

REMEDI

MEDICAL AID SCHEME

VOORDELE

2023

Hierdie voordeelbrosjyre is 'n opsomming van die voordele en kenmerke van Remedi Medical Aid Scheme (Remedi), wat wag vir goedkeuring deur die Raad vir Mediese Skemas (CMS). Dit vervang nie die Remedi-reëls nie. In alle omstandighede is Remedi se reëls deurslaggewend. Raadpleeg asseblief die Skema se reëls by www.yourremedi.co.za



INHOUD

05

Kontakbesonderhede

07

Sleutelterme

13

Belangrike kenmerke en voordele

14

Dekking in 'n noodgeval

15

Dekking volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV) en aangewese diensverskaffers

19

Siftings en Voorkomingsvoordeel

20

Connected Care, Virtuele Konsultasies en Tuisgebaseerde Sorg

21

Versekerde Buite-hospitaalvoordele en Dag-to-Dag-voordele

24

Optiese voordele

26

Tandheekkundige voordele

27

Swangerskapsvoordele

28

Chroniese toestande en sorgprogramme

32

Dekking vir kanker

33

Hospitaaldekking en jaarlikse limiete

38

Voordeelbywerkings vir 2023

40

Jou Bydraes vir 2023

42

Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) beskikbaar op die **Omvattende Opsie**

43

Wagtyperke en verandering van voordeelopsie

44

Remedi uitsluitings

45

Diskresionêre en *ex gratia*-voordele

46

Klagtes en geskille



JOU GESONDHEID. ONS NALATENSKAP.

Remedi Medical Aid Scheme (Remedi) is 'n geslote mediese skema wat by die Raad vir Mediese Skemas (RMS) geregistreer is en daardeur gereguleer word.

Ons missie is om kostedoeltreffende gesondheidsorgvoordele te voorsien wat aan jou behoeftes voldoen, en wat deur doeltreffende administratiewe prosesse onderskraag word sodat jy gemoedsrus oor groot mediese uitgawes kan hê.

Lidmaatskap is oop aan alle werknemers van Remgro Beperk en maatskappye wat daaraan verwant is of voorheen daaraan verwant was.

Remedi bied lede 'n keuse tussen drie voordeelopsies:

- Remedi Omvattend
- Remedi Klassiek
- Remedi Standaard

Elke voordeelopsie is ontwerp om spesifiek te voldoen aan die behoeftes van werknemers wat by deelnemende werkgevers in diens is.

Remedi bied sy lede 'n omvattende reeks voordele, terwyl die **Omvattende Opsie** ontwerp is om aan lede met 'n Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) voordele te gee wat nie deur hul hospitaalvoordele gedek word nie. Hierdie voordeelopsie maak voorsiening vir bykomende besoeke aan 'n algemene praktisyn (huisdokter) sodra die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en PMSR vir die jaar uitgeput is.

Bydraes vir die **Klassieke Opsie** is effens laer as vir die **Omvattende Opsie**. Lede het egter nie toegang tot 'n PMSR nie, en voordeellimiete is laer as dié van die **Omvattende Opsie**.
















Die **Standaard Opsie** bied beperkte voordele en sekere voordele word slegs deur Remedi se aangewese diensverskaffers gebied. As 'n lid 'n algemene praktisyn (huisdokter) besoek wat nie in die Standaard Opsie-Netwerk is nie, is beperkte voordele vir doktersbesoeke beskikbaar.

Lede van Remedi geniet dus die voordele van 'n geslote mediese skema, terwyl hulle ook 'n voordeelopsie kan kies wat die beste by hulle en hul gesinne pas. Dit verseker dat lede geskikte gesondheidsorg teen 'n bekostigbare prys kan geniet.





OORSIG OOR REMEDI SE SLEUTELVOORDELE

VOORDEELOPSIE	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSEK	REMEDI STANDAARD
Hospitaalvoordeel /Algemene Jaarlikse Limiet Vir ingrypende mediese sorg, insluitende in die hospitaal en ander bepaalde hoëkoste sorg	 Onbeperk Algehele jaarlikse limiet vir gesinne	 R2.3 miljoen Algehele jaarlikse limiet vir gesinne	 R675,000 Algehele jaarlikse limiet vir gesinne
Versekerde Buite-hospitaalvoordeel Spesifieke limiete geld	 Voordele word eers uit die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal en daarna uit die beskikbare fondse in die Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR)	 As jy die limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel bereik, moet jy self verdere uitgawes betaal	 Sekere voordele word slegs deur Remedi se aangewese diensverskaffers en gesondheidsorgverskaffers in die Standaard Opsie-Netwerk van algemene praktisyns gebied
Bykomende konsultasies by 'n algemene praktisyn (huisdokter) Bepaalde getal bykomende konsultasies by 'n algemene praktisyn sodra die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en PMSR vir die jaar uitgeput is			
Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) Vir voordele wat nie uit die hospitaalvoordeel gedek word nie en as die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel uitgeput is. Om ons in staat te stel om vir hierdie voordele uit jou PMSR te betaal, moet jy as deel van jou aansoekversoek die betaling aktiveer, of jy kan ons by 0860 116 116 bel sodat ons jou kan help om die betaling te aktiveer.			
Medisyne oor die toonbank			

Lees hierdie voordeelbrochure om jou voordeelplan beter te verstaan, byvoorbeeld:

- Wat om te doen as jy na 'n dokter of hospitaal toe moet gaan
- Watter dekking jy het vir voorkomende sifting, mediese toestande, medisyne en behandeling
- Vir watter voordele jy moet aansoek doen om daartoe toegang te kry
- Of daar enige limiete vir sekere voordele is



Ons gee jou ook wenke oor hoe jy tegnologie kan gebruik om al die inligting wat jy benodig gerieflik te bestuur deur die Remedi-toepassing en Remedi Medical Aid Scheme se webwerf by www.yourremedi.co.za te besoek.

Die voordele wat in hierdie voordeeligids beskryf word, word verskaf deur Remedi Medical Aid Scheme, registrasienommer 1430, geadmineer deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste. Hierdie voordeeligids bied slegs 'n opsomming van die belangrikste voordele en kenmerke van Remedi, hangende goedkeuring deur die Raad vir Mediese Skemas (RMS). In alle omstandighede is Remedi se reëls geldend. Raadpleeg asseblief die Skema se reëls by www.yourremedi.co.za. Wanneer daar in hierdie brochure na 'ons' verwys word in die konteks van voordele, lede, betalings of dekking, verwys dit na Remedi. Ons verbeter voortdurend ons kommunikasie met jou. Die jongste weergawe van hierdie voordeelbrochure asook breedvoerige inligting oor voordele is by www.yourremedi.co.za beskikbaar.



KONTAKBESONDERHEDE

Die Skema se kontakbesonderhede deur die Administrateur se kantoor is soos volg:

AMBULANS- EN ANDER NOODDIENSTE

- Bel ER24 by 084 124

ALGEMENE NAVRAE

- E-pos ons by service@yourremedi.co.za of
- Bel ons by 0860 116 116

WANNEER OM SERVICE@YOURREMEDY.CO.ZA TE GEBRUIK – ALGEMENE VRAE OOR JOU VOORDELE

As jy wil nagaan watter voordele jy beskikbaar het of reeds gebruik het, besoek ons webwerf by www.yourremedi.co.za of gebruik die Remedi-toepassing om jou inligting te verkry.

Jy kan hierdie e-posadres gebruik om aan ons vrae te stuur oor eise wat reeds by die Skema ingedien is en oor voordeelstate wat reeds aan jou gestuur is. As jy 'n voordeelstaat benodig en alle eise wil sien wat ons ontvang het, besoek ons webwerf by www.yourremedi.co.za of gebruik die Remedi-toepassing om toegang tot jou eiskiedenis te kry.

Hieronder is meer inligting oor hoe om jou eise aan ons te stuur en hoe en waar om toegang tot Remedi se toepassing te kry.

OM 'N EIS IN TE DIEN

- E-pos ons by claims@yourremedi.co.za of
- Pos dit na Posbus 652509, Benmore 2010 of
- **Neem 'n foto en dien jou eis in deur die Remedi-toepassing, wat jy by die Apple iStore of Google Play Store kan aflaai.**



Skandeer hierdie QR-kode met jou selfoonkamera om meer inligting te kry oor hoe om 'n eis in te dien.

ANDER DIENSTE

- Onkologiediensentrum: 0860 116 116
- Sorgprogram vir MIV: 0860 116 116
- Internetnavrae: 0860 100 696
- Voorafmagtiging vir hospitaalopname: 0860 116 116

VIR NAVRAE OOR TANDHEELKUNDE OP DIE STANDAARD OPSIE

- Dental Risk Company (DRC) se oproepsentrum: 087 943 9611
- Algemene navrae: enquiries@dentalrisk.com
- Webwerf: <https://www.dentalrisk.com/>

VIR NAVRAE OOR OOGKUNDIGE SORG

- Preferred Provider Negotiators (PPN) se kontaknommer: 041 065 0650
- Eise: info@ppn.co.za
- Webwerf: <https://www.ppn.co.za/>

NAVRAE OOR VOORDELE VIR DIABETES

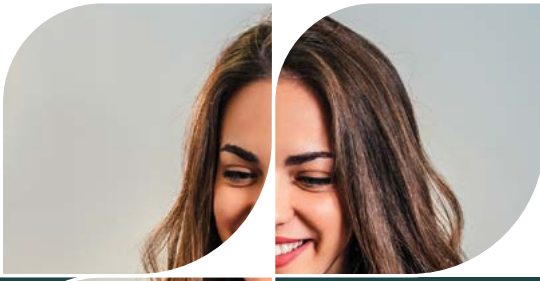
- Bel 0860 44 44 39 of stuur 'n e-pos na Members_DCC@yourremedi.co.za
- Bykomende inligting is beskikbaar op ons webwerf, www.yourremedi.co.za

MELD BEDROG AAN

Indien jy ons van moontlike bedrog wil laat weet, doen asseblief die volgende:

- Bel ons tolvrye blitslyn vir bedrog: 0800 004 500 (inbellers bly anoniem)
- SMS 43477

Onthou om 'n beskrywing van die beweerde bedrog in te sluit.



LAAT JOU EISE GOUER VERWERK WORD. SIEN HOE

Skandeer hierdie QR-kode met jou selfoonkamera om meer inligting te kry oor hoe om 'n eis in te dien.



HIER IS 3 VINNIGE, MAKLIKE MANIERE OM JOU EIS IN TE DIEN

Dien jou eise in en hou intyds tred met die verwerking van hierdie eise asook van jou voordele en mediese uitgawes deur digitale platforms te gebruik.

01



REMEDI -TOEPASSING

Gebruik jou selfoonkamera om 'n foto van jou eis te neem en dien dit deur die Remedi-toepassing in.

As die eis 'n QR-kode het, skandeer die QR-kode direk uit die Remedi-toepassing.

02



LAAI JOU EIS OP

Skandeer jou eise en laai dit op ons webwerf by www.yourremedi.co.za

03



E-POS JOU EISE

Skandeer en e-pos jou eise na claims@yourremedi.co.za



Laai die Remedi-toepassing vandag af en bestuur jou gesondheid enige plek, enige tyd.



Tel 0860 116 116 | service@yourremedi.co.za | www.yourremedi.co.za

Remedi Medical Aid Scheme, registrasienommer 1430, word deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, geadministreer. Discovery Health (Pty) Ltd is 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste.



SLEUTELTERME

In hierdie voordeelbrosjure sal jy verwysings na die volgende terme aantref.

Aangewese diensverskaffer	<p>Dit is 'n gesondheidsorgverskaffer (soos 'n dokter, spesialis, verwante gesondheidsorgkundige, apteker of hospitaal) met wie ons 'n ooreenkoms het. Die ooreenkoms is vir die verskaffing van behandeling of dienste teen 'n gekontrakteerde tarief. Besoek www.yourremedi.co.za of klik op 'Find a Provider' op die Remedi-toepassing om Remedi se volledige lys aangewese diensverskaffers te sien.</p> <p><i>Byvoorbeeld, as jy 'n aangewese diensverskaffer gebruik, betaal ons die verskaffer direk teen Remedi se tarief. Ons betaal ook deelnemende algemene praktisyne (huisdokters) vir alle konsultasies teen die tarief vir gekontrakteerde algemene praktisyne.</i></p> <p>Vir verskaffers met wie ons 'n Premier- of Remedi-Netwerkooreenkoms het, hoef jy nie self 'n ekstra bedrag te betaal nie. Jy kan egter moontlik 'n bybetaling hê vir nie hospitaalbesoeke aan spesialiste met wie ons 'n Klassieke direkte betalingsooreenkoms het.</p>
Algemene Jaarlikse Limiet	<p>Die Skema se algemene jaarlikse limiet is gelykstaande aan die hospitaalvoordele soos weergegee op bladsy 4 van hierdie voordeelbrosjure. Sien "Hospitaalvoordeel/Algemene Jaarlikse Limiet".</p>
Algemene praktisyne in die Premier Plus-Netwerk	<p>'n Algemene praktisyne in die Premier Plus-Netwerk is 'n algemene praktisyne (huisdokter) wat aan ons gekontrakteer is om aan jou gekoördineerde sorg vir 'n bepaalde lys chroniese toestande te lewer.</p>
Bedrag vir chroniese medisyne	<p>Die bedrag vir chroniese medisyne is die maksimum maandelikse bedrag wat ons vir 'n medisyneklas betaal. Hierdie bedrag hang af van jou voordeleopsie. Die bedrag vir chroniese medisyne geld ook vir chroniese medisyne wat nie op die medisyneklas is nie.</p>
Bestuurde voordele	<p>Hierdie voordele word bestuur met die oog op toepaslikheid en kostedoeltreffendheid van relevante gesondheidsorgdienste binne die beperkinge van wat bekostigbaar is, met behulp van programme gegrond op reëls en kliniese bestuursprogramme.</p>
Betalingsooreenkomste	<p>Die Skema het betalingsooreenkomste met verskeie gesondheidsorgkundiges en ander verskaffers om te verseker dat jy volle dekking sonder enige bybetalings het.</p>
Bybetaling	<p>Dit is 'n bedrag wat jy self vir 'n gesondheidsorgdiens moet betaal. Die bedrag kan wissel afhangend van die soort gesondheidsorgdiens wat gedek word, die plek waar die diens gelewer word, en of die diensverskaffer se tarief hoër is as die tarief wat ons betaal. Indien die voorafbetaling aan 'n hospitaal hoër is as die bedrag wat vir die gesondheidsorgdiens gehef word, moet jy self die koste van die gesondheidsorgdiens betaal.</p> <p><i>Indien jy byvoorbeeld 'n dokter buite ons netwerk raadpleeg en die dokter se rekening meer as Remedi se tarief is, betaal Remedi die geld vir die besoek aan jou teen Remedi se tarief. Jy moet dan hierdie geld aan die dokter betaal, en jy moet self die verskil tussen ons tarief en die dokter se rekening inbetaal.</i></p> <p><i>Of, as jy byvoorbeeld 'n oogkundige raadpleeg en die oogkundige is nie deel van die PPN-Netwerk nie, betaal Remedi slegs die oogkundige se rekening teen die netwerktarief en jy moet dan self die verskil inbetaal. As jy op die Omvattende Opsie is, kan daardie verskil uit die beskikbare fondse in jou Persoonlike Mediese Spaarrekening betaal word. As jy op die Standaard Opsie is, betaal ons 'n maksimum van Remedi se tarief aan dokters in ons netwerk, en jy moet steeds die bedrag wat meer as ons tarief is self inbetaal.</i></p>
Connected Care	<p>Connected Care is 'n digitale platform wat jou in staat stel om aanlyn konsultasies met jou dokter te hê of plek vir jou volgende COVID-19-inenting te bespreek.</p>
Dag-tot-dag-voordele (ook die Versekerde Buite-hospitaalvoordele genoem)	<p>Jy het dekking vir 'n bepaalde stel dag-tot-dag-voordele. Vanaf bladsy 21 beskryf ons die hoeveelheid dag-tot-dag-voordele waartoe jy toegang het.</p>

Dekking	Dekking verwys na die voordele (soos 'n konsultasie, medisyne en hospitaalopname) waartoe jy toegang het, en hoe ons op jou voordeelsie vir daardie gesondheidsorgdienste betaal.
Diensverskaffers	'n Mediese praktisyn, tandarts, apteeker, hospitaal, verpleegkundige of enige ander persoon of entiteit wat toepaslik geregistreer of gelisensieer is om die betrokke gesondheidsdienste te lewer.
Discovery Home Care	Discovery Home Care bied jou gehaltesorg in die gemak van jou eie huis vir gesondheidsorgdienste soos binneare drups, wond Sorg, nageboortesorg en sorg vir gevorderde siektetoestande.
Discovery MedXpress	Discovery MedXpress is 'n gerieflike medisynebesteldiens, veral vir maandelikse herhaalvoorskrifte, soos jou geregistreerde chroniese medisyne. Jy kan jou medisyne laat aflewer of by 'n deelnemende apteek gaan haal. Jou dekking hang af van die soort medisyne en of jy vir die Voordeel vir Chroniese Siektes geregistreer is.
Gesondheidsorgkundiges met wie ons 'n betalingsooreenkoms het	Remedi het ooreengekome tariewe met sekere algemene praktisyne en spesialiste sodat jy volle dekking kan hê en 'n kleiner risiko loop om bybetalings te moet betaal. Remedi betaal hierdie dokters en spesialiste direk teen die ooreengekome tariewe.
HealthID	HealthID is 'n aanlyn digitale platform wat vir jou dokter vinnige toegang tot jou jongste gesondheidsinligting gee. Sodra jy vir jou dokters toestemming gegee het, kan hulle HealthID gebruik om jou mediese geskiedenis te sien, jou na ander gesondheidsorgkundiges te verwys en jou relevante toetsuitslae te sien.
Hospitaalvoordeel	Die hospitaalvoordeel bied dekking vir hospitaaluitgawes en ander rekeninge, soos rekeninge van die dokter wat jou laat opneem, die narkotiseur of enige goedgekeurde gesondheidsorguitgawes terwyl jy in die hospitaal is. Jou dekking hang af van jou gekose voordeelplan se voordele (soos in hierdie voordeelsgids beskryf word). Voorbeelde van uitgawes wat gedek word, is teater- en saalfooie, X-strale, bloedtoetse en die medisyne wat jy tydens jou opname in die hospitaal gebruik.
Intreekriteria	Vir sekere toestande het ons intreekriteria vir voordele waaraan jy moet voldoen sodat die mediese uitgawes vir befondsing oorweeg kan word. Dit beteken ook dat jy en jou dokter aan ons sekere besonderhede moet verskaf voordat ons dit kan oorweeg om vir die behandeling te betaal.
Lys van Addisionele Siektes	Afhangend van jou voordeelplan, en sodra dit volgens die Voordeel vir Chroniese Siektes goedgekeur is, het jy dekking vir medisyne vir 'n addisionele lys lewensbedreigende of degeneratiewe toestande, soos deur ons omskryf.
Lys van Chroniese Siektes	'n Bepaalde lys chroniese toestande waarvoor ons dekking bied volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV).
Medisynelys	Dit is 'n lys voorkeurmedisyne wat Remedi as die mees toepaslikste vir pasiëntsorg beskou. Dit is gegrond op kliniese doeltreffendheid, veiligheid en koste. Ons dek hierdie medisyne ten volle vir die behandeling van goedgekeurde chroniese toestande.
Netwerke of Netwerkverskaffers	Jy moet moontlik spesifieke hospitale, apteke, dokters, spesialiste of verwante gesondheidsorgkundiges in 'n netwerk gebruik. Ons het betalingsooreenkomste met hierdie verskaffers om te verseker dat jy toegang kry tot gehaltesorg teen 'n bekostigbare prys. Deur netwerkverskaffers te gebruik, kan jy dit vermy om bykomende kostes en bybetalings self te betaal.
Geestesgesondheidnetwerk	'n Bepaalde lys sielkundiges en maatskaplike werkers wat ons gekontrakteer of benoem het om aan ons lede dienste vir geestesgesondheidstoestande te bied.
Medisynenetwerke	Gebruik 'n apteek in ons netwerk om volle dekking te geniet en bybetalings te vermy wanneer jy eis vir chroniese medisyne op die voorgeskrewe medisynelys.
Apteenetwerke vir onkologie	Gebruik 'n apteek in hierdie netwerk om dekking te kry wat in lyn is met Remedi se ooreengekome medisynepryslys vir kankerbehandeling.

VMV-Netwerk	'n Mediclinic-hospitaal wat deur die Skema gekontraakteer of gekies is om dienste te lewer wat verband hou met toestande volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV). Verwys asseblief ook na die omskrywing van aangewese diensverskaffers.
Netwerk van algemene praktisyns vir hospitaalbehandeling	'n Bepaalde lys algemene praktisyns en spesialiste is deur Remedi goedgekeur om tydens hospitaalopnames dienste te verskaf as deel van die Skema se Premier Practice-Netwerk, Remedi Standaard-Netwerk vir algemene praktisyns en Klassieke Direkte Betalingsooreenoms se spesialisnetwerke.
Nood- mediese toestand of mediese noodgevalle	<p>'n Nood- mediese toestand, ook 'n noodgeval genoem, is die skielike en, ten tye daarvan, onverwagte aanvang van 'n gesondheidstoestand. Dit vereis onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling. In so 'n geval sal die versuim om mediese of chirurgiese behandeling te voorsien, lei tot die ernstige inperking van liggaamsfunksies of die ernstige disfunksie van 'n liggaamsorgaan of liggaamsdeel van 'n orgaan, of dit sal die persoon se lewe in ernstige gevaar stel. 'n Noodgeval vereis nie noodwendig hospitaalopname nie.</p> <p>Ons kan jou moontlik vra vir bykomende inligting om die noodgeval te bevestig.</p> <p>Indien jy of die afhanklikes op jou lidmaatskap 'n na-uurse ongevalleafdeling by 'n hospitaal besoek, sal dit slegs as 'n noodgeval beskou word en as 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV) gedek word as die behandeling met die definisie van 'n VMV ooreenstem. Neem asseblief kennis dat nie alle behandeling by ongevalle-eenhede as deel van VMV beskou word nie. As jy vanaf 'n ongevalleafdeling in die hospitaal opgeneem word, sal ons die koste van jou besoek aan ongevalle uit jou hospitaalvoordeel betaal as ons jou hospitaalopname vooraf magtig. As 'n voorval ná ure gebeur, moet jy die volgende werksdag vir magtiging aansoek doen.</p>
Persoonlike Mediese Spaar-rekening (PMSR)	Die Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) is 'n bedrag wat aan die begin van elke jaar (of wanneer jy by die Skema aansluit) aan jou toegewys word. Jy betaal hierdie bedrag in gelyke dele terug as deel van jou maandelikse bydrae. Ons betaal party van jou mediese uitgawes vir dag-tot-dag-voordele of Versekerde Buite-hospitaalvoordele uit die beskikbare fondse in jou PMSR, afhangend van die geregistreerde reëls van die Skema. Meer inligting is beskikbaar op bladsy 42 van hierdie voordeelbrosjure. Enige ongebruikte fondse word na die volgende jaar oorgedra. Indien jy die Skema verlaat of na 'n voordeellopsie sonder 'n PMSR skuif en jy het meer geld gebruik as wat jy bygedra het, moet jy die verskil aan ons terugbetaal.
Remedi se tarief of Skema se tarief	<p>Dit is die tarief wat ons betaal vir gesondheidsorgdienste van hospitale, apteke, gesondheidsorgkundiges en ander verskaffers van verwante gesondheidsdienste. Remedi se tarief of die Skema se tarief is 'n tarief wat ons met diensverskaffers beding het.</p> <p>Indien jou dokter 'n hoër tarief as Remedi se tarief of die gekontraakteerde fooi hef, betaal ons eise teen Remedi se tarief of die gekontraakteerde tarief. Raadpleeg asseblief die tariefkolom in die voordeeltabelle in hierdie voordeelbrosjure om te sien wanneer eise vir 'n bepaalde voordeel teen 100% van Remedi se tarief betaal word en wanneer dit teen 80% van Remedi se tarief betaal word, in welke geval jy 'n bybetaling sal hê.</p>
Tarief vir medisyne	Dit is die tarief wat ons vir medisyne betaal. Dit is die enkele uitgangsprys van medisyne, plus die toepaslike resepteringsfooi.
Uitsluitings	Daar is sekere uitgawes wat Remedi nie dek nie. Dit staan as uitsluitings bekend.
Verwante rekeninge	Dit behels enige rekening benewens die hospitaalrekening vir sorg wat deel van 'n hospitaalopname is. Dit kan rekeninge insluit van die dokter wat jou laat opneem, die narkotiseer en enige goedgekeurde gesondheidsorguitgawes soos radiologie en patologie.
Verwante gesondheidsdienste	'n Diens soos omskryf in die Wet en volgens jou gekose voordeellopsie.
Vind 'n gesondheidsorgverskaffer	'Find a healthcare provider' is 'n soekfunksie vir gesondheidsorgverskaffers, en is beskikbaar op die Remedi-toepassing of ons webwerf, www.yourremedi.co.za

Voorafmagtiging

Jy moet vir Remedi laat weet as jy beplan om in die hospitaal opgeneem te word of as jou opname geskeduleer is. Bel ons asseblief by **0860 116 116** vir voorafmagtiging sodat ons jou lidmaatskap en beskikbare voordele kan bevestig en die besonderhede van jou prosedure op jou lidmaatskapprofiel kan laai. Sonder voorafmagtiging sal jy moontlik 'n bybetaling van R3,000 vir elke opname hê.

Voorafmagtiging is nie 'n waarborg van betaling nie. Dit het slegs ten doel om te bevestig dat die behandeling wat jy tydens hospitalisasie gaan ontvang klinies toepaslik is en dat daar voordele daarvoor beskikbaar is. Ons raai lede aan om met hul behandelende dokter te gesels om uit te vind of hulle self vir enige uitgawes verantwoordelik gaan wees.

Jou dokter kan sekere prosedures of behandelings in sy of haar spreekkamer doen. Jy moet vir hierdie prosedures steeds voorafmagtiging kry. *Voorbeelde hiervan is endoskopieë en skanderings.*

Indien jy in 'n noodgeval in die hospitaal opgeneem word, moet ons so gou moontlik ingelig word, hetsy deur jou of 'n gesinslid. Laat weet ons binne 24 uur of op die Maandag ná 'n hospitaalopname weens 'n noodgeval oor 'n naweek. Dit sal verseker dat ons betaling vir jou mediese uitgawes magtig. Ons gebruik sekere kliniese beleide en protokolle om te besluit of hospitaalopnames goedgekeur word. Dit gee vir ons leiding rakende wat na verwagting sal gebeur wanneer iemand vir 'n spesifieke toestand behandel word en of daar wetenskaplike bewyse en navorsing vir die behandeling is.

Kragtens die Wet op Mediese Skemas van 1998 (Wet nr. 131 van 1998) en sy Regulasies moet alle mediese skemas die koste dek met betrekking tot die diagnose, behandeling en sorg van:

- Nood-mediese toestande
- 'n Bepaalde lys van 271 diagnoses
- 'n Bepaalde lys van 27 chroniese toestande (chroniese siekte lys toestande, insluitend MIV en vigs).

Om toegang tot VMV-behandeling en -dekking te kry, geld sekere reëls wat die Raad vir Mediese Skemas vasgestel het. Dit is:

- Jou mediese toestand moet vir dekking kwalifiseer en moet op die omskrewe lys van VMV-toestande wees.
- Die behandeling wat nodig is, moet met die behandeling vir die omskrewe voordele ooreenstem.
- Jy moet die dienste van aangewese diensverskaffers in ons netwerk gebruik. Dit geld nie in noodgevalle nie.

Waar van toepassing en volgens die reëls van die Skema mag jy na 'n hospitaal of ander diensverskaffers in ons netwerk oorgeplaas word sodra jy gestabiliseer is. Indien jy nie 'n aangewese diensverskaffer gebruik nie of weier om na 'n aangewese diensverskaffer oorgeplaas te word sodra jy stabiel is, sal ons 'n gedeelte van die Skema se tarief betaal. In sulke gevalle sal jy die verskil moet inbetaal tussen dit wat ons betaal en die uiteindelijke koste van jou behandeling. Meer inligting oor die Skema se tarief is beskikbaar in die voordeeltabelle in hierdie voordeelbrosjyre.

Indien jou behandeling nie aan bogenoemde vereistes voldoen nie, sal ons volgens jou voordeelopsie se voordele betaal.

Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV)

<p>Voordeelopsie</p>	<p>Die voordeelopsie is die dekking wat jy by Remedi uitneem. Remedi bied jou 'n keuse van drie voordeelopsies: Remedi se Omvattende Opsie, Remedi se Klassieke Opsie en Remedi se Standaard Opsie. Hierdie voordeelopsies is geregistreer by die Raad vir Mediese Skemas ingevolge die Wet op Mediese Skemas van 1998 (Wet Nr. 131 van 1998) en sy regulasies. Die voordele wat in die Skema se reëls uiteengesit is, word in hierdie voordeelbrosjure opgesom.</p>
<p>Voordeel vir Chroniese Siektes</p>	<p>Die Voordeel vir Chroniese Siektes bied jou dekking vir 'n bepaalde lys chroniese toestande. Om toegang tot hierdie voordeel te kry om vir jou medisyne en behandeling vir jou chroniese toestand te betaal, moet jy vir die dekking aansoek doen.</p>
<p>Voorkeurmedisyne</p>	<p>Voorkeurmedisyne sluit generiese en handelsnaammedisyne in.</p>
<p>WGO-voordeel as daar 'n wêreldwye uitbreking is</p>	<p>Die WGO se Global Outbreak-voordeel voorsien dekking vir spesifieke siektes wat wêreldwyd uitbreek en deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) erken word, soos COVID-19 en Apepokke. Hierdie voordeel bied dekking van 'n sorgpakket soos vasgestel deur Remedi vir buite hospitaal en toepaslike ondersteunende behandeling soos omskryf in die Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV) se behandelingsprotokolle.</p>





BELANGRIKE KENMERKE EN VOORDELE

DEKKING VIR KANKER

Indien jy geregistreer is op die **Omvattende of Klassieke Opsies**, dek ons jou kankerbehandeling soos volg:

- Oor 'n 12-maande-siklus
- Tot en met 'n goedgekeurde jaarlikse limiet per persoon
- Teen 100% van Remedi se tarief.

Nadat die bogenoemde uitgeput is, betaal ons 80% van die bykomende koste, tot en met 'n jaarlikse gesinslimiet, tensy 'n VMV-vlak van sorg geld. Ons befonds 'n VMV-vlak van sorg teen 100% van Remedi se tarief (afhangel van die koste) volgens die Skema se vereistes vir aangewese diensverskaffers.

Lede wat op die **Standaard Opsie** geregistreer is, het oor 'n 12-maande-siklus slegs dekking vir toestande volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV).

Medisyne vir onkologie moet by Remedi se apteeknetwerk vir onkologie verkry word om te verseker dat jy volle dekking sonder bybetalings het wanneer ons jou kankerbehandeling goedgekeur het.

Lees asseblief bladsy 32 van hierdie voordeellimiet vir meer inligting oor jou beskikbare voordeellimiete vir kanker.

DEKKING VIR CHRONIESE MEDISYNE

Om dekking uit die Voordeel vir Chroniese Siektes te kry, moet jy vir dekking registreer deur die dokter te vra om jou aansoek vir chroniese medisyne aan ons te stuur of ons by **0860 116 116** te bel.

Op die **Omvattende Opsie** bied ons jou volle dekking vir chroniese medisyne op ons medisyne vir alle toestande volgens die Lys van Chroniese Siektes. Jy het ook toegang tot dekking vir 'n lys bykomende toestande wat gedek word tot R2,315 per persoon per maand wat medisyne vir nie-VMV behandeling insluit, asook 'n gesamentlike Voordeel vir Gespesialiseerde Medisyne en Bariatriese Chirurgie van tot R210,000 per jaar. Hierdie voordeel bied dekking vir spesifieke hoë-koste medisyne asook bariatriese chirurgie (vanaf 2023 indien dit goedgekeur en klinies toepaslik is).

Op die **Klassieke Opsie** het jy volle dekking vir chroniese medisyne op ons medisyne vir alle toestande volgens die Lys van Chroniese Siektes. Jy het ook toegang tot dekking vir 'n lys bykomende toestande, maar jou maandelikse limiete en gesinslimiete vir hierdie toestande is minder as wat dit vir die **Omvattende Opsie** is. Lede op die voordeellopsie geregistreer het dekking tot en met R1,930 per persoon per maand vir die bykomende toestande, wat medisyne vir nie-VMV toestande insluit.

Op die **Standaard Opsie** is dekking vir chroniese medisyne beperk tot toestande volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV) en ons medisyne vir alle toestande op die Lys van Chroniese Siektes, met geen toegang tot dekking vir 'n bykomende lys toestande nie. 'n Bybetaling van 20% geld as die medisyne by 'n apteek gekry word wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.

DEKKING VIR HOSPITAALOPNAMES

Jy kan na enige privaat hospitaal toe gaan. Die verskillende voordeellopsies bied die volgende dekking vir jou hospitaalopname:

- Daar is geen algehele limiet vir hospitaaldekking op die **Omvattende Opsie** nie.
- Die **Klassieke Opsie** beperk lede tot R2.3 miljoen per gesin per jaar.
- Die **Standaard Opsie** beperk lede tot R675,000 per gesin per jaar.

Die bepaling van die Voorgeskrewe Minimum Voordeel is steeds van krag. Jy kry dekking in die hospitaal vir algemene praktisyns, spesialiste en ander gesondheidsorgkundiges met wie ons 'n betalingsooreenkoms het, volgens jou gekose voordeellopsie se Remedi-tarief vir dienste binne en buite die hospitaal. Ons het 'n netwerk van spesialiste gevestig om die bedrae wat lede self moet betaal te beperk wanneer hulle spesialiste se dienste vir VMV-toestande binne en buite die hospitaal benodig. Volle befonding is beskikbaar deur 'n netwerk van dokters wat deel is van die Skema se sorgprogram vir kroonslagaarsiekte om hierdie chroniese toestand te bestuur.

DEKKING VIR SWANGERSKAP

Jy kry omvattende voordele vir swangerskap wat dekking bied vir sekere gesondheidsorgdienste voor jou kind se geboorte. Jou beskikbare dekking hang af van jou gekose voordeellopsie, asook jou beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en dag-tot-dag-voordele. Kontak ons asseblief sodra jou swangerskap bevestig is sodat ons jou kan help om jou voordele te aktiveer en om jou te help om jou voordele te verstaan.

VERSEKERDE BUIE-HOSPITAALVOORDELE EN OMVATTENDE DAG-TOT-DAG-DEKKING

Afhangel van die voordeellopsie wat jy kies, het jy dekking vir 'n bepaalde stel dag-tot-dag-voordele. Dit sluit dekking in vir medies toepaslike konsultasies met 'n algemene praktisyn, bloedoetse, X-strale of medisyne wat verskaf word deur 'n algemene praktisyn of apteek wat ons voorkeurverskaffer is.

TANDHEELKUNDE EN OPTOMETRIE

Voordele vir basiese tandheelkunde en optometrie vir lede op die **Standaard Opsie** is beskikbaar deur die Dental Risk Company (DRC) en Preferred Provider Negotiators (PPN).

Lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het voordele vir basiese sowel as gevorderde tandheelkunde, asook voordele vir optometrie teen 'n stel vaste jaarlikse limiete by enige van ons PPN-Netwerkverskaffers.

Raadpleeg asseblief die voordeeltabelle en jaarlikse limiete soos in hierdie voordeellimiet uiteengesit vir meer inligting oor jou gekose voordeellopsie se beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en dag-tot-dag-dekking.

SIFTINGS- EN VOORKOMINGSVOORDEEL

Jou Siftings- en Voorkomingsvoordeel bied dekking vir noodsaaklike toetse om die vroeë tekens van ernstige siekte op te spoor ongeag op watter voordeellopsie jy is.



DEKKING IN 'N NOODGEVAL

WAT IS 'N MEDIESE NOODGEVAL?

'n Nood- mediese toestand is die skielike en onverwagte aanvang van 'n gesondheidstoestand wat onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vereis.

Indien behandeling nie in so 'n geval verskaf word nie, sou dit tot die volgende lei:

- Ernstige inperking van liggaamsfunksies
- Ernstige disfunksie van 'n orgaan of liggaamsdeel
- Die persoon se lewe word in ernstige gevaar gestel

'n Noodgeval vereis nie noodwendig hospitaal-opname nie. Ons kan jou behandelende verskaffer moontlik vir bykomende inligting vra om die noodgeval te bevestig.

WAARVOOR BETAAL ONS?

Ons betaal vir die volgende mediese dienste wat jy moontlik in 'n noodgeval mag benodig:

- Die ambulans (of ander mediese vervoer)
- Die rekening van die hospitaal
- Die rekeninge van die dokter wat jou in die hospitaal laat opneem
- Die narkotiseur
- Enige ander gesondheidsorgverskaffer wat ons goedkeur

Dit is belangrik dat jy, 'n geliefde of die hospitaal ons so gou moontlik van jou opname inlig sodat ons jou kan laat weet watter dekking jy sal hê vir die behandeling wat jy ontvang.

Indien jy medisyne vir MIV benodig vir die voorkoming van MIV-infeksie, oordrag van MIV van moeder na kind, blootstelling by die werk of weens trauma (insluitende seksuele aanrading), moet jy ER24 dadelik by 084 124 bel. Behandeling moet binne 72 uur vanaf blootstelling begin. Onthou om eers by ons goedkeuring te kry vir betaling vir die voorkomende behandeling (PrEP) voor en ná blootstelling (PEP).

As jy vanaf 'n ongevalleafdeling in die hospitaal opgeneem word, betaal ons die koste van jou besoek aan ongevalle uit jou hospitaalvoordeel as ons jou hospitaalopname vooraf gemagtig het. **As 'n noodgeval ná ure of oor 'n naweek gebeur, moet jy die volgende werksdag vir magtiging aansoek doen.**

DEKKING BUITE SUID AFRIKA

Dekking buite Suid Afrika is beperk tot gebiede waar die rand as geldeenheid gebruik word, en dekking vir mediese sorg is volgens die Skemareëls en Skematarif. Reisigers moet altyd seker maak dat hulle bykomende mediese versekering uitneem wanneer hulle buite die grense van Suid Afrika reis. Dit sluit Lesotho in.

Die Skema voorsien nie internasionale noodontruimingsvervoer nie. Lede moet self voorsiening maak vir internasionale noodontruimingsvervoer indien dit nodig sou wees terwyl hulle buite die grense van die Republiek van Suid-Afrika reis of woon.

BYSTAND TYDENS OF NÁ 'N TRAUMATIESE VOORVAL

Jy het toegang tot toegewyde bystand in geval van 'n traumatiese voorval of ná 'n traumatiese voorval. Kry 24 uur per dag toegang tot trauma-ondersteuning vir jou en jou gesin deur ER24 by 084 124 te bel. Hierdie diens sluit ook toegang in tot berading en bykomende voordele vir trauma verwant aan geslagsgebaseerde geweld.





VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV)



Ons het VMV-Netwerke om bybetalings te voorkom wanneer jy dienste moet kry vir toestande volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV).

HOE ONS DEKKING BIED VIR VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE:

Voorgeskrewe Minimum Voordele is 'n stel minimum voordele wat, volgens wet, aan alle lede van mediese skemas verskaf moet word. Die dekking behels die diagnose, behandeling en koste van voortgesette sorg vir 'n lys toestande:

- 271 diagnoses en hul verwante behandeling
- 27 chroniese toestande (chroniese siekte lys toestande, insluitend MIV en vigs)
- Nood- mediese toestande

Die lys toestande is in die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 omskryf.

Die 271 VMV-toestande is gekoppel aan spesifieke riglyne vir diagnose en behandeling, wat as die diagnose en behandelingspare bekend staan. Baie van hierdie toestande wat deel is van die diagnose en behandelingspare is ook chroniese toestande, soos depressie.

As jy dekking nodig het vir toestande volgens die diagnose en behandelingspare, moet jy daarvoor aansoek doen. Jy kan die jongste aansoekvorm op die webwerf by www.yourremedi.co.za aflaai, of skakel 0860 116 116 en vra dit aan.

Besoek asseblief www.medicalschemes.co.za vir 'n volledige lys toestande wat deel is van die diagnose en behandelingspare. Die volgende toestande wat deel is van die diagnose en behandelingspare word op alle voordeelopsies ook deur jou hospitaalvoordeel gedek, solank jy aan die intreekriteria vir die voordeel voldoen.

Beroerte (serebro-vaskulêre insident)
Cushing se siekte
Depressie
Ernstige psigiatriese verstourings, soos bipolêre verstouring
Hartklepsiekte
Hematologiese toestande, soos talassemie
Hipertiroïdisme
Hipoparatiroïdisme
Kwadriplegie
Lipidose en ander lipiedstoortoele
Orgaanoorplantings
Paraplegie
Pemfigus (dermatoloog moet staving verskaf)
Perifere arteriosklerotiese siekte
Teenstollingsterapie
Toestande van die hipofise
Trombositopeniese purpura
Kwadriplegie



Ons sal in sekere gevalle slegs 'n spesialis se diagnose aanvaar. Kontak ons by 0860 116 116 om seker te maak hoe om jou VMV-toestand by ons te registreer.

OM TOEGANG TOT VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE TE KRY, GELD SEKERE REËLS

- Jou mediese toestand moet kwalifiseer vir dekking en moet op die lys omskrewe toestande vir die Voorgeskrewe Minimum Voordele wees.
- Die behandeling wat nodig is, moet met die behandeling in die omskrewe voordele ooreenstem.
- As jy die voordeellimiet oorskry, moet jy aangewese diensverskaffers in die netwerk gebruik om voort te gaan om behandeling te kry.

Dit is nie in lewensbedreigende noodgevallen van toepassing nie. Jy kan egter selfs in hierdie gevalle (waar toepaslik en volgens die Skema se reëls) na 'n aangewese diensverskaffer oorgeplaas word; andersins sal jy moontlik 'n bybetaling hê. Jy sal die verskil moet betaal tussen dit wat ons betaal en die uiteindelijke koste van jou behandeling, waar van toepassing.

BELANGRIK

Selfs al sê jou dokter dat jou toestand 'n VMV is, sal slegs die toestand se ICD-10-kodes wat jou dokter aan ons stuur en die relevante reëls bepaal of jou toestand as 'n VMV gedek word.

BEFONDING VAN MEDISYNE VIR VMV-TOESTANDE

Die Skema betaal 100% van die koste van die medisyne as jy die medisyne by 'n aangewese diensverskaffer kry. Ons dek ook die koste van die medisyne as jy dit onwillekeurig gekry het by 'n verskaffer wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie, mits:

- Die medisyne ingesluit is op die medisyne wat die Skema gebruik; of
- Die medisyne nie medisyne bevat wat klinies toepaslik en doeltreffend is vir die behandeling van die VMV-toestand nie.

Indien medisyne willekeurig verkry is van 'n verskaffer wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie, is jy verantwoordelik vir 'n bybetaling gelykstaande aan die verskil tussen die koste van die medisyne en die koste wat jy by 'n aangewese diensverskaffer sou aangegaan het.

Op die **Omvattende en Klassieke Opsies**, as die medisyne medisyne insluit wat klinies toepaslik en doeltreffend is vir die behandeling van 'n VMV-toestand, en as die lid bewustelik weier om die medisyne te gebruik en verkies om eerder ander medisyne te gebruik (wat meer kos as die bedrag vir chroniese medisyne waarvoor ons volgens die medisyne sou betaal het), is jy vir die res van die koste verantwoordelik.

Op die **Standaard Opsie**, as jy vir die Voordeel vir Chroniese Siektes geregistreer is en die medisyne op Remedi se medisyne is, betaal ons ten volle vir die medisyne, tot en met Remedi se tarief vir medisyne, of tot en met die goedkoopste medisyne van dieselfde soort op ons medisyne vir die toestand.

Remedi het die volgende bykomende netwerke gekontrakteer en gevestig om te verhoed dat ons lede bybetalings het wanneer hulle dienste vir toestande volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV) bekom.

GEESTESGESONDHEIDNETWERK

Die Geestesgesondheidnetwerk is geskep vir dienste van maatskaplike werkers, sielkundiges en geregistreerde beraders, beide met of sonder hospitaalopname. Die netwerk is ook van toepassing vir eise wat verband hou met die Skema se voordele vir verwante en terapeutiese sorg en vir toegang tot dienste deur die Geestesgesondheidsprogram.

Lede wat dienste by ander diensverskaffers kry, hoef nie 'n bykomende bedrag te betaal nie, mits hulle die dienste kry as deel van die Geestesgesondheidnetwerk van diensverskaffers.

As 'n lid die dienste gebruik van 'n diensverskaffer wat nie deel is van die netwerk nie, en die verskaffer se tarief meer as die Skematarif is, word die betaling tot die Skematarif beperk en word dit aan die lid betaal. In sulke gevalle kan lede moontlik verantwoordelik wees vir bykomende betalings wanneer hulle die rekening betaal van diensverskaffers wat nie in die netwerk is nie. Dit is daarom belangrik om ons te kontak om te bevestig of jou diensverskaffer deel is van ons Geestesgesondheidnetwerk voordat jy dienste bekom vir Voorgeskrewe Minimum Voordeel toestande.

VOLLE DEKKING MET REMEDI SE VMV-HOSPITAALNETWERK

Lede het toegang tot 'n VMV-hospitaalnetwerk (bestaande uit Mediclinic- privaat hospitale) vir die behandeling van VMV-toestande teen volle dekking.

Dit beteken dat jy niks ekstra hoef te betaal bo en behalwe dit wat ons die verskaffer betaal nie, mits die volgende van toepassing is:

- Die diensverskaffer wat jou laat opneem, is op die Skema se lys aangewese diensverskaffers, of is deel van die netwerk vir algemene praktisyne of spesialiste.
- Die dienste word verkry by 'n hospitaal in die VMV-hospitaalnetwerk.

Wanneer jy in een van hierdie fasiliteite opgeneem word, moet jy seker maak dat jy:

- Behandeling ontvang by die VMV-hospitaalnetwerk
- 'n Primêre verskaffer kies wat 'n direkte betalingsooreenkoms met die Skema het.

Dit sal verseker dat ons alle gekontrakteerde verskaffers kan betaal teen hul gekontrakteerde tariewe (of teen die koste vir dienste ontvang in die VMV-hospitaalnetwerk). Dit is ook van toepassing op verwante rekeninge tydens opname.

Dit beteken dat wanneer ons voorafmagtiging vir 'n VMV-toestand gee, betaal ons die koste van die dienste soos in die onderstaande tabel uiteengesit:

	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI STANDAARD	EKSTRA INLIGTING EN AANTEKENINGE
Sielkundige en geestesgesondheidsdienste buite die hospitaal vir VMV-toestande as die diensverskaffer in die Geestesgesondheidnetwerk is	100% teen die ooreengekome tarief	100% teen die ooreengekome tarief	100% teen die ooreengekome tarief	Geen bybetaling indien aangewese diensverskaffer gebruik word nie
Sielkundige en geestesgesondheidsdienste buite die hospitaal vir VMV-toestande as die dienste willekeurig verkry is by 'n diensverskaffer wat nie in die Geestesgesondheidnetwerk is nie	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	Moontlike bybetalings as verskaffer nie 'n aangewese diensverskaffer is nie
Dienste van 'n algemene praktisyn vir VMV-toestande as die algemene praktisyn of spesialis wat die opname behartig deel is van die netwerk of 'n aangewese diensverskaffer is	100% teen die ooreengekome tarief	100% teen die ooreengekome tarief	100% teen die ooreengekome tarief	Geen bybetaling indien aangewese diensverskaffer gebruik word nie
KeyCare-huisdokter se dienste binne en buite die hospitaal vir VMV-toestande as die algemene praktisyn wat die opname behartig deel is van die netwerk of 'n aangewese diensverskaffer is	Nie van toepassing nie	Nie van toepassing nie	100% teen die ooreengekome tarief	Geen bybetaling indien aangewese diensverskaffer gebruik word nie
Dienste binne en buite die hospitaal vir VMV-toestande as die dienste willekeurig verkry is by 'n diensverskaffer wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	100% teen 'n maksimum van die Skematarif	Moontlike bybetalings as verskaffer nie 'n aangewese diensverskaffer is nie

HUISDOKTER- EN SPESIALISNETWERK IN DIE HOSPITAAL

Jy het toegang tot die huisdokternetwerk in die hospitaal.

Benewens die Premier Practice-Netwerk en Remedi se spesialisnetwerke vir Standaard en Klassieke Direkte Betalingsooreenkoms, het die Skema ook vir alle voordeelopsies 'n huisdokternetwerk vir hospitalisasie by Mediclinic-hospitale ingestel.

As jy tydens 'n hospitaalopname dienste vir VMV-toestande kry van 'n algemene praktisyn met toestemming om behandeling in 'n Mediclinic-hospitaal te bied, betaal ons die algemene praktisyn of spesialis ten volle (jy hoef dus geen ekstra bedrag te betaal nie). Ons betaal binne-hospitaaleise wat die ooreengekome tarief oorskry tot en met die ooreengekome tarief. Jy moet die uitstaande bedrag self betaal.

VERSKAFFERSOOREENKOMSTE VIR CHIRURGIESE TOERUSTING

Die Skema het verskaffersooreenkomste vir chirurgiese toerusting, insluitende:

- Mediese en chirurgiese toerusting wat gebruik word om geboorte te indueer
- Hartstente
- Suurstofoestelle
- Intermitterende kateters
- Asemhalingstoestelle soos CPAP-masjiene

As lede genoemde toestelle kry by diensverskaffers met wie die Skema 'n betalingsooreenkoms het, betaal die Skema die koste van die toestelle tot en met die ooreengekome of onderhandelde tarief en lede behoort geen bybetalings te hê nie.

As lede genoemde toestelle kry by verskaffers wat nie aangewese diensverskaffers is nie, word betaling beperk tot 'n maksimum van 100% van die Skematarief, en dit is beperk tot die jaarlikse voordeellimiet. In sulke gevalle kan lede moontlik bybetalings hê en hulle sal moontlik 'n gedeelte van die toestelle se koste self moet betaal.



Kontak ons gerus by **0860 116 116** om uit te vind watter opsies vir jou beskikbaar is voordat jy hierdie toestelle verkry.

LET WEL: BEFONDSING VAN VMV-EISE IN 'N NOODGEVAL

In noodgevalle word alle goedgekeurde VMV-eise teen koste betaal.

Gebruik aangewese diensverskaffers om bybetalings te beperk.

Remedi het 'n lys aangewese diensverskaffers, soos in die onderstaande tabel uiteengesit:

VOORDEELOPSIE	REMEMI OMVATTEND	REMEMI KLASSEK	REMEMI STANDAARD
SANCA, RAMOT of Nishtara vir dwelm- en alkohol-detoksifikasie en rehabilitasie	✓	✓	✓
Standaard Opsie-Netwerk van algemene praktisyns	✗	✗	✓
Klassieke Direkte Spesialiste wat 'n ooreenkoms met die Skema vir direkte betaling het	✓	✓	✗
Die Premier A en B Direkte Spesialisoooreenkoms vir direkte betaling	✓	✓	✗
Die KeyCare Direkte Spesialisoooreenkoms vir direkte betaling	✗	✗	✓
Apteke wat medisyne teen Remedi se tarief resepteer	✓	✓	✓
Oogkundebestuur deur PPN	✓	✓	✓
Privaat hospitale met wie Remedi 'n kontrak het (Sien MaPS-hulpmiddel)	✓	✓	✓
Tandheelkundige bestuur deur Dental Risk Company (DRC)	✗	✗	✓
Nooddienste deur ER24	✓	✓	✓
VMV-hospitaalnetwerk by Mediclinic-hospitale	✓	✓	✓
Hospitaalnetwerk vir Algemene Praktisyns en Spesialiste vir VMV	✓	✓	✓
Buite-hospitaalnetwerk vir Geestesgesondheid	✓	✓	✓
Apteke wat die aangewese diensverskaffers vir onkologie is	✓	✓	✓

Remedi is altyd op die uitkyk vir gesondheidsorgverskaffers wat gehaltesorg teen bekostigbare tariewe aan ons lede kan voorsien. Ons sal meer aangewese diensverskaffers en netwerke by hierdie lys voeg soos dit beskikbaar word.

Limiete, kliniese riglyne en beleidsbeginsels geld vir sekere gesondheidsorgdienste en -prosedures. Gaan asseblief die tabelle met voordele en hul limiete in hierdie brosjure noukeurig na vir meer inligting.



SIFTINGS EN VOORKOMINGSVOORDEEL

Jy het toegang tot noodsaaklike Siftings en Voorkomingsvoordele.

Hierdie voordeel betaal vir sekere toetse wat vroeë waarskuwingstekens van ernstige siekte kan opspoor. Ons bied dekking vir verskeie siftingstoetse by ons verskaffers van welstandsdienste, Clicks en Dis-Chem. Sulke siftingstoetse sluit die nagaan van bloedglukose, cholesterol en MIV in, asook dekking vir 'n Papsmeer of MPV-toets vir servikale sifting, mammogramme en prostaatsiftingstoetse.

Die beskikbare siftingstoetse hang af van jou ouderdomsgroep en behoeftes. Dit sluit in:

SIFTINGSTOETSE

Vir volwassenes dek hierdie voordeel sekere toetse, soos bloedglukose, bloeddruk, cholesterol, liggaamsmassa-indeks (BMI) en MIV-sifting, by een van ons verskaffers van welstandsgroep. Ons bied ook dekking vir 'n mammogram of ultraklank van die borste elke jaar, 'n Papsmeer een keer per jaar as 'n alternatief vir 'n MPV-toets elke 3 of 5 jaar, afhange van jou MIV-status.

Ons bied dekking vir 'n PSA-toets (prostaatsiftingstoets) elke jaar en dermkankersiftingstoetse elke twee jaar vir lede tussen die ouderdom van 45 tot 75 jaar. Een kolonoskopie vir sifting word elke tien jaar befonds vir lede wat 55 jaar of ouer is as die prosedure in die dokter se spreekkamer gedoen word.

Die Skema stel ook een voorkomende tandheelkundige ondersoek per persoon per jaar beskikbaar. Dit sluit 'n mondonderzoek, infeksiebeheer, profilakse, polering en fluoriedbehandeling in.

SIFTINGSTOETSE VIR BEJAARDES

Benewens die siftingstoetse vir volwassenes het lede wat 65 jaar of ouer is dekking vir 'n groep ouderdomsverwante siftingstoetse in ons vasgestelde apteeknetwerk. Dekking sluit in gehoor- en sigtoetse en die assessering van valrisiko.

Jy het maandelik dekking vir 'n bykomende konsultasie met 'n algemene praktisyn by 'n Premier Plus-huisdokter, afhange van die siftingstoetse se uitslae en of jy aan die Skema se kliniese intreekriteria voldoen. Ons bied ook 'n holistiese oorsig van 'n lid se gesondheid, tesame met elektroniese kommunikasie oor ingrypings. So 'n e-pos behels inskrywing in die siektebestuursprogramme, waar nodig.

ENTSTOWWE WORD UIT JOU SIFTINGSVOORDELE BETAAL

Jy het dekking vir die volgende entstofvoordele benewens genoemde siftingstoetse:

- Pneumokok-entstof – ons betaal vir tot en met twee entstowwe per persoon per leeftyd.
- Seisoenale griepentstof – ons betaal vir tot en met een entstof per persoon per jaar uit jou hospitaalvoordeel as jy beskou word as 'n hoërisikolid of as jy ouer as 65 jaar is. Vir ander lede betaal ons vir hierdie entstof uit die beskikbare dag-tot-dag-voordele.
- Die koste vir COVID-19-entstof en die toedieningskoste word beskou as klinies toepaslik ingevolge VMV-behandeling of -voorkoming. Die Skema betaal vir hierdie entstof uit die algemene jaarlikse limiet, wat beteken dit word nie uit lede se Siftings- en Voorkomingsvoordele betaal nie.
- Entstof vir menspapilloomvirus (MPV) – ons betaal (indien ons dit as klinies toepaslik beskou) een keer elke 3 of 5 jaar, na gelang van jou status.



CONNECTED CARE, VIRTUELE KONSULTASIES EN TUISGEBASEERDE SORG

Met Remedi Medical Aid Scheme kry jy toegang tot gesondheids- en welstandsdienste in die gemak van jou eie tuiste. Deur die Connected Care-platform te gebruik, kan jy met dokters in verbinding tree deur virtuele konsultasies.

VIRTUELE KONSULTASIES

Deur die Connected Care-platform te gebruik, kan jy virtuele konsultasies skeduleer met die algemene praktisyn wat jy verkies of gekies het, **mits die algemene praktisyn op die platform geregistreer is**. Ons betaal vir konsultasies uit jou bestaande dag-tot-dag- en beskikbare konsultasievoordele.

TUISGEBASEERDE SORG

Sommige dienste is beskikbaar in die vorm van 'tuisgebaseerde sorg' soos opvolgbehandeling ná 'n hospitaalopname. Hierdie dienste is beskikbaar deur Discovery Home Care dienste. Jy word verseker van gehaltesorg in die gemak van jou eie tuiste wanneer jou dokter dit as alternatief vir hospitaalverblyf aanbeveel. Dienste sluit in nageboortesorg, sorg in die eindstadium van lewe, binnearse infusie (drups) en wond Sorg. Hierdie dienste word uit die hospitaalvoordeel betaal, onderhewig aan goedkeuring. Discovery Home Care is die aangewese diensverskaffer vir die toediening van bepaalde binnearse infusies. **Voorkom 'n bybetaling van 20% deur Discovery Home Care vir sulke infusies te gebruik.**

ONMIDDELLIKE DIAGNOSTIESE ONTLEDING (SORGPUNT-TOESTELLE)

Lede wat op sekere programme geregistreer is, het toegang tot onmiddellike diagnostiese ontleding by die punt van sorg sodat eenvoudige mediese toetse by jou siekbed gedoen kan word. Dit bied die kortste moontlike tydverloop tussen die vereiste toetse en jou behandelende dokter se bekendmaking van die resultate aan jou. Boonop verbeter dit jou behandelende dokter se vermoë om jou uitslae aan te teken vir verwysings na ander dokters en vir rekorddoeleindes deur HealthID.

Dit gee aan jou behandelende dokter 'n geïntegreerde oplossing om jou mediese inligting te beskerm en vertroulik te hou.

Connected Care word aan jou gebring deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienumer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas.

Discovery Home Care is 'n diensverskaffer. Praktyknummer 080 000 8000190. Grove Nursing Services (Pty) Ltd.





VERSEKERDE BUIE- HOSPITAALVOORDELE EN DAG-TOT-DAG-VOORDELE

Jy het toegang tot die volgende dag-tot-dag-dekking uit jou Versekerde Buite-hospitaalvoordeel na gelang van die voordeelsopsie waarop jy geregistreer is. Sekere limiete is onderhewig aan die algemene jaarlikse limiete soos uiteengesit in die tabel hieronder. Sien bladsy 4 van hierdie voordeelsbrosjyre om uit te vind wat die algemene jaarlikse limiet volgens jou gekose voordeelsopsie is.

Versekerde Buite-hospitaalvoordele en dag-tot-dag-voordele

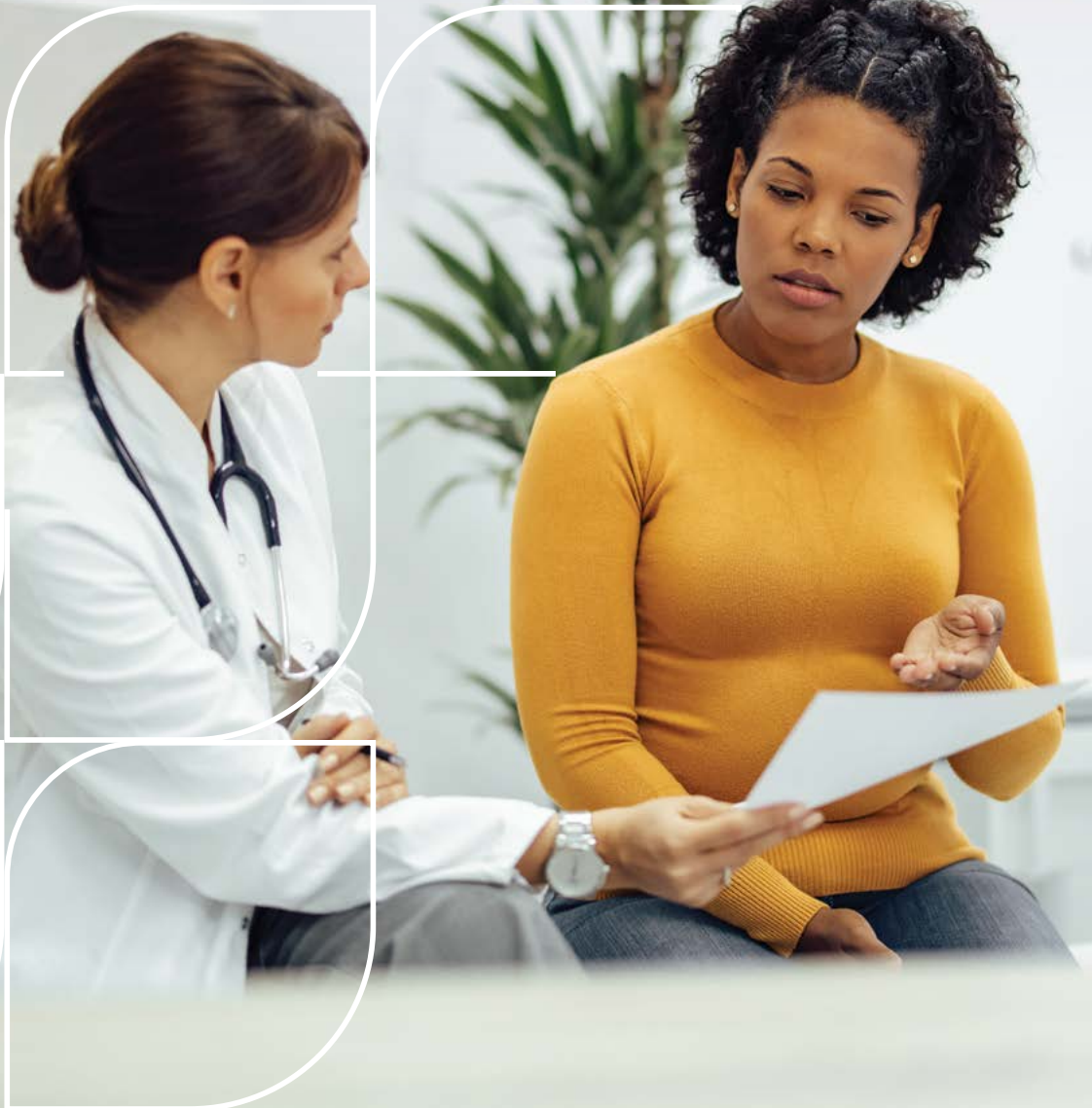
VOORDELE	TARIEF	REMEDIE OMVATTEND	REMEDIE KLASSIEK	REMEDIE STANDAARD
Jaarlikse sublimiete vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel (dag-tot-dag-voordele)	100% van Remedi se tarief, of 100% van die koste by 'n aangewese diensverskaffer	<p>Saamgestelde limiet per gesin:</p> <p>Hooflid: R10,320 Per volwasse afhanklike: R6,090 Per kinderafhanklike: R1,720 en tot en met 'n maksimum van drie kinders.</p> <p>Indien jy die sublimiet oorskry, word uitgawes wat nie Voorgeskrewe Minimum Voordele is nie, uit die beskikbare geld in jou Persoonlike Mediese Spaarrekening betaal. Die sublimiet sluit eise vir gespesialiseerde tandheelkunde en optiese dienste uit. Ons dek fasiliteitsfooie indien van toepassing.</p>	<p>Saamgestelde limiet per gesin:</p> <p>Hooflid: R9,150 Per volwasse afhanklike: R5,400 Per kinderafhanklike: R1,520 en tot en met 'n maksimum van drie kinders.</p> <p>Indien jy die sublimiet oorskry, moet jy self vir uitgawes betaal wat nie Voorgeskrewe Minimum Voordele is nie. Die sublimiet sluit eise vir gespesialiseerde tandheelkunde, optiese dienste en fasiliteitsfooie in.</p>	<p>Saamgestelde limiet per gesin:</p> <p>Hooflid: R3,010 Per volwasse afhanklike: R1,900 Per kinderafhanklike: R610 en tot en met 'n maksimum van drie kinders.</p> <p>Hierdie sublimiete geld vir mediese spesialiste (kliniese sielkundiges en maatskaplike werkers uitgesluit) en noodbehandeling.</p> <p>Dit sluit die fasiliteitsfooie in.</p>
Algemene praktisyns en spesialiste	100% van Remedi se tarief	<p>Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordele en die algehele jaarlikse limiet. Sodra hierdie limiete bereik word, betaal ons uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening.</p> <p>Hierdie voordeel sluit dekking in vir 'n konsultasie met 'n ginekoloog om 'n Mirena-voorbehoedingsapparaat in te sit, mits jy voorafmagtiging van die Skema gekry het in lyn met die kliniese protokolle en riglyne.</p>	<p>Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet.</p> <p>Hierdie voordeel sluit dekking in vir 'n konsultasie met 'n ginekoloog om 'n Mirena-voorbehoedingsapparaat in te sit, mits jy voorafmagtiging van die Skema gekry het in lyn met die kliniese protokolle en riglyne.</p>	<p>Medies toepaslike besoeke aan 'n algemene praktisyn en klein prosedures is onbeperk by jou gekose algemene praktisyn wat deel van die Standaard Opsie-Netwerk is. As julle 'n algemene praktisyn besoek wat nie in die netwerk is nie, het jou gesin dekking vir drie besoeke tot en met 'n limiet van R1,975. Besoeke aan mediese spesialiste is beperk tot die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel se sublimiete.</p> <p>Hierdie voordeel sluit dekking in vir 'n konsultasie met 'n ginekoloog om 'n Mirena-voorbehoedingsapparaat in te sit, mits jy voorafmagtiging van die Skema gekry het in lyn met die kliniese protokolle en riglyne.</p>

VOORDELE	TARIEF	REMEDEI OMVATTEND	REMEDEI KLASSIEK	REMEDEI STANDAARD
Voordeel vir algemene praktisyne in die netwerk	100% van Remedi se tarief	'n Vasgestelde getal bykomende konsultasies by 'n algemene praktisyne word uit die hospitaalvoordeel betaal wanneer jy die limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel bereik het en jou Persoonlike Mediese Spaarrekening uitgeput is. Hooflid: Drie besoeke aan 'n algemene praktisyne. Gesin: Ses besoeke aan 'n algemene praktisyne. Uit die hospitaalvoordeel, betaal ons net vir besoeke aan 'n algemene praktisyne in ons netwerk en ons betaal nie vir patologie nie.	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.
Akute skedule 0-, 1- en 2-medisyn wat sonder 'n dokter se voorskrif oor die toonbank gekoop kan word	100% van Remedi se tarief vir medisyne	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet. Sodra hierdie limiete bereik word, betaal ons uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening. Ons dek mondelikse voorbehoedmiddels tot en met R175 per maand vir elke vroulike begunstigde by apteke wat voorkeurverskaffers is, onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet. 'n Bybetaling van 20% geld as die lid mondelikse voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet. Ons dek mondelikse voorbehoedmiddels tot en met R175 per maand vir elke vroulike begunstigde by apteke wat voorkeurverskaffers is, onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet. 'n Bybetaling van 20% geld as die lid mondelikse voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.	<i>Skedule 0-, 1- en 2- medisyne:</i> Medisyne wat oor die toonbank gekoop kan word tot en met R175 per voorskrif en R355 per persoon per jaar uit die hospitaalvoordeel. <i>Akute medisyne:</i> Onderhewig aan die Standaard Opsie-Netwerk Medisynelys. Onbeperk indien jy die medisyne by jou gekose algemene praktisyne in die Standaard Opsie-Netwerk kry. Ons dek mondelikse voorbehoedmiddels tot en met R175 per maand vir elke vroulike begunstigde by apteke wat voorkeurverskaffers is, onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.'n Bybetaling van 20% geld as die lid mondelikse voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.
Patologie en radiologie (MR- en RT-skanderings uitgesluit)	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet. Sodra hierdie limiete bereik word, betaal ons uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet.	Basiese swart-en-wit-X-strale (van die borskas, buik, bekken en ledemate) en beperkte patologietoets, mits dit op ons lys is, jou gekose algemene praktisyne in die netwerk jou verwys het en dit deur gesondheidsorgverskaffers in die Standaard Opsie-Netwerk gedoen is.
Verwante kundiges (fisioterapie, biokinetika, arbeids- en spraakterapie, oudiologie, audiometrie, kliniese sielkunde en maatskaplike werk)	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet.	Geen voordeel nie.
Voordeel vir Gespesialiseerde Medisyne en Bariatriese Chirurgie	Gespesialiseerde Medisyne: 90% van Remedi se tarief Bariatriese Chirurgie: 80% van Remedi se tarief of 100% van die Verwysingspryslys	Beperk tot R210,000 per persoon per jaar, onderhewig aan kliniese protokolle en voorafmagtiging.	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.





OPTIESE VOORDELE



HOE OM JOU OPTIESE VOORDELE TEN BESTE TE GEBRUIK

Remedi het 'n kontrak met Preferred Provider Negotiators (PPN) se netwerk om te verseker dat jy jou optiese voordeel die beste benut.

Jy kan PPN as volg bereik:

- Kliëntediens aan lede: 041 065 0650
- Eise: info@ppn.co.za
- Webwerf: <https://www.ppn.co.za/>

PPN hef kostedoeltreffende tariewe vir ongekleurde lense in ruil vir beter professionele fooie, sonder om professionele standaarde of die gehalte van die produk in te boet. Onthou om vir die PPN-oogkundige te sê dat jy 'n lid van Remedi is om seker te maak jy vir die onderhandelde tariewe kwalifiseer.

Lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** kan 'n oogkundige besoek wat nie in die PPN-Netwerk is nie, maar daardie oogkundige kan dalk meer as Remedi se tarief vra. Dit beteken dat die volle bedrag dalk nie gedek word nie. As jy moontlike bybetalings op ongekleurde lense wil vermy, maak seker dat die oogkundige deel van die PPN-Netwerk is.

Lede op die **Standaard Opsie** het slegs voordele vir oogsorg indien hulle 'n PPN-oogkundige besoek.

Op die **Omvattende Opsie** is optiese voordele 'n aparte voordele-kategorie wat tot die algehele jaarlikse limiet betaal word.

Op die **Klassieke Opsie** is daar nie 'n aparte kategorie vir optiese voordele nie. Dit word uit die beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal, onderhewig aan die sublimiete vir die optiese voordeel, sowel as die algehele jaarlikse limiet.

BELANGRIKE INLIGTING:

Raadpleeg asseblief hierdie voordele-brosjyre vir verdere inligting oor die limiete en voordele. Neem asseblief kennis dat alle eise direk by PPN ingedien moet word vir verwerking en betaling.

Opsomming van Optiese Voordele

VOORDELE	REMEDE OMVATTEND	REMEDE KLASSIEK	REMEDE STANDAARD
Optiese voordeel	Onderhewig aan bevestiging van die voordeel deur Preferred Provider Negotiators (PPN). Jy kan enige tekort uit die beskikbare geld in jou Persoonlike Mediese Spaarrekening betaal. Alle voordele is onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en die volgende sublimiete:	Onderhewig aan bevestiging van die voordeel deur Preferred Provider Negotiators (PPN). Alle voordele is onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die volgende sublimiete:	Onderhewig aan bevestiging van die voordeel deur Preferred Provider Negotiators (PPN). Alle voordele is onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en soos volg: (Voordele is slegs elke 24 maande beskikbaar.)
Sublimiet per persoon	R3,815	R3,605	Sublimiet geld soos onder uiteengesit.
Sublimiet per gesin	R7,630	R7,210	Sublimiet geld soos onder uiteengesit
Konsultasies			
PPN-oogkundige	100% van koste. 'n Saamgestelde konsultasie by 'n PPN-verskaffer, wat refraksie, gesigsveldtoets, 'n siftingstoets vir gloukoom, en kunsmatige intelligensie vir die nasporing van diabetiese retinopatie insluit vir elke persoon elke jaar.	100% van koste. 'n Saamgestelde konsultasie by 'n PPN-verskaffer, wat refraksie, gesigsveldtoets, 'n siftingstoets vir gloukoom, en kunsmatige intelligensie vir die nasporing van diabetiese retinopatie insluit vir elke persoon elke jaar.	100% van koste. 'n Saamgestelde konsultasie by 'n PPN-verskaffer, wat refraksie, gesigsveldtoets, 'n siftingstoets vir gloukoom, en kunsmatige intelligensie vir die nasporing van diabetiese retinopatie insluit vir elke persoon elke 24 maande.
Dienste by oogkundiges wat nie deel van PPN is nie	R380	R380	Geen voordeel nie.
MET ÓF			
'n Bril:			
Raam of lensverbeterings: PPN-oogkundige	PPN-raam of lensverbeterings van tot R1,765.	PPN-raam of lensverbeterings van tot R1,115.	PPN-raam van tot R315 vir elke persoon elke 24 maande.
Raam of lensverbeterings: Dienste by oogkundiges wat nie deel van PPN is nie	R1,325 vir 'n raam en/of lensverbeterings.	R1,115 vir 'n raam en/of lensverbeterings.	Geen voordeel nie.
Limiet vir gewone ongekleurde lense	Ongekleurde enkelvisielense by 'n PPN-oogkundige en 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R215 per lens.	Ongekleurde enkelvisielense by 'n PPN-oogkundige en 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R215 per lens.	Ongekleurde enkelvisielense by 'n PPN-oogkundige beperk tot R215 per lens vir elke persoon elke 24 maande.
	Ongekleurde bifokale lense by 'n PPN-oogkundige en 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R460 per lens.	Ongekleurde bifokale lense by 'n PPN-oogkundige en 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R460 per lens.	Ongekleurde bifokale lense by 'n PPN-oogkundige, beperk tot R460 per lens per persoon elke 24 maande.
	Basiese multifokale lense by 'n PPN-oogkundige en by 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R810 per lens. 'n Ekstra R50 per lens vir handelsmerk- multifokale lense is beskikbaar bykomend tot die limiet van R810 per lens.	Basiese multifokale lense by 'n PPN-oogkundige en by 'n oogkundige wat nie in die PPN-Netwerk is nie, is beperk tot R810 per lens. 'n Ekstra R50 per lens vir handelsmerk- multifokale lense is beskikbaar bykomend tot die limiet van R810 per lens.	Basiese en handelsmerk- multifokale lense by 'n PPN-oogkundige is beperk tot R460 per lens per persoon elke 24 maande.
OF			
Kontaklense			
Sublimiet per begunstigde	R2,440	R1,970	R615 vir elke persoon by 'n PPN-oogkundige elke 24 maande.



TANDHEELKUNDIGE VOORDELE

HOE OM JOU TANDHEELKUNDIGE VOORDELE TEN BESTE TE GEBRUIK

Lede op die **Standaard Opsie** ontvang tandheelkundige dienste deur Dental Risk Company (DRC). Jy kan hulle by **087 943 9611** skakel om te bevestig watter tandheelkundige voordele op die **Standaard Opsie** beskikbaar is.

Voorafmagtiging moet vir sekere tandheelkundige prosedures verkry word. Skakel die Remedi-oproepsentrum by **0860 116 116** vóór jy jou tandarts besoek om te bevestig watter voordele vir tandheelkunde beskikbaar is.

Oorsig oor Remedi se tandheelkundige voordele

*Die **Omvattende Opsie** bied 'n losstaande voordeel vir gespesialiseerde tandheelkunde, terwyl lede op die **Klassieke Opsie** se gespesialiseerde tandheelkunde onderhewig is aan die beskikbare **Versekerde Buite-hospitaalvoordeel**. Wanneer lede op die **Omvattende Opsie** se voordele vir konserwatiewe tandheelkundige opgebruik is, word eise vir konserwatiewe tandheelkunde uit die beskikbare geld in die **Persoonlike Mediese Spaarrekening** betaal. Geen voordele vir gespesialiseerde tandheelkunde is op die **Standaard Opsie** beskikbaar nie.*

VOORDELE	TARIEF	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI STANDAARD
Gespesialiseerde tandheelkunde	100% van Remedi se tarief	Losstaande voordeel. Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete: Hoodlid: R23,400 Gesin: R46,950 Basiese tandheelkundige kodes word uit die beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal. Sien ook bladsy 21.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel. Sien ook bladsy 21.	Geen voordeel nie.
Konserwatiewe tandheelkunde	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet. Sien ook bladsy 21. Sodra hierdie limiete bereik word, betaal ons uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet. Sien ook bladsy 21.	Slegs basiese tandheelkunde soos konsultasies en die trek en stop van tande, wat harsvulsels (tot drie oppervlakovulsels per tand) insluit. Hierdie voordeel sluit kunsgebit en gespesialiseerde tandheelkunde uit. Dienste moet in Dental Risk Company se netwerk van voorkeurverskaffers vir tandheelkunde verkry word.
Konserwatiewe tandheelkunde onder narkose vir pasiënte jonger as sewe jaar	100% van Remedi se tarief	Narkose en hospitalisasie is onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet. Eise vir tandheelkunde is onderhewig aan die beskikbare limiete vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel.		Geen voordeel nie.
Voorkomende tandheelkunde	100% van Remedi se tarief	Een voorkomende tandheelkundige ondersoek per persoon elke 12 maande. Dit sluit 'n mondondersoek, infeksiebeheer, profilakse, polering en fluoriedbehandeling vir volwassenes en kinders in. Die Standaard Opsie bied voorkomende tandheelkunde deur 'n netwerkverskaffer, naamlik (Dental Risk Company).		



SWANGERSKAPSVORDELE

Remedi gee jou dekking vir swangerskapsorg teen 100% van Remedi se tarief uit jou beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel waar van toepassing, soos in die tabel wat die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel uiteensit.

VOORGEBOORTEKONSULTASIES

Vir lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** betaal ons vir nege voorgeboortekonsultasies met 'n algemene praktisyn, ginekoloog of vroedvrou wat onderhewig is aan die algehele jaarlikse limiet.

Lede op die **Standaard Opsie** het dekking vir nege voorgeboortekonsultasies met 'n algemene praktisyn, vroedvrou of ginekoloog op die **Standaard Opsie** se netwerk.

ULTRAKLANKSKANDERINGS EN VOORGEBOORTESIFTINGSTOETSE

Lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het dekking vir 2D-ultraklankskanderings (sonars) en 'n uitgebreide lys swangerskapsverwante patologiese asook nege urienstrokiëtoetse en twee glukosestrokiëtoetse. NT-sonarondersoek, nie-indringende voorgeboortetoets (NIPT) en T21-siftingstoets (siftingstoetse vir Down-sindroom) word bykomend tot die ultraklankskanderings betaal, indien dit as klinies toepaslik beskou word.

Jou swangerskapsvoordele op die **Omvattende en Klassieke Opsies** is onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en dekking volgens 'n sorgpakket stem met die VMV-vereistes ooreen.

Lede op die **Standaard Opsie** het dekking vir 2D-ultraklankskanderings (sonars) wat deur hulle gekose algemene praktisyn of sonografis gedoen word. Ons dek 'n vasgestelde en beperkte lys swangerskapsverwante patologiese asook nege urienstrokiëtoetse en twee glukosestrokiëtoetse. NT-sonarondersoek, nie-indringende voorgeboortetoets (NIPT) en T21-siftingstoets (siftingstoetse vir Down-sindroom) word bykomend tot ultraklankskanderings betaal, as dit as klinies toepaslik beskou word.

GRIEPINENTING

Ons betaal vir die griepinentings wat jy gedurende jou swangerskap mag nodig hê uit jou beskikbare dag-tot-dag-voordele.

BLOEDTOETSE

Op die **Omvattende en Klassieke Opsies** betaal ons tot by jou algehele jaarlikse limiet vir 'n omskrewe lys bloedtoetse vir elke swangerskap en bied dekking uit 'n sorgpakket wat met die VMV-vereistes ooreenstem. Ons betaal vir 'n vasgestelde lys bloedtoetse vir elke swangerskap uit jou beskikbare voordele vir radiologie en patologie, wat onderhewig is aan die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel.

Op die **Standaard Opsie** word dekking beperk na gelang van die VMV-vereistes.



Die swangerskapsvoordele is onderhewig aan jou algehele jaarlikse limiet en die vereistes van die Voorgeskrewe Minimum Voordele.



CHRONIESE TOESTANDE EN SORGPROGRAMME



CHRONIESE VOORDELE

Indien jy op die **Omvattende of Klassieke Opsies** is, het jy toegang tot behandeling vir 27 mediese toestande (waaronder MIV) soos in die Lys van Chroniese Siektes uiteengesit. Jy het ook toegang tot behandeling vir 'n verdere lys toestande wat ons die Lys van Addisionele Siektes noem.

Die **Omvattende Opsie** bied jou 'n ryker voordeel vir chroniese toestande wat bybetalings uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening moontlik maak en hoër limiete toelaat vir behandeling wat nie onder die Voorgeskrewe Minimum Toestande val nie. Hierdie limiet is R2,315 per persoon per maand. Die **Klassieke Opsie** dek behandeling wat nie onder die Voorgeskrewe Minimum Toestande val nie, tot 'n limiet van R1,930 per persoon per maand.

Die **Standaard Opsie** betaal nie vir die Lys van Addisionele Siektes nie. Dekking vir behandeling van toestande word beperk tot die behandeling wat deur die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV) vereis word.

Die lys chroniese toestande wat gedek word as deel van die Skema se Lys van Chroniese Siektes is:

- A** Addison-siekte, Asma
- B** Bipolêre gemoedsversteuring, Brongiëktase
- C** Chroniese obstruktiwe longsiekte (COLS), Chroniese niersiekte, Crohn se siekte
- D** Diabetes insipidus, tipe 1-Diabetes mellitus, tipe 2-Diabetes mellitus, Disritmie
- E** Epilepsie
- G** Gloukoom
- H** Hartversaking, Hemofilie, Hiperlipidemie (hoë cholesterol), Hoë bloeddruk, Hipotireose (skildkliertekort)
- K** Kardiomiopatie, Koronêre arterie siekte (kroonslagaarsiekte)
- M** MIV (*word deur die MIV-sorgprogram versorg en nie uit jou chroniese voordele gedek nie*)
- P** Parkinson-siekte
- R** Rumatoïede artritis
- S** Skisofrenie, sistemiese lupus eritematose
- U** Ulseratiewe kolitis
- V** Veelvuldige sklerose

Die volgende lys bykomende chroniese toestande is nie 'n uitgebreide lys nie, dit is voorbeelde van die bykomende chroniese toestande wat Remedi as deel van jou chroniese voordele volgens die **Omvattende en Klassieke Opsies dek:**

- A** Ankiloserende spondilitis, Aandagsgebrek-hiperaktiwiteitsindroom (AGHS), Algemene angsversteuring
- B** Behcet-sindroom
- D** Dermatomiosietis
- G** Gastro-esofageale refluksiekte (GERS), Geïsoleerde groeihoormoontekort in kinders < 18 jaar
- H** Huntington-siekte
- J** Jig
- M** Major depressie, Motorneuronsiekte, Myasthenia gravis
- O** Obsessief-kompulsiewe steuring, Osteoporose
- P** Paget-siekte, Panieksteuring, Poliartitis nodosa, Posttraumatische stresversteuring, Psoriatische artritis, Pulmonêre interstisiële fibrose
- S** Sjogren se sindroom, Sistemiese sklerose, Sistiese fibrose, Spierdistrofie en ander oorgeërfde spierkwale
- W** Wegener se granulomatose, Waansteuring

WAARVOOR ONS DEKKING GEE

Vir lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** betaal ons ten volle vir jou goedgekeurde chroniese medisyne tot en met Remedi se tarief vir medisyne, mits dit op Remedi se medisyne is. Indien jou goedgekeurde chroniese medisyne nie op die medisyne is nie, betaal ons vir jou chroniese medisyne tot 'n vasgestelde maandelikse bedrag (bedrag vir chroniese medisyne) vir elke medisynekategorie.

Indien jy meer as een medisyne in dieselfde medisynekategorie gebruik en albei is nie op die medisyne is nie, of een is op die lys en die ander nie, betaal ons vir beide tot en met die een vasgestelde, maandelikse bedrag vir chroniese medisyne vir daardie medisynekategorie.

Vir lede op die **Standaard Opsie**, betaal ons ten volle vir medisyne op Remedi se medisyne tot en met Remedi se tarief vir medisyne. Vir medisyne wat nie op Remedi se medisyne is nie, betaal ons tot en met die Generiese Verwysingsprys. Dit wil sê, tot en met die koste van die goedkoopste medisyne van dieselfde soort vir die bepaalde toestand wat op ons medisyne is.

Lede moet aan sekere kriteria voldoen voordat 'n toestand volgens die Voordeel vir Chroniese Siektes gedek word. Indien jou toestand vir dekking uit die Voordeel vir Chroniese Siektes goedgekeur word, betaal ons uit die Voordeel vir Chroniese Siektes vir bepaalde prosedures, toetse en konsultasies vir die diagnose en voortgesette sorg van die 27 toestande op die Lys van Chroniese Siektes ooreenkomstig met die Voorgeskrewe Minimum Voordele.

Om seker te maak dat ons die eise uit die regte voordeel betaal, moet jou gesondheidsorgverskaffers die gepaste ICD-10-diagnosekodes op hulle eise sit wanneer hulle dit indien. Vra asseblief jou dokter om jou ICD-10-diagnosekodes op al die eise te sit wat hulle indien asook op die vorms wat hulle invul wanneer hulle jou na patoloë en radioloë verwys vir toetse. Dit sal die patoloë en radioloë help om die gepaste ICD-10-diagnosekodes op die eise te sit wat hulle indien, wat ons dan weer help om jou eise uit die regte voordeel te betaal.

TOESTANDE WAT NIE OP DIE LYS VAN CHRONIESE SIEKTES IS NIE WAARVOOR LEDE OP DIE OMVATTENDE EN KLASSIEKE OPSIES DEKKING HET

Op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het jy ook dekking vir sekere bykomende chroniese toestande wat nie op die lys van Voorgeskrewe Minimum Voordele is nie. Ons betaal vir goedgekeurde medisyne vir hierdie toestande tot en met die spesifieke maandelikse limiete vir elke voordeelopsie.

Hoe om die voordeel te kry

Jy moet vir die Voordeel vir Chroniese Siektes aansoek doen en jou dokter moet 'n vorm invul sodat jy vir hierdie medisynebetaling kwalifiseer. Jou dokter kan dit aanlyn doen of die vorm na **chronicapplications@yourremedi.co.za** e-pos. Ons moet oor enige veranderinge aan jou chroniese behandeling ingelig word sodat ons jou magtiging kan bywerk. **Jy kan die voorskrif vir veranderinge aan die behandelingsplan vir jou goedgekeurde chroniese toestand na chronicapplications@yourremedi.co.za e-pos of jou dokter kan dit deur HealthID indien, mits jy toestemming gegee het. As jy ons nie van die veranderinge aan jou behandelingsplan laat weet nie, mag ons dalk nie die eise uit die regte voordeel betaal nie.**

Indien 'n nuwe chroniese toestand by jou gediagnoseer word, moet 'n nuwe aansoekvorm vir die Voordeel vir Chroniese Siektes ingevul word.

Waar om jou medisyne te kry

Deur 'n apteek te gebruik wat een van die Skema se gekontraakteerde, aangewese diensverskaffers is, vermy jy 'n 20% bybetaling wat jy andersins aan die apteek sou moes betaal. **Jy kan jou medisyne ook aanlyn deur MedXpress bestel om te verseker dat ons jou medisyne ten volle en sonder 'n bybetaling betaal.**

Gaan na www.yourremedi.co.za om die gids vir die Voordeel vir Chroniese Siektes te bestudeer.

Oorsig oor die beskikbare sorgprogramme

SORGPROGRAMME

Sorgprogram vir Lede

Indien meer as een chroniese toestand by jou gediagnoseer word, kwalifiseer jy moontlik vir ons sorgprogram. Die program fasiliteer hoë gehalte, beplande, persoonsentreerde sorg en die bestuur van chroniese toestande om beter uitkomst te behaal. Ons sal jou kontak om te bevestig as jy kwalifiseer. Die program bied sorgkoördinerende wat jou sal help om jou toestande te bestuur en om sorg van die beste gehalte te kry.

As jy registreer en aan die program deelneem, betaal ons jou behandeling ten volle. Indien jy kies om nie daaraan deel te neem nie, dek ons die hospitaal- en verwante rekeninge slegs tot 80% van die Skema se tarief.

Sorgprogramme vir pasiënte

Toestandspesifieke sorgprogramme vir diabetes, geestesgesondheid, MIV en harttoestande.

Ons dek toestandspesifieke sorgprogramme wat jou help om jou mediese toestande te bestuur wat met diabetes, geestesgesondheid, MIV of harttoestande verband hou. Jy moet vir hierdie toestandspesifieke sorgprogramme registreer om die ekstra voordele en dienste te kry. Jy en jou Premier Plus-dokter kan jou vordering op 'n verpersoonlike kontroleskerm dophou om uit te werk wat die volgende stappe is om optimaal na jou toestand om te sien.

Geestesgesondheidsprogramme

Sodra jou netwerk sielkundige of Premier Plus-dokter jou by die program aangesluit het, het jy vir ses maande lank (vanaf jou aansluitingsdatum) toegang tot vasgestelde dekking vir die behandeling van major depressie.

Aansluiting by die program gee jou toegang tot medisyne, virtuele of in-persoon psigoterapieessies – individueel of in groepsverband – asook ekstra konsultasies met jou huisdokter om jou behandeling effektief te evalueer, te volg en te monitor. Kwalifiserende lede het ook toegang tot 'n terugslagvoorkomingsprogram wat ekstra dekking vir 'n omskrewe sorgpakket vir psigiatriekonsultasies, beradingsessies en sorgkoördineringsdienste insluit.

Hartsorgprogram

Indien jy vir die Voordeel vir Chroniese Siektes vir hoë bloeddruk, hoë cholesterol of iskemiese hartsiekte geregistreer is en jy ouer as 18 jaar is, het jy toegang tot 'n omskrewe sorgpakket en 'n jaarlikse kardiovaskulêre evaluering. Dit is mits jy deur jou Premier Plus-dokter verwys word en vir die hartsorgprogram ingeskryf is.

Sorgprogram vir Kroonslagaarsiekte

Remedi gee lede ook toegang tot 'n sorgprogram vir kroonslagaarsiekte. Die Sorgprogram vir Kroonslagaarsiekte is 'n sorgleweringsprojek wat dien as 'n alternatiewe, minder ingrypende prosedure vir lede wat moontlik 'n ingrypende angiogram moet kry. Die aansoek word tydens die voorafmagtigingsproses vir pasiënte met 'n lae tot intermediaêre risiko geassesseer. Voor ons magtiging vir 'n ingrypende angiogram gee, het ons 'n verslag nodig van 'n koronêre angiogram wat deur rekenaartomografie (RT) gedoen is.

Ons het 'n netwerk van dokters saamgestel sodat lede volle dekking (teen Skematariëwe) het, wat dus die uitgawes beperk wat hulle uit hul eie sakke moet betaal.

MIV-sorgprogram

Wanneer jy vir die MIV-sorgprogram registreer, kry jy dekking vir die sorg wat jy nodig het – wat bykomende dekking vir maatskaplike werkers insluit. Jy kan te alle tye van vertroulikheid seker wees. Jy moet 'n Premier Plus-dokter sien sodat jy nie 'n 20% bybetaling het nie. Jy moet jou medisyne by 'n aangewese diensverskaffer verkry om 'n bybetaling van 20% te vermy.

Om vir Remedi se MIV-sorgprogram te registreer:

- Bel: 0860 116 116
- Epos: HIV@yourremedi.co.za

Gesondheidsbestuursprogram vir diabetes en kardiometaboliese toestande

Die Gesondheidsbestuursprogram vir diabetes en kardiometaboliese toestande is 'n geïntegreerde program vir chroniese sorg vir lede met diabetes en kardiometaboliese toestande wat daarmee verband hou. Hierdie program gee jou en jou Premier Plus-dokter toegang tot verskeie hulpmiddels om jou gesondheid te monitor en te bestuur en om seker te maak dat jy gekoördineerde gesondheidsorg van hoë gehalte en die beste uitkomst kry.

Jy en jou dokter kan mikpunte op jou verpersoonlikte toestandbestuurshulpmiddel stel waarvoor jy dan belonings kan verdien. Dit sal help om jou toestande te bestuur en gesond te bly soos die tyd aanstap.

Die program bied ook dekking vir waardevolle gesondheidsorgdienste deur gesondheidsorgverskaffers soos dieetkundiges, diabetesopvoeders, voetheelkundiges en biokineticici.

Enige Remedi-lid wat vir diabetes op die Voordeel vir Chroniese Siektes geregistreer is, kan by hierdie program aansluit.

Die Skema betaal ook nou vir deurlopende glukosemonitors vir lede wat hulle bloedglukosevlakke outomaties moet toets. Hierdie toestel gee jou die vermoë om jou glukosevlakke enige tyd te toets en jou toestand beter te bestuur. As 'n dokter in ons netwerk dit voorskryf, het lede met tipe 1-diabetes dekking vir deurlopende glukosemonitorsensors tot en met 'n maandelikse dekkingsbedrag. Jou voordeellopsie bepaal jou dekking. Hierdie voordeel is nie tans op die **Standaard Opsie** beskikbaar nie.

Bestudeer die medisyne vir die Voordeel vir Chroniese Siektes op Remedi se webwerf vir meer inligting oor jou dekking vir deurlopende glukosemonitorsensors. Besoek www.yourremedi.co.za



DEKKING VIR KANKER

Jy het omvattende dekking vir kankerbehandeling.

Indien kanker by jou gediagnoseer word en ons reeds jou kankerbehandeling goedgekeur het, dek die Onkologiesorgprogram jou oor 'n 12-maande-siklus wat op jou diagnosedatum begin. Dit beteken dat jy altyd 'n volle jaar se voordeel het, ongeag watter tyd van die jaar kanker by jou gediagnoseer word.

Ons dek alle kankerverwante gesondheidsorgdienste tot en met 100% van die Skematarif, beperk tot jou voordeelopsie se jaarlikse limiet per persoon. Daarna betaal ons 80% van enige verdere koste tot en met 'n algehele gesinslimiet. Jy kan 'n diensverskaffer van jou keuse gebruik en het dekking tot 100% van die Skematarif. Ons mag wel verwag dat jy medisyne by 'n voorkeurverskaffer in die Skema se apteeknetwerke vir onkologie kry. Jy kan 'n bybetaling hê as jy nie 'n aangewese diensverskaffer gebruik nie, as jou gesondheidsorgkundige meer as die Skematarif vra of as jy jou medisyne by 'n apteek buite die Skema se apteeknetwerke vir onkologie kry.

Oorsig oor kankervoordele (onkologievoordele)

Jou kankerbehandeling word na gelang van jou gekose voordeelopsie, soos volg gedek:

VOORDELE	TARIEF	REMEDIE OMVATTEND	REMEDIE KLASSIEK	REMEDIE STANDAARD
Kankerbehandeling	100% van Remedi se tarief tot en met die voordeellimiet. Daarna op die Omvattende en Klassieke Opsies , 80% van Remedi se tarief vir behandeling wat nie 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel is nie.	R1,070,000 per gesin vir 12 agtereenvolgende maande, waarvan die eerste R435,000 per persoon teen 100% van Remedi se tarief gedek word en die oorblywende R635,000 teen 80% van Remedi se tarief gedek word. Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal tot die voordeellimiet teen koste of Remedi se tarief betaal word.	R675,000 per gesin vir 12 agtereenvolgende maande, waarvan die eerste R410,000 per persoon teen 100% van Remedi se tarief gedek word en die oorblywende R265,000 teen 80% van Remedi se tarief gedek word. Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal tot die voordeellimiet teen koste of Remedi se tarief betaal word.	Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal teen koste of Remedi se tarief betaal word.

GEVORDERDE SIEKETETOESTAND DEKKING VIR KANKERPASIËNTE

Lede met kanker het toegang tot 'n omvattende program vir palliatiewe sorg, met ander woorde, sorg wat gemik is op die verligting van simptome. Hierdie program bied onbeperkte dekking vir goedgekeurde tuisversorging, sorgkoördinerende, beradingsdienste en ondersteunende sorg vir toepaslike kliniese en sielkundige dienste aan die einde van iemand se lewe. Jy het toegang tot 'n konsultasie met jou huisdokter om jou behandelingsplan vir palliatiewe sorg te fasiliteer.

VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV) VIR KANKER

Kankerbehandeling volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele word altyd ten volle gedek. Die **Standaard Opsie** dek kankerbehandeling binne die riglyne en vereistes van VMV. Indien kanker by jou gediagnoseer word, het jy dekking tot en met 100% van die Skematarif of die koste (afhangend van ons vereistes vir aangewese diensverskaffers en mits die behandeling wat jy kry op VMV-sorgvlak is).



HOSPITAALDEKKING EN JAARLIKSE LIMIETE

Remedi Medical Aid Scheme bied dekking vir hospitaalverblyf.

HOSPITAALDEKKING

Jou hospitaalvoordeel het die volgende perke na gelang van jou voordeelopsie:

- Die **Omvattende Opsie** het geen algehele limiet nie.
- Die **Klassieke Opsie** het 'n algehele limiet vir die gesin van R2.3 miljoen.
- Die **Standaard Opsie** het 'n algehele limiet vir die gesin van R675,000.

Indien jy hospitaal toe moet gaan, betaal ons jou hospitaalluitgawes tot en met die algehele jaarlikse limiet vir jou gekose voordeelopsie. Ons betaal jou hospitaalrekening teen die tarief wat ons met die hospitaal ooreengekom het. Die voordeel bied dekking vir uitgawes terwyl jy in die hospitaal opgeneem is, mits jy voorafmagtiging vir jou opname gekry het. Voorbeelde van uitgawes wat gedek word, is teater- en saalfooie, X-strale, bloedtoetse en die medisyne wat jy tydens jou opname in die hospitaal gebruik. Kontak ons betyds voordat jy hospitaal toe moet gaan sodat ons kan bevestig waarvoor jy dekking het. Indien jy ons nie kontak voor jy hospitaal toe gaan nie, mag jy vir sekere koste verantwoordelik wees.

Wat is die voordeel?

Hierdie voordeel betaal die koste wanneer jy in 'n algemene saal (nie 'n privaat saal nie) in die hospitaal opgeneem word.

Waarvoor ons dekking gee

Dekking in privaat en openbare hospitale, volgens jou gekose voordeelopsie en soos deur die Skema goedgekeur. Jy het dekking vir beplande en noodverblyf, soos gemagtig, in die hospitaal.

HOE OM DIE VOORDEEL TE KRY

Kry eers jou voorafmagtiging en bevestiging

Indien jou dokter of spesialis jou verwys om in 'n hospitaal opgeneem te word, moet jy ons ten minste 48 uur voor jou opname laat weet. Bel ons by 0860 116 116 om jou opname te bevestig (ons noem dit voorafmagtiging). **As jy nie jou opname en die koste wat ons normaalweg dek bevestig nie, sal jy moontlik 'n bybetaling van R3,000 vir die opname moet betaal.**

Waarheen om te gaan

Jy het dekking vir beplande opnames in enige privaat of staats-hospitaal as die behandeling vooraf gemagtig is.

Hoe ons betaal

Ons betaal beplande en noodhospitaalverblyf uit jou hospitaalvoordeel. Ons betaal vir dienste wat met jou hospitaalverblyf verband hou, insluitende alle gesondheidsorgkundiges, dienste en medisyne wat die Skema vir jou hospitaalverblyf goedgekeur het. **Indien jy dokters, spesialiste en ander gesondheidsorgkundiges gebruik met wie ons ooreenkomste het, betaal ons hulle dienste teen die volle ooreengekome Skematarif. Ons betaal ander gesondheidsorgkundiges tot en met die Skematarif.**

Jy kan bybetalings vermy deur:

- Na 'n privaat hospitaal toe te gaan wat deur die Skema goedgekeur is.
- Gesondheidsorgkundiges te gebruik met wie ons 'n betalings-ooreenkoms het.
- Ons ten minste 48 uur voor jou hospitaelopname by **0860 116 116** te kontak.



Vind uit met watter privaat hospitale ons op Skematariewe ooreengekom het deur die 'Find a healthcare provider' op Remedi se toepassing vir slimtoestelle te gebruik.

Hospitaalvoordele opgesom

Remedi bied hospitaaldekking volgens jou gekose voordeelopsie. Hierdie tabel wys hoe ons vir jou goedgekeurde hospitaalopnames betaal en watter prosedures ons uit jou hospitaalvoordeel betaal:

VOORDELE	TARIEF	REMEDY OMVATTEND	REMEDY KLASSIEK	REMEDY STANDAARD
Privaat hospitale	100% van Remedi se tarief	Onbeperkte algehele jaarlikse limiet per gesin. da Vinci-robotprostataektomie word gedek teen ooreengekome tariewe indien dit vooraf goedgekeur is en jy mag moontlik 'n bybetaling hê. Dekking is beperk tot een prosedure per persoon.	Onderhewig aan 'n algehele jaarlikse limiet van R2,300,000 per gesin. da Vinci-robotprostataektomie word gedek teen ooreengekome tariewe indien dit vooraf goedgekeur is en jy mag moontlik 'n bybetaling hê. Dekking is beperk tot een prosedure per persoon.	Onderhewig aan 'n algehele jaarlikse limiet van R675,000 per gesin. da Vinci-robotprostataektomie word gedek teen ooreengekome tariewe indien dit vooraf goedgekeur is en jy mag moontlik 'n bybetaling hê. Dekking is beperk tot een prosedure per persoon.
Staatshospitale	100% van Remedi se tarief	Beperk tot R600,000 per gesin.	Beperk tot R585,000 per gesin.	Beperk tot R275,000 per gesin.
Dienste vir internasionale tweede opinies (van Cleveland Clinic)	50% van koste	50% van die koste van 'n konsultasie vir 'n tweede opinie van Cleveland Clinic, beperk tot een konsultasie per persoon per jaar, mits jy voorafmagtiging kry. Reiskoste word nie gedek nie.	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.
Voordeel vir Oorsese Behandeling	80% van koste	Die koste van die eis tot en met R720,000 per persoon per jaar, mits jy voorafmagtiging kry. Reiskoste word nie gedek nie.	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.
Operasies, prosedures en chirurgie	Afhangende van jou gekose voordeelopsie	Volle betaling aan aangewese diensverskaffers en betaling tot 150% van Remedi se tarief as jy spesialisie gebruik wat nie in die netwerk is nie.	Volle betaling aan aangewese diensverskaffers en betaling tot 100% van Remedi se tarief as jy spesialisie gebruik wat nie in die netwerk is nie.	Volle betaling aan aangewese diensverskaffers en betaling tot 100% van Remedi se tarief as jy spesialisie gebruik wat nie in die netwerk is nie.
Saal- en teaterfooie	100% van Remedi se tarief	Sluit dekking in vir 'n algemene saal, kraamsaal, teaterherstelmkamer en intensiewesorgeneheid, onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
Bevallings	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
Bloedtoertappings	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
Orgaanoorplantings	100% of Remedi Rate	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en die vereistes van die Voorgeskrewe Minimum Voordele.		
Nierdialise	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en die vereistes van die Voorgeskrewe Minimum Voordele.		
Konserwatiewe tandheelkunde onder narkose vir pasiënte jonger as sewe jaar	100% van Remedi se tarief	Narkose en hospitalisasie is onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet. Eise vir tandheelkunde is onderhewig aan die beskikbare limiete vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel.	Geen voordeel nie.	
Refraktiewe oogchirurgie	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan kliniese intreekriteria, die algehele jaarlikse limiet en 'n sublimiet van R31,800 per persoon elke jaar. Sluit befondsing vir korneale kruisbinding in.	Onderhewig aan kliniese intreekriteria, die algehele jaarlikse limiet en 'n sublimiet van R28,400 per persoon elke jaar. Sluit befondsing vir korneale kruisbinding in.	Geen voordeel nie.
Geestesgesondheid	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, beperk tot 21 dae per jaar in hospitaal of 15 dae in en buite hospitaal of 'n kombinasie van in en buite hospitaal soos per die vereistes van die Voorgeskrewe Minimum Voordele. Sluit behandeling vir alkoholisme en dwelmafhanlikheid by SANCA, RAMOT of Nishtara in. Lede by wie hulle huisdokter major depressie diagnoseer, kan by die Remedi Geestesgesondheidsprogram aansluit. Ons gee meer besonderhede hierop op bladsye 16, 17 en 31 van hierdie brosjure.		

VOORDELE	TARIEF	REMEDIE OMVATTEND	REMEDIE KLASSIEK	REMEDIE STANDAARD
Radiologie en patologie	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
MR- en RT-skanderings	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en verwysing deur 'n spesialis. Dek skanderings tydens en sonder hospitalisasie. Verbruikbare items (weggoerbare mediese items) word uit die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en verwysing deur 'n spesialis. Dek skanderings tydens en sonder hospitalisasie. Verbruikbare items (weggoerbare mediese items) word uit die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet en verwysing deur 'n spesialis. Dek slegs skanderings tydens hospitalisasie. Daar is geen voordeel vir skanderings buite die hospitaal nie.
Medisyne wat gegee word wanneer jy ontslaan word	100% van Remedi se tarief	Beperk tot voorraad vir vyf dae.		
Interne prostese en toestelle (hierdie limiete geld as jy nie 'n voorkeurverskaffer gebruik nie)	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese. Daarna word dit uit die Persoonlike Mediese Spaarrekening betaal.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese.
Heupvervangings*	per persoon	R55,000	R47,300	R41,700
Hersiening van heupvervangings*	per persoon	R65,100	R55,800	R49,300
Knievervangings*	per persoon	R43,500	R37,100	R32,800
Hersiening van knievervangings*	per persoon	R55,000	R47,300	R41,700
Skouervervangings	per persoon	R50,700	R43,500	R38,400
Pasaangeër met geleidingsdraadjies	per persoon	R92,300	R78,200	R69,400
Biventrikulêre pasaangeër	per persoon	R119,000	R100,800	R89,300
Hartkleppe	per klep	R61,800	R52,300	R45,200
Kunsledemate bo die knie	per persoon	R65,500	R55,800	R49,400
Kunsledemate onder die knie	per persoon	R35,500	R30,500	R27,100
Kunsoë	per persoon	R33,700	R28,500	R25,400
Kogleêre inplantings (bilateraal en unilateraal)	Ooreengekome tariewe	Ons betaal vir aangewese diensverskaffers en dit is onderhewig aan die hospitaalvoordeel, mits dit by voorkeurverskaffers gekry word. Diagnostiese ondersoeke vir kogleêre inplantings, herstelwerk weens breekskade, verlies van die toestel of 'n fout in die toestel en batterye vir die kogleêre inplantings word uit die beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel, PMSR of die lid se eie sak betaal, soos toepaslik.	Geen voordeel.	Geen voordeel.
Alle ander interne prosteses en toestelle	per persoon	R28,500	R24,600	R21,700
Subakute fasiliteite	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.
Verwakesorg en private verpleging pleks van hospitalisasie	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R43,700 per persoon.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R41,650 per persoon.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R15,350 per persoon.
Ambulansdienste	100% van Remedi se tarief	Slegs as jy ER24 se nooddiens gebruik. Mediese regverdiging is nodig vir oorplasing tussen hospitale tydens hospitalisasie. Geen internasionale dekking nie.		

* Moet by Mediclinic- aangewese diensverskaffer gekry word. As u kies om 'n verskaffer te gebruik wat nie ons aangewese diensverskaffer is nie, sal u 'n bybetaling van R2,500.00 hê.

Behandeling buite hospitaal waarvoor ons uit die hospitaalvoordeel betaal

Remedi dek ook verskeie ander behandeling wat buite die hospitaal gedoen word uit die hospitaalvoordeel. Ons lys dit hier:

VOORDELE	TARIEF	REMEDIE OMVATTEND	REMEDIE KLASSIEK	REMEDIE STANDAARD
Eksterne prosteses en toestelle (Hierdie limiete geld as jy nie 'n voorkeurverskaffer gebruik nie)	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese. Daarna word eise uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening betaal.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet, met die onderstaande sublimiete vir elke prostese.
Kolostomietoerusting	per persoon	R29,250	R29,250	R15,150
Gehoorarparate	per persoon	R27,000	R27,000	R19,500
Suurstoftoestelle (maandelikse limiet)	per persoon	R2,200	R2,200	R2,200
Rolstoel	per persoon	R20,150	R16,900	R13,400
CGM-sensors (sensors vir deurlopende glukosemonitering)	Ooreengekome tariewe	Betaal tot en met die maandelikse ooreengekome tariewe by voorkeurverskaffers as die lid vir die program vir bestuur van diabetes geregistreer het en hul Premier Practice- algemene praktisyn (Premier Practice GP) dit voorgeskryf het. Ons betaal die seintoestelle en lesers uit die voordeel vir "alle ander eksterne prosteses en toestelle" en daarna uit die beskikbare PMSA.	Betaal tot en met die maandelikse ooreengekome tariewe by voorkeurverskaffers as die lid vir die program vir bestuur van diabetes geregistreer het en hul Premier Practice- algemene praktisyn (Premier Practice GP) dit voorgeskryf het. Ons betaal die seintoestelle en lesers uit die voordeel vir "alle ander eksterne prosteses en toestelle" en daarna betaal die lid uit hulle eie sak.	Geen voordeel.
Insulienpompe en verbruikbare items	Ooreengekome tariewe	Die algehele jaarlikse limiet geld. Ons betaal ook net as dit goedgekeur is en die lid vir die program vir bestuur van diabetes geregistreer het. Ons dek die koste van die reservoir en infusiestelle uit die maandelikse limiet van R2,315 per persoon wat deel vorm van die addisionele lys van chroniese siektes en bykomende chroniese toestande wat gedek word op hierdie voordeelopsie.	Geen voordeel.	Geen voordeel.
Alle ander eksterne prosteses en toestelle	per persoon	R7,600	R6,350	R3,600
		CPAP-masjiene, sorgpunt-toestelle en Mirena-voorbehoedsapparate word uit die voordeel vir "alle ander eksterne prosteses en toestelle" betaal, mits dit as klinies toepaslik beskou word en die limiet nie bereik is nie. Ons betaal tot en met die ooreengekome tariewe.		
Uitgebreide Traumaherstel-voordeel	100% van Remedi se tarief	Dekking vir sekere buite-hospitaaleise vir herstel ná spesifieke traumatiese gebeure sonder om die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel te gebruik. Onderhewig aan kliniese intreekriteria, die algehele jaarlikse limiet en die volgende sublimiete is van toepassing:		
Ledemaatverlies	per gesin	R95,000	R95,000	R95,000
Privaat verpleging	per persoon	R11,950	R11,950	R11,950
Voorgeskrewe medisyne	Hooflid	R33,000	R15,250	R15,250
	Hooflid + 1	R38,650	R18,000	R18,000
	Hooflid + 2	R45,050	R21,400	R21,400
	Hooflid + 3 of meer	R51,250	R25,900	R25,900
Eksterne mediese items	per persoon	R81,250	R36,250	R36,250
Gehoorarparate	per persoon	R29,700	R17,100	R17,100
Geestesgesondheidsvoordeel	per persoon	R28,900	R21,500	R21,500
Instandhoudingsterapie na rehabilitasie of weens aangebore gebrek (geestelik of fisiek) tydens of sonder hospitalisasie	100% van Remedi se tarief	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R15,590 per gesin.	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R14,810 per gesin.	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R4,410 per gesin.
Rehabilitasie-terapie na hospitalisasie	100% van Remedi se tarief	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet. Behandeling moet binne twee weke na ontslag uit die hospitaal begin.	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet. Behandeling moet binne twee weke na ontslag uit die hospitaal begin.	Uitgebreide fisio-, arbeids- en spraakterapie en konserwatiewe biokinetika. Onderhewig aan die goedkeuring van 'n behandelingsplan en die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R4,410 per gesin. Behandeling moet binne twee weke na ontslag uit die hospitaal begin.
Voordele vir onvrugbaarheid	100% van Remedi se tarief	Dekking volgens die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele.		





VOORDEELBYWERKINGS VIR 2023

Verbeterings van bestaande voordele

DIE VOORDEEL VIR GESPECIALISEERDE MEDISYNE IS VERBETER OM DEKKING VIR BARIATRIESE CHIRURGIE OP DIE OMVATTENDE OPSIE IN TE SLUIT

Jy het dekking vir 'n omskrewe lys van die jongste behandelings deur middel van die Voordeel vir Gespesialiseerde Medisyne. Hierdie voordeel is vir lede op die **Omvattende Opsie** verbeter om bariatriese chirurgie moontlik te maak, waar dit klinies gepas en deur die Skema goedgekeur is. Ons betaal tot en met R210,000 per persoon per jaar. Indien die chirurgie goedgekeur is, moet jy vooraf 20% van die koste self betaal. Die bybetaling wat geld op die gespesialiseerde medisyne hang af van die tipe medisyne wat bekom word en 'n bybetaling van tot 10% van die toepaslike medisyntarief bly geldig.

VERBETERINGS AAN DIE VOORDEEL VIR GEVORDERDE SIEKTETOESTANDE VIR ALLE VOORDEELOPSIES

Remedi het die Voordeel vir Gevorderde Siektetoestande verbeter deur dekking uit te brei deur nou alle lede wat dekking vir lewensbeperkende toestande benodig by te voeg. Dit beteken dat die voordeel nou nie net meer slegs vir mense met gevorderde kanker beskikbaar is nie. Hierdie voordeel gee lede nou – **ongegag op watter voordeellopsie hulle is** – toegang tot 'n toegewyde span sorgkoördineerders wat help om die volgende te verskaf:

- Psigososiale ondersteuning
- Mediese sorg
- Ondersteunende behandeling, soos suurstofbehandeling, pynbeheer en tuisgebaseerde verpleging wat pasiënte toegang gee tot noodsaaklike sorg, soos nodig.

SKEMA SE SORGPROGRAM VIR KROONSLAGAARSIEKTE VERBETERING OP DIE STANDAARD OPSIE

Die Skema het besluit om die beskikbare Sorgprogram vir Kroonslagaarsiekte te verbeter en dit op die **Standaard Opsie** ook aan te bied. Die Sorgprogram vir Kroonslagaarsiekte dien as sorgverskaffingsprojek wat aan lede met lae tot intermediere risiko bekend gestel word wanneer hulle voorafmagtiging vir 'n ingrypende angiogram moet kry. Voor ons magtiging vir 'n ingrypende angiogram gee, vra ons vir 'n verslag van 'n koronêre angiogram wat deur rekenaartomografie (RT) gedoen is.

Ons het 'n netwerk van dokters saamgestel sodat lede volle dekking teen Skematariëte het, wat dus die uitgawes beperk wat hulle uit hul eie sakke moet betaal.

VERBETERING VAN DEURLOPENDE GLUKOSEMONITERING: SLEGS OP DIE OMVATTENDE EN KLASSIEKE OPSIES

Die **Omvattende en Klassieke Opsies** laat lede toe om mediese uitgawes te beperk wat met toestelle vir deurlopende glukosemonitering verband hou. Hierdie toestelle gebruik tegnologie wat lede, en die dokters wat hulle behandel, help om bloedglukosevlakke te monitor en te bestuur. 'n Sensor vir die deurlopende monitering van glukose, wat direk onder die vel ingeplaas word en vir 'n paar dae daar gelaat word, meet bloedglukosevlakke outomaties elke 5 tot 15 minute.

Vir lede wat met tipe 1-diabetes mellitus leef en wie geregistreer is op die Skema se Voordeel vir Chroniese Siektes (CIB) of diabetes program, befonds ons tot 100% van die vasgestelde maandelikse limiet indien geregistreer op die **Omvattende Opsie** en tot 75% van die vasgestelde maandelikse limiet indien geregistreer op die **Klassieke Opsie**. Geen befonding is beskikbaar vir lede wat op die **Standaard Opsie** geregistreer is.

Alle eise sal na die maandelikse limiet vir deurlopende glukosemonitering ooploop wat met voorkeurtariëte ooreenstem wat onderhandel is om die FreeStyle Libre CGM-sensor te dek. Dit is mits dit teen 100% van die maandelikse voordeel gedek word. Die lid moet enige ekstra koste self betaal.

Seintoestelle en lesers vir deurlopende glukosemonitering word uit die lid se beskikbare voordele vir alle ander eksterne prosteses en toestelle betaal en lede moet 'n deel van die uitgawes uit hulle eie sak betaal.

Om te kwalifiseer vir befonding van die sensors sal lede wat geregistreer is op die chroniese program vir tipe 1 diabetes die volgende moet doen:

- Die toestel moet bekom soos voorgeskryf deur 'n dokter wat deel van die netwerk vir deurlopende glukosemonitering is
- Met 'n Premier Plus praktisyn konsulteer en hulle mediese kaartjies toon om die toestel teen onderhandelde mediese tariëte te koop.

AANGEWSE DIENSVERSKAFFERS VIR ONKOLOGIE-APTEKE WORD OP ALLE VOORDEELOPSIES INGEBRING

Remedi het 'n apteeknetwerk vir onkologie vir lede in plek gestel. Jy moet jou goedgekeurde onkologiemedisyne wat op ons medisyneels is, van 'n aangewese diensverskaffer kry. Praat met jou behandelende dokter om te bevestig dat hy of sy ons aangewese diensverskaffers gebruik vir die medisyne en behandeling wat jy in die spreekkamer of in 'n behandelingsfasiliteit ontvang.



Kontak ons by 0860 116 116 om 'n lys van Remedi se apteeknetwerke vir onkologie te kry wat vir 2023 vir die Skema in plek gestel is.

Toegespitste voordeelverbeterings

PROSEDURES IN DIE SPREEKKAMERS OP ALLE VOORDEELOPSIES BESKIKBAAR

Jy het dekking vir 'n omskrewe lys prosedures wat in 'n spesialis se spreekkamer gedoen word. Dekking is tot en met 'n ooreengekome tarief, as die Skema dit goedgekeur het, uit jou hospitaalvoordeel.

INSULIENPOMPE EN VERBRUIKBARE ITEMS VIR LEDE WAT OP DIE OMVATTENDE OPSIE GEREISTREER IS

Deurlopende, subkutane insulieninfusie (deur 'n eksterne insulienpomp toegedien) verbeter glukosevlakke vir pasiënte wie se vlakke swak gekontroleerd is. Kliniese navorsing bevestig dat lede met diabetes by wie tipe 1 gediagnoseer is, veelvoudige daaglikse dosisse insulien kry, 'n hoër HbA1C het of gereelde lae bloedsuikervlakke het, beter bloedsuikerbeheer het en minder insulien gebruik. Kinders baat veral by insulienpompe deurdat die maklike insulientoediening beter uitkomst bereik.

Vanaf 2023, sal lede wat op die **Omvattende Opsie** gereistreer is dekking vir insulienpompe kry waar dit as klinies toepaslik beskou word, in ooreenstemming met die Skema se goedgekeurde dekkingsriglyne.

Daar is verskillende pryse vir insulienpompe met sensore en die daarsonder. Lede sal dekking tot hulle algehele jaarlikse limiet hê indien dit goedgekeur is en mits hulle die toestel by die Skema se voorkeurverskaffer, Medtronic, kry. Die reservoir en infusiestel word uit die lid se maandelikse limiet van R2,315 per persoon gedek wat deel vorm van die addisionele lys van chroniese siektes en bykomende chronies toestande op hierdie voordeellopsie. Dekking word ook tot hoogstens 10 van elk per maand beperk. Die lid moet vir dekking van chroniese medisyne gereistreer wees. Lede wie se insulienpomp (wat reeds voorheen deur hierdie voordeel gedek is) vervang moet word, sal deur die Skema se *ex gratia*-proses moet aansoek doen vir 'n tweede of ekstra insulienpomp. Hierdie proses word op bladsy 45 uiteengesit.

Ons moedig lede met tipe 1-diabetes wat hierdie toestelle nodig het aan om na te dink oor die voordeellopsie waarop hulle tans gereistreer is. Hulle kan ons kontaksentrum gerus bel by 0860 116 116 om meer inligting oor hierdie bygevoegde voordeel te kry.

BETALING VIR KOGLEËRE INPLANTINGS VIR LEDE GEREISTREER OP DIE OMVATTENDE OPSIE

Kogleëre inplantings is elektroniese toestelle wat gedeeltelike gehoor vir dowe mense herstel. Hierdie toestelle word chirurgies in die binne-oor ingeplant en geaktiveer deur die toestel wat buite die oor gedra word. Dit laat mense met erge gehoorinperking toe om klanke te ontvang deurdat dit die beskadigde dele van die gehoorstelsel omseil.

Vanaf 2023, kan lede wat op die **Omvattende Opsie** gereistreer is, waar dit klinies toepaslik is, befondsing kry wat met die ooreengekome voorkeurverskafferpryse ooreenstem. Die volgende diensverskaffers is tans by die Skema gekontrakteer:

- Southern ENT
- Medel
- Medel Distribution

Befondsing sal oorweeg word volgens die Skema se goedgekeurde befondsingsbeleid. Diagnostiese ondersoeke vir kogleëre inplantings, herstelwerk weens breekskade, verlies van die toestel of 'n fout in die toestel en batterye vir die kogleëre inplantings word uit die lid se beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel, beskikbare PMSR of die lid se eie sak betaal, soos toepaslik.

Lede wat hierdie toestelle nodig het word aangemoedig om na te dink oor die voordeellopsie waarop hulle tans gereistreer is, aangesien befondsing slegs op die **Omvattende Opsie** beskikbaar is teen ooreengekome tariewe en tot en met limiete wat as gepas beskou word om in 2023 vir bilaterale en unilaterale toestelle te betaal.

TAVI PROSEDURES EN DEKKING OP ALLE VOORDEELOPSIES BESKIKBAAR

TAVI is die inplanting van 'n aortaklep deur 'n kateter tegniek te gebruik. Transkateter-inplanting van aortaklep (TAVI) behandel aortastenose in pasiënte wat nie geskik is vir opehartchirurgie nie.

Vanaf 2023 het lede op **alle voordeellopsies** dekking vir hierdie prosedure volgens die Skema se kliniese protokol en riglyne. Ons betaal hierdie prosedure uit die hospitaalvoordele volgens die globale fooie.

ANDER TEGNIESE VERANDERINGE

Veranderinge aan die voordeellimiete vir 2023

Dag-tot-dag-voordele is met 10% verhoog. Sekere voordeellimiete, soos die Voordeel vir Gespesialiseerde Medisyne wat nou na verwys word as die Gespesialiseerde Medisyne en Bariatries Chirurgie Voordeel, wat slegs beskikbaar is aan lede gereistreer op die **Omvattende Opsie**, se limiet het onveranderd gebly. Die Onkologielimiete op die **Klassieke Opsie** het ook dieselfde gebly. *Raadpleeg asseblief hierdie voordeelbrochure vir verdere inligting oor die limiete en voordele.*



JOU BYDRAES VIR 2023

Bydraes vanaf 1 Januarie 2023 tot 31 Maart 2023

Inkomstekategorieë	REMEDI OMVATTEND*			REMEDI KLASSIEK			REMEDI STANDAARD		
	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R3,262	R2,471	R761	R2,560	R1,819	R614	R1,595	R1,062	R323
R4,000 – R5,499	R3,443	R2,638	R810	R2,709	R1,950	R682	R1,671	R1,118	R364
R5,500 – R6,999	R3,638	R2,811	R887	R2,855	R2,076	R729	R1,752	R1,253	R450
R7,000 – R7,999	R3,827	R2,891	R967	R3,003	R2,130	R798	R1,884	R1,501	R584
R8,000 – R8,999	R4,026	R3,051	R1,011	R3,166	R2,249	R850	R1,884	R1,501	R584
R9,000 – R9,999	R4,249	R3,197	R1,062	R3,329	R2,363	R885	R1,884	R1,501	R584
R10,000 – R10,999	R4,460	R3,358	R1,156	R3,507	R2,489	R965	R1,884	R1,501	R584
R11,000+	R4,701	R3,541	R1,220	R3,685	R2,618	R999	R1,889	R1,504	R585

Persoonlike Mediese Spaarrekening se gedeelte op die **Omvattende Opsie***

Inkomstekategorieë	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R326	R247	R76
R4,000 – R5,499	R344	R264	R81
R5,500 – R6,999	R364	R281	R89
R7,000 – R7,999	R383	R289	R97
R8,000 – R8,999	R403	R305	R101
R9,000 – R9,999	R425	R320	R106
R10,000 – R10,999	R446	R336	R116
R11,000+	R470	R354	R122

Bydraesubsidies vanaf 1 Januarie 2023 tot 31 Maart 2023 (waar van toepassing)

Inkomstekategorieë	REMEDI OMVATTEND*			REMEDI KLASSIEK			REMEDI STANDAARD		
	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R1,929	R696	R481	R1,879	R638	R466	R1,364	R726	R218
R4,000 – R5,499	R2,044	R760	R509	R1,988	R689	R487	R1,439	R753	R250
R5,500 – R6,999	R2,146	R811	R562	R2,092	R745	R537	R1,512	R842	R309
R7,000 – R7,999	R2,271	R833	R609	R2,209	R760	R587	R1,606	R1,000	R395
R8,000 – R8,999	R2,391	R871	R634	R2,326	R794	R611	R1,606	R1,000	R395
R9,000 – R9,999	R2,510	R911	R661	R2,445	R830	R611	R1,606	R1,000	R395
R10,000 – R10,999	R2,654	R966	R714	R2,580	R883	R664	R1,606	R1,000	R395
R11,000+	R2,789	R1,019	R764	R2,715	R938	R710	R1,611	R1,003	R397

* Die Persoonlike Mediese Spaarrekening se bydraes is vasgestel teen die maksimum van 10% van die **Omvattende Opsie** se bydraes.

** Jy betaal slegs die bydraes vir kinders vir die eerste drie kinders.

Bydraes vanaf 1 April 2023 tot 31 Desember 2023

Inkomstekategorieë	REMEDI OMVATTEND*			REMEDI KLASSIEK			REMEDI STANDAARD		
	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R3,487	R2,641	R814	R2,737	R1,945	R656	R1,705	R1,135	R345
R4,000 – R5,499	R3,681	R2,820	R866	R2,896	R2,085	R729	R1,786	R1,195	R389
R5,500 – R6,999	R3,889	R3,005	R948	R3,052	R2,219	R779	R1,873	R1,339	R481
R7,000 – R7,999	R4,091	R3,090	R1,034	R3,210	R2,277	R853	R2,014	R1,605	R624
R8,000 – R8,999	R4,304	R3,262	R1,081	R3,384	R2,404	R909	R2,014	R1,605	R624
R9,000 – R9,999	R4,542	R3,418	R1,135	R3,559	R2,526	R946	R2,014	R1,605	R624
R10,000 – R10,999	R4,768	R3,590	R1,236	R3,749	R2,661	R1,032	R2,014	R1,605	R624
R11,000+	R5,025	R3,785	R1,304	R3,939	R2,799	R1,068	R2,019	R1,608	R625

Persoonlike Mediese Spaarrekening se gedeelte op die **Omvattende Opsie***

Inkomstekategorieë	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R349	R264	R81
R4,000 – R5,499	R368	R282	R87
R5,500 – R6,999	R389	R301	R95
R7,000 – R7,999	R409	R309	R103
R8,000 – R8,999	R430	R326	R108
R9,000 – R9,999	R454	R342	R114
R10,000 – R10,999	R477	R359	R124
R11,000+	R503	R379	R130

Bydraesubsidies 1 April 2023 tot 31 Desember 2023 (waar van toepassing)

Inkomstekategorieë	REMEDI OMVATTEND*			REMEDI KLASSIEK			REMEDI STANDAARD		
	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R2,062	R744	R514	R2,009	R682	R498	R1,458	R776	R233
R4,000 – R5,499	R2,185	R812	R544	R2,125	R737	R521	R1,538	R805	R267
R5,500 – R6,999	R2,294	R867	R601	R2,236	R796	R574	R1,616	R900	R330
R7,000 – R7,999	R2,428	R890	R651	R2,361	R812	R628	R1,717	R1,069	R422
R8,000 – R8,999	R2,556	R931	R678	R2,486	R849	R653	R1,717	R1,069	R422
R9,000 – R9,999	R2,683	R974	R707	R2,614	R887	R653	R1,717	R1,069	R422
R10,000 – R10,999	R2,837	R1,033	R763	R2,758	R944	R710	R1,717	R1,069	R422
R11,000+	R2,981	R1,089	R817	R2,902	R1,003	R759	R1,722	R1,072	R424

* Die Persoonlike Mediese Spaarrekening se bydraes is vasgestel teen die maksimum van 10% van die **Omvattende Opsie** se bydraes.

** Jy betaal slegs die bydraes vir kinders vir die eerste drie kinders.



PERSOONLIKE MEDIESE SPAARREKENING (PMSR) BESKIKBAAR OP DIE OMVATTENDE OPSIE

Die Persoonlike Mediese Spaarrekening gee lede op die Omvattende Opsie 'n manier om geld te spaar vir wanneer hulle 'n dokter moet besoek, medisyne by die apteek moet koop of vir ander dag-tot-dag mediese uitgawes moet betaal. Indien jy tydens die jaar nie al die geld in die Persoonlike Mediese Spaarrekening gebruik nie, voeg ons rente by die oorblywende bedrag en dra dit na die volgende jaar oor.

As jy jou Remedi-lidmaatskap beëindig en nog geld in jou Persoonlike Mediese Spaarrekening oor het, plaas ons óf die geld na jou nuwe mediese skema oor (as hulle 'n mediese spaarrekening bied op die voordeelopsie wat jy by hulle kies) of ons betaal vier maande ná jou lidmaatskap eindig die geld aan jou terug. Ons voldoen aan die vereistes van die Wet op Mediese Skemas wanneer ons die geld terugbetaal.



ONS BETAAL HIERVOOR UIT DIE VERSEKERDE BUIE-HOSPITAALVOORDEEL VOORDAT ONS UIT DIE PERSOONLIKE MEDIESE SPAARREKENING BETAAL

- Algemene praktisyne
- Mediese spesialiste
- Konserwatiewe tandheekkunde
- Voorgeskrewe akute medisyne en spuitstof
- Fisio-, spraak- en arbeidsterapie
- Kliniese sielkundiges
- Maatskaplike werkers
- Oogtoetse, brille of kontaklense, en refraktiewe oogchirurgie
- Radiologie: Sonder hospitalisasie (MR- en RT-skanderings uitgesluit)
- Patologie: Buite-hospitaal

ONS DEK DIE VOLGENDE SLEGS UIT JOU PERSOONLIKE MEDIESE SPAARREKENING:

- Chiropraktisyn, homeopaat, osteopaat, kruiedokter, natuurgeneesheer of dieetkundige
- Kondome en sekere toestelle wat nie uit beskikbare voordele betaal word nie, soos van toepassing
- Voorkomende medisyne vir malaria
- Immuniserings, behalwe dié wat deur die Siftings- en Voorkomingsvoordeel gedek word

BELANGRIKE INLIGTING:

Ons kan nie vir behandeling wat as 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel kwalifiseer uit jou Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) betaal nie.



WAGTYDPERKE EN VERANDERING VAN VOORDEELOPSIE



MEDIESE TOESTANDE TYDENS 'N WAGTYDPERK

Indien ons wagtydperke toepas omdat jy nie voorheen aan 'n mediese skema behoort het nie of jou lidmaatskap vir meer as 90 dae onderbreek is voordat jy by Remedi Medical Aid Scheme aansluit, het jy nie gedurende jou wagtydperke toegang tot die Voorgeskrewe Minimum Voordele nie. Dit sluit opname vir noodbehandeling in. Indien jy 'n onderbreking van minder as 90 dae gehad het voordat jy by Remedi aangesluit het, kan jy moontlik toegang tot Voorgeskrewe Minimum Voordele gedurende wagtydperke hê.

INDIEN JY VAN VOORDEELOPSIE WIL VERANDER

Jy kan aan die einde van die jaar na 'n ander voordeelopsie van Remedi oorbeweeg. Dit word op 1 Januarie van die volgende jaar van krag. Jy kan nie jou voordeelopsie tydens die jaar verander nie. Om jou voordeelopsie te verander moet jy die vorm om voordele te verander aflaai van die Remedi webwerf deur www.yourremedi.co.za te besoek en die vorm aan ons terugstuur voor 16 Desember 2022 per die instruksies op die vorm.

Die voordele wat in Remedi se reëls uiteengesit is, word in hierdie voordeelbrosjyre opgesom. Hierdie voordele word elke jaar hersien en aangepas volgens die vereistes van die Wet op Mediese Skemas, ook met inagneming van die vereistes van die Wet op Verbruikersbeskerming, soos van toepassing op die bedryf van 'n mediese skema. **Jy kan elke jaar 'n afskrif van die Skemareëls, soos dit by die Raad vir Mediese Skemas geregistreer is, op www.yourremedi.co.za kry.**



REMEDİ UITSLUITINGS

GESONDHEIDSORG WAT NIE DEUR REMEDI GEDEK WORD NIE

Remedi Medical Aid Scheme het bepaalde uitsluitings. Ons betaal nie vir gesondheidsorgdienste wat met die volgende verband hou nie, behalwe soos bepaal as deel van 'n omskrewe voordeel of volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele.

LYS VAN ALGEMENE UITSLUITINGS SLUIT DIE VOLGENDE IN

A

- Afsprake wat nie nagekom word nie
- Apparate wat nie deel van die voordeelopsies is nie: Die aankoop of huur van mediese of chirurgiese apparate, soos spesiale beddens, stoele, kussings, kommodes, skaapvelle, waterdigte lakens, bedpanne, spesiale toiletsitplekke, veranderings of herstelwerk aan siekekamers of toerusting van aansterkkamers. Dit is buiten die huur van suurstofsilinders, waar die Skema reeds vooraf geskrewe goedkeuring vir die aankoop van hierdie en ander apparate gegee het as VMV-vlak van sorg.
- Anaboliese steroïede

B

- Beserings wat opgedoen word tydens deelname aan professionele sport, spoedrenne en spoedwedrenne, tensy dit 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel is.
- Borsreduksies, tensy medies noodsaaklik (koste van mammoplastiek)

D

- Diagnostiese middels
- Dienste wat verkry word by iemand wat nie by 'n professionele liggaam wat wetlik erken word geregistreer is nie, en enige organisasie, kliniek, verpleeginrigting of soortgelyke instelling wat nie wetlik geregistreer is nie (dit sluit staat- en provinsiale hospitale uit).

E

- Erektiele disfunksie se behandeling en verwante koste

G

- Geslagsprikkelmiddels
- Geslagsverandering en verwante koste vir persoonlike redes as dit nie direk veroorsaak is deur of verband hou met 'n siektetoestand, ongeluk of versteuring nie
- Goud: Die gebruik van goud in kunsgebit en die koste van goud as vervanging van onedele metale in krone, inlegsels en brugwerk

H

- Huismedisyne en preparate wat aan die publiek geadverteer word

K

- Kos, aanvullings en handelsmerkkos wat babakos insluit
- Kosmetiekware, versagtende middels vir die vel en bevogtigers. Dit sluit aanbringers en toedieners, toiletware, skoonheidsmiddels, seep, sjampoe en ander velmiddels in.
- Kosmetiese operasies, medisyne en behandeling vir kosmetiese doeleindes
- Kunsmatige bevrugting soos beskryf in die Wet op Menslike Weefsel 65 van 1983

M

- Medisyne: Artikel 21-medisyne wat nie goedgekeur en geregistreer is by die Suid-Afrikaanse Medisynebeheerraad nie.
- Medisyne wat nie by die Medisynebeheerraad geregistreer is nie, en handelsmerkpreparate en medisyne wat nie op 'n voorskrif is wat deur 'n persoon uitgemaak is wat regtens gemagtig is om medisyne voor te skryf nie.

O

- Obesiteit – tonikums, verslankingspreparate om vetsug te voorkom of te behandel, medisyne wat aan die publiek adverteer word.
- Onvrugbaarheidsbehandeling, tensy dit gekry word by 'n fasiliteit wat 'n aangewese diensverskaffer is of as dit 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel is.
- Oorlog: besering of ongeskiktheid weens oorlog, 'n landinval of burgeroorlog.
- Optiese toestelle wat die Suid-Afrikaanse vereniging vir oogkundiges nie as klinies nodig of klinies wenslik beskou nie, waaronder brilkassies vir brille en sonbrille of houers en oplossings vir die stoor en skoonmaak van kontaklense.

S

- Sonsorg, soos sonskerm, asook produkte om mee te sonbruin.

U

- Koste wat meer is as die voordeel waarop 'n lid volgens die Skemareëls geregtig is, tensy die Raad van Trusteë anders besluit.

V

- Vakansies vir aansterkdoeleindes
- Voor- en nageboorte-oefenklasse, opleiding in moederskap en borsvoedingleiding
- Verbande, watte, wondbedekkings en ander verbruikbare items.

Ons dek ook nie die komplikasies of die direkte of indirekte koste wat spruit uit enige uitsluiting in die lys hierbo nie, behalwe soos bepaal as deel van 'n omskrewe voordeel of volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele. Die lys hierbo is dus nie 'n volledige lys van uitsluitings nie.



DISKRESIONÊRE EN EX GRATIA-VOORDELE

Diskresionêre voordele word deur 'n Ex Gratia-beleid, soos deur die Raad van Trustees goedgekeur, aan lede beskikbaar gestel.

Ex gratia word deur die Raad vir Mediese Skemas omskryf as 'n diskresionêre voordeel wat 'n mediese skema vir befondsing kan oorweeg bykomend tot die voordele wat volgens die geregistreerde reëls van daardie mediese skema gebied word. Skemas is nie verplig om in die reëls daarvoor voorsiening te maak nie en die lede het nie wetlik 'n reg daarop nie. Die Raad van Trustees kan na eie goeddunke die bedrag verhoog wat volgens die Skemareëls as 'n *ex gratia*-betaling toegestaan kan word.

Aangesien *ex gratia*-toekennings nie geregistreerde voordele is nie maar na goeddunke van die Raad van Trustees toegeken word, het

die Raad 'n Mediese Advieskomitee aangestel om *ex gratia*-aansoeke te evalueer. Hierdie komitee het 'n mandaat om besluite oor *ex gratia*-aansoeke namens die Raad en die Skema te neem.

Besluite wat deur hierdie komitee geneem word, is finaal en nie oop vir appèl of dispuut nie.

Indien jy vir 'n diskresionêre voordeel of toelaag aansoek wil doen, kontak die Skema se administrateur deur **0860 116 116** te bel. Hulle sal jou die nodige vorms en inligting kan gee oor die proses wat jy moet volg.





KLAGTES EN GESKILLE

REMEMI SE KLAGTE- EN GESKILPROSES

Remedi Medical Aid Scheme is daartoe verbind om aan jou die hoogste standaard diens te verskaf en jou terugvoer is vir ons belangrik. Die onderstaande kanale is aan jou beskikbaar en ons moedig jou aan om die proses te volg, sou jy 'n klagte onder ons aandag wil bring.

1. Hoe om ons te kontak

Kontak ons op 0860 116 116 om met 'n konsultant te gesels of stuur 'n e-pos na service@yourremedi.co.za. Jy sal 'n verwysingsnommer vir die interaksie, klagte of geskil kry wanneer jy ons kontak.

Ons diensure is:

- 07:00 – 20:00 Maandag tot Vrydag
- 08:00 – 13:00 Saterdag
- Toe op Sondae en openbare vakansiedae

Ons sal ook graag van jou wil hoor as ons jou verwagtinge oortref het.

2. Om 'n formele klagte te lê

Indien jy 'n konsultant gekontak het soos ons in stap 1 hier bo verduidelik en jy is nie tevrede is met die uitkoms nie, e-pos jou redes waarom jy ontevrede is saam met jou verwysingsnommer na escalations@yourremedi.co.za sodat 'n Kliëntediensbestuurder jou regstreeks kan help.

Jy kan enige tyd jou kommunikasie na die kliëntediensbestuurder stuur en jy sal 'n outomatiese boodskap kry wat jou vertel hoe lank dit sal neem voor ons terugvoer gee.

3. Om die Hoofbeampte te kontak

Indien jy steeds nie tevrede is dat jou kwessie of klagte opgelos is nie en dit wil eskaleer sodat die Hoofbeampte dit kan ondersoek, kan jy 'n formele klagte lê nadat jy die stappe hierbo gevolg het.

Om jou kwessie te eskaleer en 'n formele klagte te lê, vul die Skema se geskilvorm in en stuur dit saam met enige ander besonderhede wat jy onder die Hoofbeampte se aandag wil bring, na executiveoffice@yourremedi.co.za.

Maak seker jy gee die verwysingsnommer wat jy gekry het toe jy ons aanvanklik (in stap 1) gekontak het, saam met die geskilvorm sodat ons jou so effektief as moontlik kan help.

Die geskilvorm is op Remedi se webwerf by www.yourremedi.co.za beskikbaar.

4. Om die Raad vir Mediese Skemas te kontak.

Die Raad vir Mediese Skemas reguleer mediese skemas, insluitende Remedi.

Jy kan die Raad vir Mediese Skemas op enige tydstip van die klagteproses kontak, maar ons moedig jou aan om enige van die bogenoemde stappe te volg om die klagte saam met die Skema op te los voordat jy die Raad regstreeks kontak.

Indien jy die Raad vir Mediese Skemas wil kontak om 'n klagte te lê of 'n kwessie te eskaleer wat jy nie kon uitsorteer deur die bostaande stappe te volg nie, gebruik gerus hierdie kontakbesonderhede om die Raad te kontak.

Die Raad vir Mediese Skemas se kontakbesonderhede is soos volg:

- Straatadres: Blok A, Eco Glades 2 Office Park, Witch-Hazel-laan 420, Eco Park, Centurion 0157
- Posadres: Privaat Sak X34, Hatfield 0028 Telefoonnommer: 0861 123 267
- Faksnommer: 012 431 7644
- E-pos: complaints@medicalschemes.co.za



Lees hier meer oor die Raad vir Mediese Skemas:
www.medicalschemes.co.za.



NOTAS

