moet seker maak dat hy al sy pligte vervul ten einde te verseker dat daar na behore uitvoering gegee word aan die sake van die Skema. Hy moet (tensy hy ongestel is of verhoed word deur omstandighede buite sy
- beheer), alle vergaderings van die Raad asook enige ander behoorlik aangewese komitee waar sy bywoning vereis mag word, bywoon en sorg dat die verrigtinge tydens alle vergaderings op behoorlike wyse genotuleer word.
- 21.5 Tensy die Raad die teendeel besluit, is die Hoofbeampte verantwoordelik vir die aanstelling van en toesighouding oor die personeel in diens van die Skema.
- 21.6 Die Hoofbeampte moet volledige en behoorlike rekord hou van alle gelde ontvang en uitgawes aangegaan deur, asook alle bates, laste en geldelike transaksies van die Skema.
- 21.7 Die Hoofbeampte moet jaarlikse die finansiële state opstel of sorg dat dit opgestel word en verseker dat daar voldoen word aan alle statutêre vereistes wat daarmee verband hou.
- 21.8 Die volgende persone kan nie in aanmerking kom vir die pos van Hoofbeampte nie:
- 21.8.1 'n Werknemer, direkteur, beampte, konsultant of kontrakteur van die administrateur, indien enige, van die Skema of van die beheermaatskappy, filiaal, gesamentlike onderneming of 'n assosiaat van gemelde administrateur; of
- 21.8.2 'n Makelaar.
- 22. SKADELOOSSTELLING- EN GETROUHEIDSWAARBORGE**
- 22.1 Die Raad en alle beamptes van die Skema word deur die Skema gevrywaar teen alle geregtelike optrede, koste en uitgawes aangegaan uit hoofde van enige eis of geregtelike optrede ingestel teen die Raad, enige van sy lede of sodanige beampte in verband met die Skema, wat nie weens hulle nalatigheid, oneerlikheid of bedrog ontstaan het nie.
- 22.2 Die Raad moet toesien dat die Skema genoegsaam verseker is teen verliese as gevolg van die oneerlikheid of bedrog van enige van sy beamptes (met inbegrip van Raadslede), wat in besit is van of toesig hou oor gelde of effekte wat aan die Skema behoort.
- 23. FINANSIËLE JAAR VAN DIE SKEMA**
- Die Skema se finansiële jaar strek van 1 Januarie tot 31 Desember van 'n spesifieke jaar.
- 24. BANKREKENING**
- Die Skema moet 'n bankrekening by 'n geregistreerde handelsbank in stand hou. Alle gelde wat ontvang word, moet tot krediet van sodanige rekening gedeponeer word en alle uitbetalings moet gemaak word of deur middel van elektroniese oordrag of bandwisseling of per tjek wat gesamentlik deur minstens twee persone wat behoorlik deur die Raad daartoe gemagtig is, onderteken word.
- 25. OUDITEUR EN OUDITKOMITEE**
- 25.1 'n Ouditeur (wat ingevolge artikel 36 van die Wet goedgekeur moet word), moet kragtens 'n besluit wat tydens elke algemene jaarvergadering geneem is, aangestel word om hierdie amp vanaf die afsluiting van die betrokke vergadering tot die afsluiting van die daaropvolgende algemene jaarvergadering te beklee.
- 25.2 Die volgende persone kan nie in aanmerking kom om as ouditeur van die Skema te dien nie –
- 25.2.1 'n Raadslid;
- 25.2.2 'n Werknemer, beampte of kontrakteur van die Skema;
- 25.2.3 'n Werknemer, direkteur, beampte of kontrakteur van die Skema se administrateur, indien enige, of van die beheermaatskappy, filiaal, gesamentlike onderneming of 'n assosiaat van die administrateur;
- 25.2.4 'n Persoon wat nie in openbare praktyk as ouditeur werksaam is nie; of
- 25.2.5 'n Persoon wat ingevolge die Maatskappywet 71 van 2008, onbevoeg verklaar is om as ouditeur op te tree.
- 25.3 Indien 'n ouditeur om welke rede ook al sy amp neerlê voordat die tydperk waarvoor hy aangestel is, verstryk het, moet die Raad binne 30 (dertig) dae 'n ander ouditeur aanstel om die vakature vir die onverstreke tydperk te vul.
- 25.4 Indien die lede van die Skema versuim om op 'n algemene vergadering 'n ouditeur aan te stel soos vereis word ingevolge hierdie Reël, moet die Raad binne 30 (dertig) dae sodanige aanstelling maak en indien hy in gebreke bly om dit te doen, mag die Registrateur te eniger tyd 'n aanstelling maak.
- 25.5 Die ouditeur van die Skema het ten alle tye 'n reg van toegang tot die boeke, rekords, rekeninge, dokumente en ander eiendom van die Skema en is daarop geregtig om van die Raad en die beamptes van die Skema sodanige inligting en verduidelikings te vereis as wat hy vir die behoorlike uitvoering van sy pligte nodig ag.

- 25.6 Die ouditeur moet aan die lede van die Skema verslag doen oor die rekeninge wat hy ondersoek het asook die finansiële state wat aan die Skema in 'n algemene vergadering voorgeleë word.
- 25.7 Die Raad moet 'n ouditkomitee – met die oogmerke soos vermeld in artikel 36(1.2) van die Wet – van minstens 5 (vyf) lede aanstel van wie minstens 2 (twee) lede van die Raad moet wees en die meerderheid, met inbegrip van die voorsitter van die ouditkomitee, nie beamptes van die Skema mag wees nie.
- 26. ALGEMENE VERGADERINGS**
- 26.1 Algemene jaarvergadering**
- Die algemene jaarvergadering van lede moet nie later nie as 30 Junie van elke jaar gehou word.
- 26.1.1 Kennisgewing
- Die kennisgewing wat die algemene jaarvergadering belê, tesame met die agenda, jaarverslag, finansiële hoogtepunte en voorgestelde wysigings aan hierdie Reëls moet minstens 2 (twee) weke voor die datum van die algemene jaarvergadering, elektronies of op enige ander wyse, ter inligting aan alle lede beskikbaar gestel word. 'n Lid wat 'n volledige stel finansiële state vereis, mag by die Skema daarvoor aansoek doen of dit by die geregistreerde kantoor van die Skema inspekteer en uittreksels daarvan maak. Nie-ontvangs van sodanige kennisgewing maak nie die verrigtinge tydens die vergadering ongeldig nie.
- 26.1.2 Verslae en state
- Die verslae en state in Reël 26.1.1 vermeld, word aan die algemene jaarvergadering voorgeleë tesame met die kennisgewing van enige voorstelle wat die Hoofbeampte voor of op 31 Januarie ontvang het.
- 26.1.3 Kworum
- 25 (vyf-en-twintig) lede vorm 'n kworum. Indien daar nie binne 30 (dertig) minute oftewel 'n halfuur, na die tyd wat vir die begin van die vergadering bepaal is, 'n kworum aanwesig is nie, word die vergadering met 'n verdere 30 (dertig) minute uitgestel en vorm die lede wat dan aanwesig is, 'n kworum.
- 26.1.4 Mosies tydens algemene jaarvergadering
- Kennisgewings van mosies wat aan die algemene jaarvergadering voorgeleë moet word, moet die Hoofbeampte minstens 7 (sewe) dae voor die datum van die vergadering bereik. Met dien verstande dat elke mosie deur 2 (twee) ander lede van die Skema gesekondeer moet word.
- 26.2 Spesiale algemene vergadering**
- 26.2.1 Vergadering deur die Raad belê
- Die Raad mag te eniger tyd 'n spesiale algemene vergadering van lede belê.
- 26.2.2 Vergadering deur die lede belê
- By ontvangs van 'n skriftelike versoek wat deur minstens 10% (tien persent) van die lede van die Skema onderteken is, moet die Hoofbeampte 'n spesiale algemene vergadering belê, wat binne 30 (dertig) dae na die ontvangs van sodanige versoek gehou moet word. Slegs die sake wat in die versoek uiteengesit is, word op gemelde vergadering bespreek.
- 26.2.3 Kennisgewing
- Die kennisgewing wat die spesiale algemene vergadering belê, tesame met die agenda en enige dokumente, moet minstens 2 (twee) weke voor die datum van die vergadering ter inligting aan alle werkgewers asook hulle werknemers wat lede is, en ander lede wat nie by werkgewers gebaseer is nie, beskikbaar gestel word. Afskrifte van bogemelde dokumente word gelyktydig aan alle lede gestuur. Nie-ontvangs van sodanige kennisgewing maak nie die verrigtinge tydens die vergadering ongeldig nie.
- 26.2.4 Kworum
- 25 (vyf-en-twintig) lede vorm 'n kworum en Reël 26.1.4, 27.1 asook 27.2 is met die nodige wysigings van toepassing. Met dien verstande dat indien daar na die verstrikking van 30 (dertig) minute oftewel 'n halfuur na die vasgestelde tyd vir die begin van die vergadering wat op versoek van die lede belê is, nie 'n kworum aanwesig is nie, die vergadering as gekanselleer beskou word.
- 27. STEMMING BY VERGADERINGS**
- 27.1 Elke Lid aanwesig by die algemene jaarvergadering van die Skema mag stem en het 1 (een) stem ten opsigte van elke saak. Met dien verstande dat stemming deur die opsteek van hande of per stembrief geskied indien minstens 10 (tien) van die aanwesige verteenwoordigers daarop aandrang dat stemming per stembrief moet geskied. Die voorsitter benoem 3 (drie) of meer verteenwoordigers om die stembriewe te versamel, te kontroleer en te tel.
- 27.2 Indien hy 'n Lid van die Skema is, het die voorsitter benewens 'n beraadslagende stem, ook 'n beslissende stem wanneer daar gestem word.
- 28. LEDEKLAGTES EN -DISPUTE**
- 28.1 Lede mag klagtes skriftelik aan die Skema voorleë.
- 28.2 Alle skriftelike klagtes wat ontvang word, sal binne 30 (dertig) dae na ontvangs daarvan, skriftelik deur die Hoofbeampte van die Skema beantwoord word.
- 28.3 Die Raad moet 'n Dispuutkomitee vir die Skema, bestaande uit 3 (drie) lede, wat nie Raadslede of beamptes van die Skema mag wees nie, aanstel vir 'n ampstermyn van 3 (drie) jaar. Minstens een van hierdie lede moet 'n persoon met regskundigheid wees.
- 28.4 Enige geskil wat mag ontstaan rakende 'n beslissing van die Hoofbeampte geneem ingevolge Reël 28.2, op grond van 'n geskil tussen 'n lid, voornemende of voormalige lid, of 'n persoon wat namens sodanige Lid 'n eis instel, en die Skema of 'n beampte van die Skema, moet deur die Hoofbeampte vir beoordeling na die Dispuutkomitee verwys word.
- 28.5 By ontvangs van 'n versoek ingevolge hierdie Reël moet die Hoofbeampte 'n vergadering van die Dispuutkomitee belê deur minstens 21 (een-en-twintig) dae skriftelike kennis aan die klaer en al die lede van die Dispuutkomitee te gee asook die datum, tyd, vergaderplek en besonderhede van die geskil te verstrek.
- 28.6 Die Dispuutkomitee bepaal die prosedure wat gevolg moet word, met die voorbehoud dat:
- 28.6.1 Die partye tot 'n geskil die reg het om tydens die prosedure óf persoonlik óf deur middel van 'n verteenwoordiger aangehoor te word;
- 28.6.2 Die partye mekaar mag ondervra met betrekking tot die getuienis wat aangebied is; en
- 28.6.3 Die partye die Dispuutkomitee mag toespreek nadat al die getuienis aangehoor is.
- 28.7 Die Dispuutkomitee moet binne 10 (tien) dae na die hou van die vergadering 'n beslissing gee en onmiddellik die partye skriftelik daarvan in kennis stel.
- 28.8 'n Gegriefde party het die reg om na die Raad vir Mediese Skemas teen die beslissing van die Dispuutkomitee te appelleer. Sodanige appèl moet in die vorm van 'n beëdigde verklaring aan die Raad gerig word en moet nie later nie as 3 (drie) maande na die datum waarop die betrokke beslissing gegee is, aan die Registrateur verskaf word. 'n Afskrif van die beëdigde verklaring wat ingedien is, moet terselfdertyd aan die Skema verskaf word.
- 28.9 'n Lid mag na die Raad vir Mediese Skemas appelleer teen 'n beslissing van 'n hersieningspaneel ingestel ingevolge hoofstuk 5 van die Regulasies wat kragtens die Wet uitgevaardig is.
- 29. BEËINDIGING OF ONTBINDING**
- 29.1 Die Skema mag op las van 'n bevoegde hof of deur vrywillige ontbinding in ooreenstemming met die bepalinge van die Wet en enige ander toepasslike wetgewing ontbind word.
- 29.2 Lede mag tydens 'n algemene vergadering besluit dat die Skema op grond van die redes vermeld in sodanige besluit, ontbind moet word, in welke geval die Raad reëlings moet tref vir alle lede om per stembrief te besluit of die Skema gelikwyder moet word al dan nie. Tensy die meerderheid lede besluit dat die Skema moet voortbestaan, moet die Skema ingevolge artikel 64 van die Wet gelikwyder word.
- 29.3 Voortspruitend uit die besluit geneem deur die lede ingevolge Reël 29.2 moet die Hoofbeampte, in oorleg met die Registrateur, aan elke Lid 'n memorandum met die redes vir die voorgestelde ontbinding en 'n uiteensetting van die voorgestelde basis vir die verdeling van die bates in die geval van likwidasië, asook 'n stembrief, verskaf.
- 29.4 Elke Lid moet versoek word om sy behoorlik voltooide stembrief voor 'n vasgestelde datum terug te besorg. Indien minstens 75% (vyf-en-sewentig persent) van die stembriewe wat terugbesorg word, ten gunste van die ontbinding van die Skema is, moet die Raad sorg vir nakoming daarvan en in oorleg met die Registrateur, 'n bevoegde persoon as likwidateur aanstel.
- 30. AMALGAMASIE EN OORDRAG VAN BESIGHEID**
- 30.1 Die Skema mag, onderhewig aan die bepalinge van artikel 63 van die Wet, amalgameer met, sy bates en laste oordra aan of oordrag van die bates en laste van enige ander mediese skema of persoon neem.
- 30.1.1 Die Raad van Trusteë moet 'n voorgestelde amalgamasie of oordrag van tot 15 000 (vyftien duisend) lede in 'n enkele transaksie ondersoek en mag sodanige transaksie goedkeur.

- 30.1.2 In die geval van 'n enkele transaksie waarby daar meer as 15 000 (vyftien duisend) lede betrokke is, moet die Raad die nodige reëlings tref sodat alle bestaande lede per stembrief kan besluit of daar met die voorgestelde amalgamasie of oordrag voortgegaan moet word al dan nie.
- 30.1.3 Indien minstens 50% (vyftig persent) plus 1 (een) van die stembriewe van die lede wat terugbesorg word, ten gunste is van die amalgamasie of oordrag soos aangedui in paragraaf 30.1.2, mag die amalgamasie of oordrag onderhewig aan artikel 63 van die Wet afgehandel word.

31. REG OM DOKUMENTE TE BEKOM EN INSAE IN DOKUMENTE

- 31.1 Enige bevooroordeelde moet op versoek en na betaling van 'n bedrag van R50, deur die Skema voorsien word van 'n afskrif van die volgende dokumente –
- 31.1.1 Die Reëls van die Skema;
- 31.1.2 Die jongste geouditeerde jaarlikse finansiële state, opgawes, trusteeverslae en ouditeursverslag van die Skema;
- 31.1.3 Die bestuursrekening ten opsigte van die Skema en al sy voordele-opsies.
- 31.2 'n Bevooroordeelde is daarop geregtig om enige dokument in Reël 31.1 vermeld, gratis by die geregistreerde kantoor van die Skema te inspekteer en uittreksels daaruit te maak.
- 31.3 'n Bevooroordeelde se reg van toegang tot inligting ingevolge die Wet op die Bevordering van Toegang tot Inligting word nie deur die bepalings van Reël 31 beperk nie.

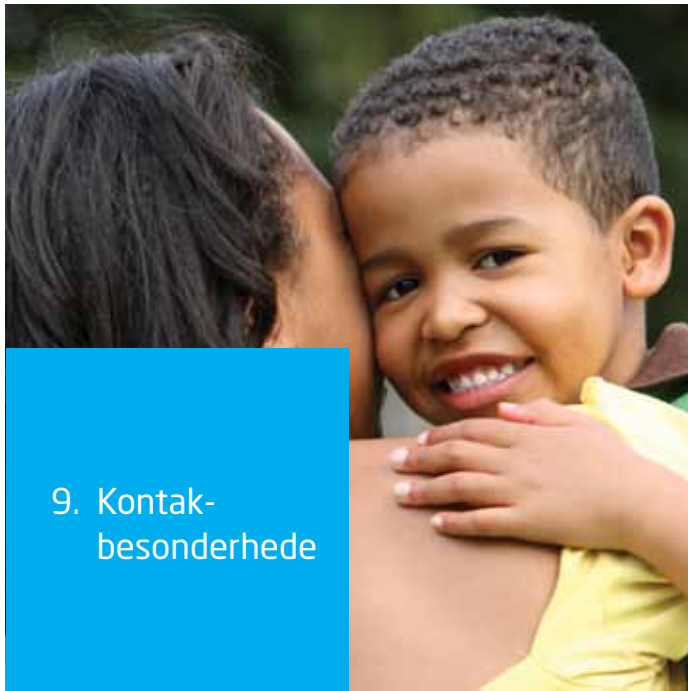
32. WYSIGING VAN HIERDIE REËLS

- 32.1 Die Raad is daarop geregtig om enige Reël of bylaag te wysig of te herroep, of om enige bykomende Reël of bylaag in te voeg.
- 32.2 Geen wysiging, herroeping of byvoeging wat die oogmerke van die Skema raak, is geldig nie tensy dit deur 'n meerderheid van die lede aanwesig by 'n algemene vergadering, of 'n spesiale vergadering, of per stembrief goedgekeur word.
- 32.3 Lede moet van 'n afskrif van sodanige wysiging binne 'n redelike tyd na die registrasie daarvan voorsien word. Met dien verstande dat indien 'n Lid se regte, verpligtinge, bydraes of voordele gewysig word, hy 30 (dertig) dae voorafkennis van sodanige verandering moet ontvang.
- 32.4 Ongeag die bepalings van Reël 32.1 hierbo vermeld, moet die Raad op die versoek van en tot bevestiging van die Registrateur, enige Reël wysig wat strydig met die bepalings van die Wet is.
- 32.5 Geen wysiging, herroeping of byvoeging sal geldig wees, tensy dit ingevolge die Wet deur die Registrateur goedgekeur en geregistreer is nie.



8. Afkortings

ADD/ADHD	Aandagafleibaarheid/Aandagafleibaarheid-hiperaktiwiteitsindroom
ADV	Aangewese diensverskaffer
COPS	Chroniese obstruktiwiese pulmonêre siekte
DBC	Documentation Based Care (rugrehabilitasieprogram)
CSL	Chroniese siektelys
GORD	Gastro-esofageale refluks
L	Lid
L1+	Lid en gesin
MMAP	Maksimum mediese fondsprys
MPV	Menslike papillomavirus
MRB-/RT-skandering	Magnetiese resonansiebeelding-/Rekenaartomografie-skanderings
MRP	Mediscor Reference Price (Medisyneverwysingsprys)
NPWT	Negatiewe druk-wondterapie
OKS	Obsessief-kompulsiewe steuring
PET-skandering	Positron-emissietomografie
PSOS	Polisistiese ovariale sindroom
VMV	Voorgeskrewe minimum voordele
VVN	Voorkeur verskaffer netwerk
PSA	Prostaatspesifieke antigeen



9. Kontak-besonderhede

Kliëntedienste

Tel: +27 (0) 86 000 2378
Faks: +27 (0) 12 472 6500
E-pos: service@bestmed.co.za

Instapfasiliteit

Blok A, Glenfield-kantoorpark, Oberonlaan 361,
Faerie Glen, Pretoria 0081 RSA

Posadres: Posbus 2297, Arcadia, Pretoria, Gauteng, 0001, RSA

Eise

Tel: +27 (0) 86 000 2378
E-pos: claims@bestmed.co.za

SMS

SMS die ooreenstemmende letter A, B of C na 31416
A = Persoonlike besonderhede
B = Voordele beskikbaar
C = Laaste 3 eise

Magtiging vir hospitaalopname

Tel: +27 (0) 80 022 0106
E-pos: authorisations@bestmed.co.za

Chroniese medisyne

Tel: +27 (0) 86 000 2378
Faks: +27 (0) 12 472 6760
E-pos: medicine@bestmed.co.za

ER24 en internasionale reisdekking

Tel: +27 (0) 84 124

BestBaby

Tel: +27 (0) 86 111 1936
E-pos: info@babyhealth.co.za

MIV/VIGS-program

Tel: +27 (0) 11 251 9400
Faks: +27 (0) 86 50 09822
E-pos: mhc@bestmed.co.za

Onkologieprogram

Tel: +27 (0) 12 472 6254
Faks: +27 (0) 12 472 6770
E-pos: diseasemanagement@bestmed.co.za

Aanlyndienste - toegang en navrae

E-pos: service@bestmed.co.za

Webpos-fasiliteit

E-pos: webmail@bestmed.co.za

Webtuiste - tegniese navrae

E-pos: webmaster@bestmed.co.za

Klagtes

Indien jy ontevrede is met die diens wat Bestmed lewer, kontak ons by -

Tel: +27 (0) 86 000 2378
E-pos: service@bestmed.co.za
(Onderwerplyn: Bestuurder, eskalering van navraag)
Posadres: Posbus 2297, Arcadia, Pretoria, Gauteng, 0001, RSA

CareCross

Oproepsentrum: +27 (0) 86 010 3491
E-pos: bestmedpulse1@carecross.co.za
Webtuiste: www.carecross.co.za

OneCare

Oproepsentrum: +27 (0) 86 010 1159
E-pos: bestmed@onecarehealth.co.za
Faks: +27 (0) 21 673 1811
Webtuiste: www.carecross.co.za

KPMG se bedrogblitslyn

Indien jy bewus is van enige bedrieglike, korrupte of onetiese praktyke waarby Bestmed se werknemers, diensverskaffers of selfs lede betrokke is, rapporteer dit asseblief anoniem aan KPMG.

Tel: +27 (0) 80 111 0210
Faks: to +27 (0) 80 020 0796

Besonderhede kan gratis per pos aan die KPMG-etieklyn by die volgende adres gestuur word:

KPMG Hotpost
BNT371
Posbus 14671
Sinoville 0129

Inligting kan ook anoniem per e-pos aan die blitslyn by die volgende adres gestuur word:

E-pos: fraud@kpmgco.za

10. CSL- en nie-CSL-siektetoestande

Die Chroniese Siektelys (CSL), soos gepubliseer deur die Raad vir Mediese Skemas, is die 27 gelyste chroniese siektetoestande ten opsigte waarvan mediese skemas verplig is om dekking te verskaf vir die diagnose en mediese bestuur asook medisyne daarvoor. Nie-CSL-chroniese siektetoestande is bykomende toestande waarvoor Bestmed chroniese medisyndekking verskaf. Goedkeuring van CSL- en nie-CSL-chroniese medisyne is, waar van toepassing, onderworpe aan kliniese befondsingsriglyne en -protokolle, formulariums en aangewese diensverskaffers (ADV's). Die lys van CSL- en nie-CSL-siektetoestande waarvoor Bestmed dekking verskaf, word hieronder per voordele-opsie uiteengesit.

Betaling van CSL	Beat1		Beat2		Beat3		Beat4		Pace1		Pace2		Pace3		Pace4		Pulse1		Pulse2		
	Geen voordeel	35%	Geen voordeel	35%	85% Skematariëf	35%	85% Skematariëf	30%	85% Skematariëf	85% Skematariëf	30%	85% Skematariëf	85% Skematariëf	25%	85% Skematariëf	20%	85% Skematariëf	Geen voordeel	35% vir nie-formularium-medisyne deur spesialis voorgeskryf	100% Skematariëf	
Betaling van nie-CSL	Geen voordeel	35%	Geen voordeel	35%	85% Skematariëf	35%	85% Skematariëf	30%	85% Skematariëf	85% Skematariëf	30%	85% Skematariëf	85% Skematariëf	25%	85% Skematariëf	20%	85% Skematariëf	Geen voordeel	35% vir nie-formularium-medisyne deur spesialis voorgeskryf	100% Skematariëf	
Nie-formularium-bybetaling	35%	35%	35%	35%	35%	35%	30%	30%	35%	30%	30%	30%	25%	25%	20%	20%	25%	Geen voordeel	35% vir nie-formularium-medisyne deur spesialis voorgeskryf	25%	
Aantal nie-CSL-siektetoestande wat gedek word	0	0	0	0	5	5	16	16	10	31	31	31	31	31	45	45	45	Geen voordeel	35% vir nie-formularium-medisyne deur spesialis voorgeskryf	25	
CDL 1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 22	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 23	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 24	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 25	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CDL 27	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
non-CDL 1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
non-CDL 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Vrywaring:

Terwyl Bestmed alle redelike sorg aan die dag gelê het tydens die saamstel van hierdie voordelegids, kan ons nie aanspreeklikheid aanvaar vir enige foute of weglatings hierin nie. Let asseblief daarop dat indien 'n dispuut sou ontstaan, die geregistreerde Reëls van Bestmed, soos goedgekeur deur die Registrateur van Mediese Skemas, sal geld.

Besoek asseblief www.bestmed.co.za om die volledige vrywaring van aanspreeklikheid en verantwoordelikheid vir Bestmed Mediese Skema, as ook ons bepalinge en voorwaardes te besigtig.

© Bestmed Mediese Skema 2014

Bestmed is 'n geregistreerde mediese skema (Regnr. 1252) en 'n Gemagtigde Finansiële Diensverskaffer (FSP-nr. 44058).

Hierdie gids is in November 2014 gedruk. Vir die jongste weergawe van die gids, besoek asseblief ons webtuiste by www.bestmed.co.za

704840 Membership Guide AFR 12/12/2014

bestMed