

LEDEGIDS



TopMedtm

Jou Plan vir 'n Gesonder Lewe



TopMed  

Jou Plan vir 'n Gesonder Lewe

INHOUD



1.	Geskiedenis	Bladsy 01
2.	Lidmaatskap	Bladsy 03
3.	Bydraes	Bladsy 06
4.	Hoe die TopMed-opsies werk	Bladsy 07
5.	Voorafmagtiging	Bladsy 14
6.	Medisyne	Bladsy 17
7.	Chroniese Toestande	Bladsy 22
8.	Bestuurde Gesondheidsorg	Bladsy 25
	- MIV-program	Bladsy 28
	- Siektebestuursprogramme	Bladsy 29
	- Ambulansdienste ER24	Bladsy 32
	- Optiese Voordele	Bladsy 34
	- Swangerskaps program	Bladsy 35
9.	Betaling van Eise	Bladsy 36
10.	Oplossing van Probleme of Vrae	Bladsy 38
11.	Bybetalings en Aftrekkings	Bladsy 39
12.	Omskrywings	Bladsy 40
13.	Afkortings	Bladsy 44

1. GESKIEDENIS

TopMed... U vertroude gesondheidsvennoot

TopMed Mediese Skema is op 24 April 1972 geregistreer en verskaf al die afgelope 40 jaar 'n omvattende voordeelreëks aan sy lede. TopMed bied 'n wye reëks bekostigbare en deursigtige gesondheidsorg-opsies wat spesiaal aangepas is om aan korporatiewe kliënte, klein en middelgroot sakeondernemings en professionele persone se behoeftes te voldoen. Ons volg 'n holistiese en innoverende benadering en bied finansiële stabiliteit, doeltreffendheid en persoonlike diens. Ons ingesteldheid op kliënte is 'n onmisbare hoeksteen. Ons het 'n passie vir gesondheidsorg en gaan vennootskappe met derde partye aan om te verseker dat ons uitnemende diens van die hoogste gehalte lewer. Gesonde bestuurstoësig en solvensievlakke bo die statutêre minimum verseker dat TopMed in 'n veranderende en komplekse omgewing relevant bly in die huidige privaate gesondheidsorgbedryf. TopMed se Raad word 100% deur lede verkies, wat verseker dat ons lede se belange regtig altyd eerste gestel word!

Hoekom TopMed?



Comprehensive Range of Options

- TopMed is daarop toegespits om 'n wye verskeidenheid produkte aan te bied wat aan ons kliënte waarde vir geld gee.
- Die opsies sluit tradisionele, nuwegenerasie, hospitaal, beperkte voordele en kapitasie-gebaseerde opsies in.
- Die opsies is: TopMed Comprehensive, TopMed Executive, TopMed Family, TopMed Savings, TopMed Active Saver, TopMed Essential, TopMed Network en TopMed Limited.



Customer Centricity

Ons fokus op gesondheid en welstand met ons voordeelsamestelling

- Welstand (die voorkomende siftingsprogram)
- Uitgebreide Noodsaaklike Mediese Voordele
- Trauma voordele



Transparency

- Duidelike en deursigtige kommunikasie
- Omvattende en insiggewende Ledegids
- Baie doeltreffende bestuurde sorg-hulpmiddels
- Uitstekende administrasie



Stability and Growth

- TopMed se finansiële posisie is sterk en stabiel
- TopMed is daarop ingestel om deur sy voordeelontwerp en vennootskappe langtermyn-stabiliteit en -groei te skep
- Behoud van bestaande kliënte

Een van TopMed Mediese Skema se sterk pluspunte is die wye verskeidenheid voordeelopsies. Ons is hoogs mededingend in beide die korporatiewe mark en die mark vir klein en middelgroot ondernemings/individue.

Die sleutelkenmerke van TopMed se produkreeks sluit in:

- Opneming in privaat hospitale
- TopMed Welstand – ons voorkomende sorg-program
- Chroniese medikasievoordele
- Dag-tot-dag-voordele
- Uitgebreide Groot Mediese Voordele
- Internasionale reisdekking

2. LIDMAATSKAP

Wie kwalifiseer as 'n afhanklike van 'n lid?

- Gade
- Lewensmaat van hooflid
- Kinders, aangenome kinders, stiefkinders en pleegkinders
- Broers, susters en ouers van die hooflid, indien hulle van die hooflid vir gesinsorg en onderhoud afhanklik is.

Watter bewys vereis TopMed van 'n afhanklike se afhanklikheid van die lid?

- In die geval van 'n gade, 'n huweliksertifikaat
- In die geval van 'n lewensmaat, die ingevulde verklaring op die Aansoekvorm
- In die geval van kinders:
 - regsdokumente ten opsigte van aanneming vir 'n aangenome kind
 - 'n hofbevel vir 'n pleegkind
- Ten opsigte van broers, susters en ouers van die hooflid, 'n beëdigde verklaring wat die verwantskap met die hooflid bevestig en verklaar dat die gesinslid van die hooflid vir gesinsorg en onderhoud afhanklik is.

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

Deur 'n Wysigingsvorm in te vul. Dit kan by TopMed verkry word of van die webwerf by **www.topmed.co.za** afgelaai word. As u deel is van 'n maatskappy wat aan TopMed behoort, stuur asseblief u ingevulde Wysigingsvorm na u Menslike Hulpbronne- of Salarisafdeling. Indien u as 'n individuele lid wil registreer, kan u u Wysigingsvorm regstreeks of deur middel van u aangestelde makelaar na TopMed stuur. Skakel asseblief **0860 00 21 58** as u enige navrae oor u aansoek het.

Wat gebeur indien die hooflid sterf?

Die oudste afhanklike kan as die hooflid met die lidmaatskap voortgaan, en die status van die ander afhanklikes bly onveranderd, mits TopMed 'n doodsertifikaat ontvang. Lidmaatskap sal begin op die dag na die datum van die hooflid se afsterwe, tensy TopMed in kennis gestel word dat die afhanklikes verkies om hulle lidmaatskap te beëindig. Bankbesonderhede moet aan TopMed voorsien word om enige onderbreking in die betaling van bydraes te voorkom en om voordele te verkry.

Wanneer sal TopMed die reg hê om my lidmaatskap of dié van enigeen van my afhanklikes te kanselleer?

Indien u of enigeen van u afhanklikes:

- by 'n ander skema aansluit
- vals inligting verstrek, of versuim om wesenlike inligting bekend te maak wanneer daar om registrasie aansoek gedoen word
- vals inligting verstrek wanneer 'n eis ingedien word, 'n vals eis indien of 'n diensverskaffer opsetlik toelaat om dit namens u te doen
- enige ander persoon toelaat om u lidmaatskapkaarte te gebruik
- sonder 'n goeie verduideliking versuim om TopMed in kennis te stel dat hy betaal het vir dienste of voorrade wat nie gelewer of ontvang is nie
- enige ander bedrieglike daad pleeg
- versuim om bydraes te betaal binne 14 dae na die datum waarop dit verskuldig is
- versuim om 'n voorskot terug te betaal binne 28 dae na die datum waarop dit verskuldig is.

Wanneer is ek geregtig op voordele?

U is op voordele geregtig vanaf die aanvangsdatum van u lidmaatskap, mits geen algemene wagtydperk of toestand-spesifieke wagtydperk van toepassing is nie.

Wagtydperk

Wat is 'n algemene wagtydperk?

TopMed kan 'n algemene wagtydperk van drie maande instel op alle voordele ten opsigte van alle nuwe aansoekers en afhanklikes wat:

- vir meer as 90 dae voor aansluiting by TopMed nie aan 'n vorige mediese skema behoort het nie;
- **of**
- vir 'n tydperk van meer as twee jaar lid van 'n ander mediese skema was en by TopMed aangesluit het binne 90 dae nadat hulle hul vorige mediese skema verlaat het.

Geen voordele is gedurende hierdie tydperk betaalbaar nie, nie eens as dit uit die Mediese Spaarrekening gefinansier word nie, behalwe ten opsigte van enige behandeling of diagnostiese prosedures wat ingevolge die Voorgeskrewe Minimum Voordele (PMB's) gedek word, waar van toepassing*.

Wat is 'n toestand-spesifieke wagtydperk?

TopMed kan verder 'n toestand-spesifieke wagtydperk van tot 12 maande vanaf die aanvangsdatum van u lidmaatskap instel ten opsigte van enige voorafbestaande toestand van enige begunstigdes wat:

- vir meer as 90 dae voor aansluiting by TopMed nie aan 'n vorige mediese skema behoort het nie;
- **of**
- vir 'n tydperk van minder as twee jaar aan 'n ander mediese skema behoort het en by TopMed aangesluit het binne 90 dae nadat hulle hul vorige mediese skema verlaat het.

Geen wagtydperke sal ingestel word nie ten opsigte van:

- 'n begunstigde wat binne die skema van opsie verander
- 'n afhanklike kind wat gedurende die tydperk van lidmaatskap gebore word.

Kan ek kies om in plaas van hierdie wagtydperk 'n betaling te maak, sodat dit kwytgeskeld word?

Nee.

*** Indien 'n algemene of toestand-spesifieke wagtydperk ingestel word, let asseblief daarop dat TopMed nie vir PMB's sal betaal nie indien 'n lid nie voorheen mediese dekking gehad het nie of vir meer as 90 dae 'n onderbreking van dekking gehad het.**

Aanvangsdatum

Wat is 'n aanvangsdatum?

Dit is die datum waarop u lidmaatskap en u afhanklikes se lidmaatskap geregistreer word. U bydraes is vanaf u aanvangsdatum betaalbaar.

Wat is die aanvangsdatum ten opsigte van afhanklikes?

- Indien die aansoek ontvang word binne 30 dae nadat die nuwe afhanklike vir registrasie in aanmerking kom (bv. deur 'n huwelik, geboorte of aanneming), sal die aanvangsdatum die datum wees waarop die afhanklike in aanmerking kom.

- Indien die aansoek ontvang word na 30 dae nadat die nuwe afhanklike vir registrasie in aanmerking begin kom het, sal die aanvangsdatum die eerste dag van die maand wees na die maand waarin die aansoek ontvang is, of die eerste dag van die maand na die maand waarin TopMed al die inligting ontvang wat hy ten opsigte van so 'n aansoek nodig kan hê.

Wanneer is my afhanklikes op voordele geregtig?

U afhanklikes is vanaf die aanvangsdatum op voordele geregtig, tensy 'n algemene wagtydperk en/of toestand-spesifieke wagtydperk van toepassing is, in welke geval voordele na verloop van die algemene wagtydperk en/of toestand-spesifieke wagtydperk betaalbaar is.

Hoe word pro rata-voordele toegepas?

Voordele sal pro rata toegepas word ten opsigte van hoofdele en afhanklikes wat na 1 Januarie van 'n bepaalde jaar by TopMed aansluit. Dit geld vir alle voordele wat 'n jaarlikse limiet het.

Wat is nie-openbaarmaking?

Daar is 'n REGS vereiste dat TopMed (by aansluiting) ingelig moet word oor:

- Huidige toestande en/of behandelings
- Vorige toestande en/of behandelings
- Beplande prosedures en/of behandelings

Versuim om hierdie inligting bekend te maak, kan tot beëindiging van voordele en/of lidmaatskap lei. Maak dus seker dat u niks op u aansoekvorm weglaat nie, selfs al dink u dit is nie belangrik nie.

Wanneer kan ek my lidmaatskap kanselleer?

Werkgewergroepe

As u 'n lid van 'n bepaalde werkgewer is, mag u werkgewer u lidmaatskap as 'n groep met minstens drie maande skriftelike kennis aan TopMed kanselleer.

Individuele lede

As 'n individuele lid mag u u lidmaatskap met minstens een maand skriftelike kennisgewing aan TopMed kanselleer.

TopMed Network

Teruggedateerde beëindigings sal nie toegestaan word aan lede van die TopMed Network opsie nie.

Wanneer kan ek my opsie verander?

U kan u opsie net een keer per jaar op die eerste dag van Januarie verander, nadat u TopMed minstens 30 dae skriftelike kennis gegee het.

Hoe verander ek my opsie?

Deur 'n Opsieveranderingsvorm in te vul, wat by TopMed se Kliëntediens-afdeling of vanaf die webwerf (www.topmed.co.za) verkry kan word. So 'n verandering sal net een keer per jaar, op 1 Januarie elke jaar toegelaat word.

Let wel: Indien u aan 'n werkgewergroep behoort, moet u opsieveranderingsvorm aan u MH- of betalingsafdeling teruggestuur word. Individuele lede kan hul opsievorms direk aan TopMed stuur per e-pos, faks of jy kan kliëntediens skakel op 0860 00 21 58.

3. BYDRAES

Hoe word my bydrae bereken?

'n Vasgestelde bedrag is vir elke hooflid betaalbaar, ongeag u ouderdom, saam met 'n vasgestelde bedrag vir elke volwasse afhanklike (21 jaar oud of ouer) en elke minderjarige afhanklike (jonger as 21 jaar, maksimum 3 afhanklike kinders*) wat binne u lidmaatskap geregistreer is.

* Nie van toepassing op TopMed Active Saver en TopMed Network opsie nie.

Let wel: Die bydraes betaalbaar op die Netwerk-opsie berus op die hoogste inkomste van die Hooflid en/of die gade/leuensmaat. Bewys van inkomste sal elke jaar gevalideer word om seker te maak dat u die regte bydraes betaal.

Wanneer is lidmaatskapbydraes betaalbaar?

Bydraes is maandeliks vooruit betaalbaar teen die derde van die maand, met ingang van u aanvangsdatum.

In watter stadium word my bydrae verhoog wanneer 'n minderjarige afhanklike 21 word?

Die verhoogde bydrae vir 'n volwasse afhanklike is verskuldig op die eerste dag van die maand na die maand waarin die afhanklike 21 word, tensy die afhanklike 'n voltydse student is.

Studente

Indien u afhanklike 'n voltydse student is wat tussen 21 en 24 jaar oud is, kwalifiseer die afhanklike vir die studentevergunning en betaal dan steeds die kindertarief terwyl hy of sy studeer. Bewys van voltydse studie vanaf die betrokke opvoedkundige instelling sal elke jaar teen die einde van Februarie aan TopMed voorgelê moet word.

Wanneer is hoër bydraes ten opsigte van 'n nuwe afhanklike verskuldig?

Die eerste verhoogde bydrae is betaalbaar vanaf die eerste dag van die maand waarin u afhanklike bygevoeg word.

Wat gebeur as my bydraes agterstallig raak?

As u bydraes nie binne 14 dae na die datum waarop dit verskuldig is aan TopMed betaal word nie, word die betaling van voordele ingevolge u lidmaatskap opgeskort totdat alle agterstallige bydraes ontvang is. As u bydraes meer as 28 dae agterstallig is, sal u lidmaatskap onmiddellik sonder verdere kennisgewing beëindig word.

Wat is 'n laat aansluiting?

'n Aansoeker, of die volwasse afhanklike van 'n aansoeker, wat op die datum van die aansoek om lidmaatskap 35 jaar oud of ouer is. Dit sluit egter 'n begunstigde uit wat vanaf 'n datum voor 1 April 2001 dekking by een of meer mediese skemas gehad het, sonder onderbreking van dekking vir meer as drie opeenvolgende maande sedert 1 April 2001.

Hoe werk laataansluiting-boetes?

TopMed kan die bydraes van 'n laat aansluiting ooreenkomstig die bepalinge van die Wet op Mediese Skemas verhoog. Die aantal jare sonder mediese dekking word omskep in 'n persentasie, soos deur die Wet voorgeskryf. Die laat aansluiting-boete is dus die voorgeskrewe persentasie van die normale maandelikse bydrae.

4. HOE DIE TOPMED OPSIES WERK

TopMed bied 'n omvattende verskeidenheid opsies. Dit sluit nuwegenerasie-spaaropsies, 'n tradisionele opsie, 'n kapitasie-opsie, 'n hospitaalopsie en 'n beperkte-opsie in.

Die buigsaamheid van die produkreëks verseker dat die gesondheidsorgbehoefes van 'n uiteenlopende profiel van lede binne die TopMed Mediese Skema se reëks opsies gedek kan word.

Vir meer besonderhede oor elk van die opsies wat aangebied word, raadpleeg die Voordeelopsomming vir elke opsie by die webwerf, www.topmed.co.za.

Uitgebreide/Drempeldekking

(Van toepassing op die TopMed Comprehensive Opsie, TopMed Executive Opsie en TopMed Family Opsie)

Hoe werk die Uitgebreide/Drempeldekking?

'n Drempel is 'n vasgestelde waarde wat bereik moet word voordat eise vir dag-tot-dag mediese uitgawes deur TopMed uitbetaal word. Eise vir dag-tot-dag-uitgawes word verwerk en sal ooploop om hierdie drempel te bereik. Dit sluit eise in wat uit u Jaarlikse Limiet en Mediese Spaarrekening of uit u eie sak betaal is. Die waarde wat tot u drempel ooploop, word gebaseer op die TopMed-tarief (TT), en dit is nie noodwendig die bedrag wat u betaal het nie. Sodra u opgeloopte eise die drempelwaarde bereik het (en u u Jaarlikse Limiet uitgeput het), sal verdere dag-tot-dag eise deur TopMed betaal word ooreenkomstig die voordele wat in u Voordeelopsomming uiteengesit is. U kan u Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening gebruik om vir dag-tot-dag mediese uitgawes te betaal wat aangegaan word voordat u drempel bereik word, of uit u eie sak betaal indien u u Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening uitgeput is.

Soos hierbo gemeld, sal slegs die toepaslike persentasie van die voordeelbedrag, d.w.s. die TopMed-tarief en nie die koste nie, tot die drempel ooploop, selfs al word die koste uit u Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening betaal. Sekere eise sal NIE tot die drempel ooploop nie, selfs al word dit uit u Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening betaal.



Dit is belangrik om te onthou om voort te gaan om u eise by TopMed in te dien vir ophoping tot die drempel, selfs al is dit gedurende die tydperk wanneer eise uit u eie sak betaal word.

As 'n voordeelperk voor die drempel geld, hoe sal dit my voordele na die drempel raak?

Vir alle voordele met limiete geld die limiete voor die drempel bereik word sowel as daarna. Dit beteken as daar byvoorbeeld 'n R5 000-perk op u akute medisynevoordeel is en u gebruik die volle bedrag voordat u u drempel bereik, d.w.s. gedurende die tydperk wanneer u u eise uit u Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening of u eie sak betaal, sal u GEEN VOORDELE vir akute medisyne hê nadat u u drempel bereik het nie (d.w.s. gedurende die tydperk wanneer TopMed weer dag-tot-dag-eise begin betaal).

Hoe sal my drempel geraak word as ek op 'n ander datum as 1 Januarie aansluit?

Die totale drempelbedrag word op 'n pro rata-grondslag bereken, maar sal nie afneem tot minder as 50% van wat die bedrag vir 12 maande sou wees nie.

Voorbeeld:

Die drempel vir 'n gesin vir 12 maande is R20 000.

- As die gesin op 1 Julie by TopMed aansluit, sal hulle drempel R10 000 wees (50% van R20 000).
- Selfs al sluit hulle op 1 Desember aan, sal hulle drempel nog steeds nie minder as 50% van R20 000, naamlik R10 000, wees nie.

Hoe sal my drempel geraak word as ek 'n afhanklike byvoeg of 'n afhanklike uit my lidmaatskap verwyder?

U drempel sal diensooreenkomstig aangepas word.

Let wel: U bydraes sal verander op die eerste dag van die maand waarin u afhanklikes byvoeg of verwyder.

Hoe sal my drempel geraak word as my afhanklike gedurende die jaar 21 word?

As u afhanklike se status gedurende 'n jaar na 'n volwasse afhanklike verander, sal u drempel diensooreenkomstig aangepas word.

Mediese Spaarrekening (TopMed Executive, TopMed Family, TopMed Savings, TopMed Active Saver)

Hoe werk 'n Mediese Spaarrekening?

U Mediese Spaarrekening is ontwerp om u dag-tot-dag-uitgawes te dek. Dit werk so:

- U dra 'n vasgestelde maandelikse bedrag by.
- Die totale jaarlikse bedrag is vooruit vir mediese uitgawes beskikbaar.

Hoeveel kan ek tot my Mediese Spaarrekening bydra?

Die bedrag is vasgestel per opsie. Raadpleeg die Voordeeloopsomming vir elke opsie vir nader besonderhede.

Waarvoor kan ek my Mediese Spaarrekening gebruik?

- Mediese dienste, insluitend medisyne wat nie deel van u keuse van voordele uitmaak nie
- Mediese dienste gelewer deur 'n geregistreerde verskaffer wat ingevolge die lys van uitsluitings nie vir voordele kwalifiseer nie. (Raadpleeg die afdeling van hierdie gids wat oor uitsluitings handel.)
- Mediese dienste waarvoor die jaarlikse sublimiet bereik is
- Nie-voorskrif Skedule 1- en 2-medisyne (PAT) word uitbetaal teen 100% van koste
- Die verskil, indien enige, tussen die toegelate voordele, soos in die Voordeeloopsomming beskryf, en die werklike koste wat u diensverskaffer vir die diens vra

Wat gebeur met my spaarsaldo aan die einde van die jaar?

Enige positiewe saldo sal na u Mediese Spaarrekening vir die volgende jaar oorgedra word.

Wat gebeur met my spaarsaldo as ek van 'n nuwegenerasie-opsie na 'n ander opsie verander, of besluit om TopMed te verlaat?

Enige positiewe saldo sal na vier en 'n half maande aan u terugbetaal word. Indien u egter TopMed verlaat om by 'n ander mediese skema met 'n mediese spaarrekening aan te sluit, sal 'n kredietsaldo na die ander mediese skema oorgeplaas word.

Wat gebeur met die debiete wat ooploop op die spaarsaldo van 'n lid wat TopMed verlaat?

Indien daar 'n negatiewe saldo is, sal u daarvoor verantwoordelik wees om die bedrag binne 30 dae na kennisgewing aan TopMed terug te betaal.

Wat gebeur met my spaarsaldo as ek te sterwe kom?

Enige positiewe saldo sal na vier en 'n half maande aan u boedel uitbetaal word indien u afhanklikes besluit om nie as lede van TopMed voort te gaan nie.

Let wel: Om die verskil tussen die koste van handelsmerkmedisyne en die generiese ekwivalente van die Mediese Spaarrekening te kan eis, moet u die Kliëntediens-afdeling kontak om die betaling te versoek, aangesien hierdie voordele nie outomaties uit u Mediese Spaarrekening toegewys sal word nie. Die volledige eis moet by TopMed ingedien word om dit te laat verwerk.

Jaarlikse Limiet (TopMed Comprehensive)**Wat is 'n Jaarlikse Limiet?**

'n Jaarlikse Limiet is 'n deel van u maandelikse bydrae wat opsygesit word om dag-tot-dag-voordele te betaal voordat u u jaarlikse drempelvlak bereik het. Baie soos 'n Mediese Spaarrekening, word dit gebruik om dag-tot-dag-voordele te befonds.

Waarvoor kan ek my Jaarlikse Limiet gebruik?

Raadpleeg u Voordeelopsomming vir besonderhede van eise wat uit u Jaarlikse Limiet befonds kan word.

Wat gebeur met my Jaarlikse Limiet as ek die Skema verlaat of na 'n voordeelopsie omskakel wat nie 'n Jaarlikse Limiet het nie?

Aangesien die Jaarlikse Limiet as 'n risikovoordel beskou word, sal hierdie voordeel verval wanneer u die Skema verlaat of omskakel na 'n opsie wat nie 'n Jaarlikse Limiet het nie, en die orige deel sal in die Skema bly.

Wat is 'n Primêre Gesondheidsorgverskaffer?

'n Primêre Gesondheidsorgverskaffer word deur TopMed aangestel om u gesin se dag-tot-dag basiese gesondheidsorgbehoefte, bv. behandeling vir griep, te bestuur.

Wie is die Primêre Gesondheidsorgverskaffer vir TopMed?

TopMed Networks het verskaffers aangestel om primêre gesondheidsorgdienste aan lede van die Network Opsie te lewer. TopMed Networks beskik oor 'n landwyse netwerk van dokters, tandartse en oogkundiges by wie u hierdie dienste kan verkry.

Om u naaste Netwerk-diensverskaffer op te spoor, besoek gerus die Netwerk-webwerf by www.topmed.co.za vir inligting en besonderhede oor Netwerk-dokters of gebruik TopMed's se Mobiele Toepassing wat afgelaai kan word vanaf Google Play of die AppStore.

Wat is my voordele by 'n Netwerk Algemene Praktisyn (AP)?

- Die eerste en belangrikste stap is om 'n Netwerk AP te kies, en dan slegs u gekose dokter te besoek.
- U is geregtig op soveel mediese noodsaaklike besoeke aan 'n Netwerk AP as wat u nodig het om gesond te bly.
- As deel van u behandeling kan die Netwerk AP ook:
 - **Akute medikasie** volgens 'n medisyne lys verskaf
 - U **chroniese medikasie** vir 'n spesifieke toestand en volgens 'n medisyne lys registreer
 - Sekere **kleiner chirurgiese prosedures** in die spreekkamer uitvoer
 - **Bloedtoetse en X-strale** volgens 'n bepaalde lys aanvra
 - **Voor- en nageboortesorg** aanbied, een sonar per swangerskap gedurende die eerste drie maande per swangerskap.

Wat is akute medikasie?

Dit is medikasie wat vir 'n kort tydperk gebruik word om u te help herstel van 'n algemene siekte, soos griep. Resepterende AP's sal hierdie medikasie aan u voorsien tydens u konsultasie. Ander Netwerk AP's sal vir u 'n voorskrif gee waarmee u die akute medikasie by enige Netwerk apteek kan verkry.

Wat moet ek doen as ek 'n chroniese toestand het?

Besoek u Netwerk AP om die diagnose te bevestig en die chroniese medisyne-aansoekvorm te voltooi wat by TopMed Netwerk ingedien moet word. By goedkeuring van die aansoek, sal u ingelig word waar u u medikasie kan gaan haal. Indien daar nie 'n goedgekeurde apteek naby u is nie, sal u medikasie of by u werk- of by u huisadres afgelewer word.

Watter ander voordele het ek?

- U is ook geregtig op basiese **tandheelkundevoordele** soos stoppels, ekstraksies en polering en skalering.
- Verder het u ook toegang tot **optiese voordele** wat u 'n keuse bied tussen brille en kontaklense. Hierdie voordeel is elke 24 maande vir elke begunstigde beskikbaar.
- Hierdie dienste is slegs verkrygbaar by Netwerk gekontrakteerde verskaffers en is onderhewig aan Netwerk protokolle.

Moet ek en my afhanklikes dieselfde Netwerk gekontrakteerde AP besoek?

Nee, elkeen van u afhanklikes kan hul naaste Netwerk gekontrakteerde AP kies. Dit is belangrik dat u 'n dokter (algemene praktisyn) kies met wie u gemaklik voel, en dat u daarna slegs u gekose dokter besoek. Dit is die beste manier om u gesondheid doeltreffend te bestuur.

Wat moet ek doen in 'n noodgeval na ure of as ek met vakansie is en nie naby my gekose Netwerk-verskaffer is nie?

Die Netwerk-voordele maak voorsiening vir noodgevallen na ure of besoeke aan nie-netwerkdokters. Hierdie voordeel is beperk tot 3 besoeke (Verwys na die TopMed Network Voordeelopsomming vir besonderhede)

Die volgende opsies is tot u beskikking:

- U kan enige Netwerk gekontrakteerde of nie-gekontrakteerde AP naby aan u besoek.
- So nie, kan u ook die ongevalle-afdeling by die naaste privaat of staatshospitaal besoek. (Verwys na die TopMed Network Voordeelopsomming vir besonderhede.)
- Let asseblief daarop dat u self vooraf moet betaal vir hierdie dienste wat by nie-netwerkverskaffers verkry is.
- Jy kan egter die koste terugeis van Netwerk af. Die eise is onderhewig aan die voordele-perk en die Netwerk tariewe.

Sal ek moet betaal wanneer ek Netwerk-verskaffers besoek?

Nee, solank u bydraes betaal is, mag u Netwerk-verskaffers besoek so dikwels as wat medies gesproke nodig is, sonder om vir Netwerk-dienste te betaal. Soms kan u medikasie, bloedtoetse of x-strale nodig hê wat nie deur u Netwerk Opsie gedek word nie. U dokter sal u inlig wanneer u sulke behandeling nodig het en u sal self daarvoor moet betaal.

Wat moet ek doen as ek 'n spesialis moet besoek?

- Spesialis voordele word deur 'n Netwerk van Spesialiste verskaf, mits u 'n verwysing by u Netwerk AP (algemene praktisyn) gekry het.
- U Netwerk AP word benodig om 'n verwysing vorm te vul (beskikbaar op die webwerf, www.topmed.co.za of kontak ons Kliëntediens op **0860 00 21 58**). Die volledige vorm moet per e-pos gestuur word na referrals@topmedms.co.za.
- Indien u PMB Behandelingplan Spesialis konsultasie geskied sonder verwysing vanaf u Netwerk AP, of u sien 'n Spesialis wat nie deel is van die netwerk nie, sal TopMed slegs betaal teen 70% van die TT en u sal self verantwoordelik wees vir die balans betaalbaar aan die Spesialis.

Watter spesialis voordele word verskaf?

- Die Spesialis voordeel is beperk (verwys na die TopMed Network Voordeelsomming).
- Spesialis dienste is onderhewig aan 'n verwysing deur 'n netwerk AP na 'n netwerk Spesialis en voorafmagtiging.
- Enige radiologie of patologie wat deur die netwerk Spesialis versoek is, sal ook uit hierdie voordeel betaal word.

Indien u enige behandeling ontvang vanaf die spesialis, wat nie hierbo gelys is nie, sal u verantwoordelik wees vir die totale koste van die behandeling.

Wat moet ek doen as ek hospitaal toe moet gaan?

Indien u en/of enige van u afhanklikes in 'n privaot of provinsiale hospitaal opgeneem moet word, moet u vooraf magtiging (PAR) kry deur **0860 00 21 58** te skakel. TopMed sal die koste van u hospitalisasie, en die koste van die behandeling wat u in die hospitaal ontvang, teen 100% van die ooreengekome tarief betaal indien u deur die Netwerk AP verwys is. (Let wel: Indien die verskaffer wat u laat opneem 'n Netwerk Spesialis is, sal TopMed 100% van die TopMed-tarief betaal.) Indien u verskaffer nie 'n Netwerk verskaffer is nie, sal TopMed 70% van die TopMed-tarief betaal, en u sal die res van die bedrag aan u verskaffer moet betaal.

Wat moet ek doen in geval van nood?

Indien u tydens 'n noodgeval nie in staat is om voorafmagtiging vir hospitalisasie te verkry nie, bv. in die geval van 'n ongeluk, moet u en/of u familie binne twee werksdae nadat u in die hospitaal opgeneem is TopMed daarvan in kennis stel.

Nota: Sien bladsy 14 (Voorafmagtiging) in hierdie Ledegids vir 'n volledige lys van die inligting wat u moet verkry en voorsien wanneer u aansoek doen vir voorafmagtiging (PAR).

Hoe word my eise betaal?

- **Dienste gelewer deur Netwerk-verskaffers:**
U sal nie 'n rekening ontvang vir enige Netwerk-dienste nie. Die dokter sal die rekening direk aan Netwerk stuur.
- **Dienste gelewer deur spesialiste (buite die hospitaal):**
Hierdie rekenings moet by Netwerk ingedien word.
- **Dienste gelewer by 'n hospitaal:**
Hospitaalverwante rekenings moet by TopMed ingedien word.

Let wel: Alle eise moet TopMed of Netwerk bereik binne vier maande na die einde van die maand waartydens die diens gelewer is. Na hierdie vier maande sal die rekenings verouderd wees en nie deur TopMed of Netwerk betaal word nie.

Vir meer inligting oor eise, sien bladsy 36 (Betaling van Eise) in hierdie Ledegids.

Wanneer moet ek my bydraes betaal?

Bydraes is maandeliks vooruit betaalbaar. Indien bydraes nie binne 14 dae na die datum waarop dit verskuldig is betaal word nie, sal u lidmaatskap opgeskort word. Indien u bydraes vir langer as 28 dae agterstalling bly, sal u lidmaatskap sonder verdere kennisgewing onmiddellik gekanselleer word.

Nota: Raadpleeg bladsy 06 (Bydraes) in hierdie Ledegids vir meer inligting oor bydraes.

Word voordele toegelaat vir buitelandse eise?

Nee.

Word MIV/Vigs gedek?

Ja. Die CareWorks MIV/Vigs-program help lede met MIV/Vigs om toegang te verkry tot kwaliteitsorgaan en om die voordele tot hulle beskikking optimaal te benut. Die program sluit ook die nodige patologiese, antiretrovirale medikasie (indien nodig), doktersbesoeke, inligting, berading en advies in.

Om toegang tot hierdie voordele te verkry, skakel **0860 448 2273** om vir die program te registreer. Dit is 'n hoogs vertroulike lyn.

Word dialise en orgaanplantings gedek?

Hierdie toestande word deur die Voorgeskrewe Minimum Voordele (die minimum voordele wat TopMed verplig is om aan te bied ingevolge die Wet op Mediese Skemas, 1998) in 'n staats hospitaal gedek.

Word voordele betaal vir bevallings in 'n privaat hospitaal?

Ja, maar voordele word beperk tot een bevalling per gesin per jaar in 'n privaat hospitaal EN die ma moet vooraf magtiging verkry vir hospitaaltoelating, binne 24 – 48 uur rondom toelating.

Belangrike punte om te onthou:

- **Neem altyd u TopMed-lidmaatskapkaart saam met u wanneer u 'n Netwerk-verskaffer besoek.**
- Neem kennis van u Netwerk AP se spreekkamerure:
 - Normale besigheidsure tot 'n maksimum van:
 - Maandag tot Vrydag: 09:00 tot 17:00
 - Saterdag: 09:00 tot 11:00
 - Praktyke hoef nie** na ure, Sondae en openbare vakansiedae oop te wees nie.
- Riglyne en formulêr lys is van toepassing.
- Vra u dokter of toetse/medisyne gedek word.
- Vra as u oor enigiets onseker is.



5. VOORAFMAGTING (PAR)



Wat is voorafmagting (PAR)?

Voorafmagting (PAR) is die voorafgoedkeuring van enige beplande opname in 'n hospitaal, insluitend 'n verbandhoudende behandeling of prosedure (insluitend tandheelkundige prosedures) wat deur 'n mediese praktisyn of tandarts tydens hospitalisasie uitgevoer word.

Let asseblief daarop dat 'n PAR slegs 'n bevestiging is dat die voorgestelde kliniese prosedure of behandeling medies nodig is, en nie 'n waarborg is dat voordele betaal sal word nie.

MRI-skanderings/CT-skanderings en radio-isotoopstudies, hetsy tydens hospitaalbehandeling of nie, vereis ook voorafmagting. Let asseblief daarop dat die volgende prosedures NIE 'n PAR vereis nie, en dat voordele ten opsigte hiervan uit u opsie se radiologievoordele betaal sal word:

- Deksa-skanderings
- CT-beenmineraaldigtheidstudies
- CT-begeleide nierbiopsie
- MRI-skandering – lae-veld perifere gewrigsondersoek van voete, hande en elmboë in toegewyde ledemaateenhede.

Wanneer moet ek 'n voorafmagtigingsverwysingsnommer (PAR) aanvra?

'n PAR moet aangevra word vir enige prosedure wat 'n bespreking vir opname in 'n hospitaal vereis of indien sekere skanderings of radio-isotoopstudies beplan word. Indien u onseker is of die prosedure 'n PAR vereis, word daar aanbeveel dat u die Voorafmagtigingsafdeling by **0860 00 21 58** vir advies skakel.

Doen so gou moontlik aansoek om 'n PAR, verkieslik wanneer opname deur u dokter bevestig word. U hoef nie meer as een maand vooraf om magtiging aansoek te doen nie.

Daar word aanbeveel dat daar ten minste twee dae voor 'n beplande prosedure aansoek gedoen word ingeval nog inligting van u dokter verlang word. In die geval van 'n noodopname in 'n hospitaal oor 'n naweek of in die nag kan u binne twee werksdae na die opname of skandering by die Voorafmagtigingsafdeling om 'n PAR aansoek doen.

Besoeke aan 'n hospitaal se buitepasiënt-afdeling in die geval van trauma (nie van toepassing op behandelings wat deel van Gevallebestuur uitmaak nie)

Let asseblief daarop dat besoeke aan die dokter by 'n hospitaal se buitepasiënt- of ongevalle-afdeling nie uit u hospitaalvoordeel gefinansier sal word nie. Om hierdie rede kan sommige hospitale moontlik vereis dat u kontant vir hierdie besoeke betaal. In so 'n geval kan u die volledige rekening en bewys van betaling aan TopMed stuur. U sal terugbetaal word volgens u opsie se dag-tot-dag-voordele (raadpleeg asseblief die Voordeelopsomming vir u opsie vir meer inligting).

Wat gebeur as ek versuim om vir 'n PAR aansoek te doen?

Indien geen PAR verkry word nie of indien 'n PAR laat verkry word, sal geen voordele deur TopMed betaal word nie, uitsluitend PMB.

Hoe kontak ek die Voorafmagtigingsafdeling om 'n PAR te kry?

Vir alle voorafmagtigings skakel **0860 00 21 58**.

Watter inligting moet ek verstrek wanneer ek om 'n PAR aansoek doen?

- Lidmaatskapnommer en afhanklikekode
- Pasiënt se volle naam
- Datum van opname PLUS die datum van die prosedure. (Dit is besonder belangrik, aangesien ons nie in die reël magtiging gee vir vooroperasie-prosedures die dag voor beplande chirurgie nie – daar moet aansoek gedoen word hiervoor en dit moet gemotiveer word.)
- Van en voorletters van behandelende dokter of diensverskaffer (praktyknommer, indien beskikbaar)
- Telefoonnommer van behandelende dokter of diensverskaffer
- Naam van hospitaal waar pasiënt opgeneem gaan word
- Rede vir opname in die hospitaal of die beplande diagnostiese prosedure
- Vra u dokter vir 'n volledige beskrywing van:
 - die rede vir opname
 - die verbandhoudende geneeskundige diagnose en die toepaslike ICD-10-kode
 - die beplande prosedure, asook die prosedurekodes en tariewe wat hy/sy beoog om te gebruik

Watter inligting moet ek verkry wanneer ek die Voorafmagtigingsafdeling skakel?

- Die unieke PAR-nommer
- Die aanvanklike duur van verblyf in 'n goedgekeurde hospitaal
- Die goedgekeurde kodes

Wat moet ek doen as ek langer in die hospitaal bly as die aanvanklike duur van verblyf wat deur die Voorafmagtigingsafdeling goedgekeur is?

'n Familielid, u dokter of 'n hospitaalpersoneellid moet die Voorafmagtigingsafdeling onmiddellik in kennis stel, en die kliniese aanduidings vir die verlengde verblyf sal geëvalueer word. Verlengde verblyf moet gemagtig word om vir voordele te kwalifiseer, aangesien geen terugwerkende PAR's toegestaan sal word nie.

Hoe sal daar betaal word vir die medisyne wat ek by ontslag uit die hospitaal kry?

U sal kwalifiseer vir hoogstens sewe dae se voorraad. Die voordeel sal uit die Risiko-gedeelte betaal word (behalwe vir TopMed Network). Let asseblief daarop dat selfs al het u 'n magtiging vir chroniese medisyne, die medisyne wat geresepteer word wanneer u die hospitaal verlaat altyd uit die Risiko-gedeelte betaal sal word, tot maksimum sewe dae se voorraad. Indien u 'n magtiging vir chroniese medisyne het, moet u u medisyne by 'n DSP-kleinhandelsapteek kry.

6. MEDISYNE

Chroniese Medisynevoordeel

Die Chroniese Medisynevoordeel is 'n voordeel wat medisyne vir 'n bepaalde lys toestande volgens u opsie dek (sien bladsy 22). Hierdie toestande is op grond van kliniese en aktuariële kriteria gekies. Dit beteken dat alhoewel 'n toestand as chronies gedefinieer kan word, dit miskien nie aan die kriteria vir dekking kragtens u Chroniese Medisynevoordeel voldoen nie. TopMed dek die 26 Voorgeskrewe Minimum Voordeel (PMB) Chroniese Siekte-lystoestande (CDL-toestande) teen 100% van die ooreengekome tarief (TopMed verwysingsprys (TRP) geld), mits hierdie medisyne by die Skema se Aangewese Diensverskaffers (DSP's – Designated Service Providers) verkry is, en onderhewig aan TopMed se formulelyste, wat van tyd tot tyd gewysig word. Indien u verkies om nie TopMed se DSP's te gebruik nie en/of medisyne gebruik wat nie deel van die formulelyste is nie, sal TopMed slegs 'n 70%-voordeel betaal, en u sal aanspreeklik wees vir die res.

Toegang tot die Chroniese Medisynevoordeel is aan kliniese toelatingskriteria onderworpe. Hierdie toelatingskriteria is in ooreenstemming met bevinding-gebaseerde praktyke en wetsvereistes. Die Chroniese Voordeel-konsultante gebruik bevinding-gebaseerde riglyne en protokolle om elke aansoek vir chroniese voordele klinies te beoordeel en te verseker dat die middele wat gebruik word, gepas, kostedoeltreffend en in die korrekte terapeutiese dosisse voorgeskryf word.

Hoe doen ek aansoek om die Chroniese Medisynevoordeel ?

- Die behandelende dokter moet ons skakel op **0860 00 21 58** om 'n nuwe chroniese toestand te registreer. Dit behels 'n kliniese bespreking om vas te stel of die versoek aan al die nodige kliniese toelatingskriteria voldoen.
- Indien daar wel aan die kriteria voldoen word, sal die chroniese toestand geregistreer word. Elke chroniese toestand het 'n lys medisyne wat klinies geskik is vir die behandeling van die toestand. Dit sluit sekere hoëkoste-medisyne uit wat aan motivering en die goedkeuring van die Kliniese Komitee onderworpe is.

Registrasieproses vir Chroniese Medisyne

Sodra u dokter u chroniese toestand gediagnoseer het en die toestand volgens die betrokke ICD-10-kodering (sien bladsy 19) gekodifiseer het, moet u dokter asseblief Mediscor by **0860 00 21 58** skakel om u chroniese toestand te registreer.

- Alle diagnostiese en toelatingskriteria wat met die chroniese toestand verband hou, sal versoek word, insluitend die ICD-10-kode.
- Die Chroniese Konsultant sal die inligting op grond van die kliniese toelatingskriteria evalueer en sal, indien gepas, die magtiging aan u dokter deurgee.
- Daarbenewens sal u 'n bevestigende skrywe ontvang waarin u voorsien sal word van besonderhede van die chroniese toestand/medisyne wat goedgekeur is.
- Sodra u dokter u van u voorskrif voorsien het, moet u 'n afskrif van die voorskrif aan u apteek of TopMed se DSP's gee om u medisyne te kry (sien bladsy 19).
- Indien u medisyne nie as deel van u Chroniese Medisynevoordeel goedgekeur word nie, sal die Chroniese Konsultant u dokter daarvan in kennis stel en 'n brief aan u stuur waarin u van die afkeuring verwittig word.

Sodra die versoek goedgekeur is, sal u 'n skrywe ontvang waarin u gemagtigde chroniese diagnose en medisyne aangedui word. U voorskrif moet na u diensverskaffer (apteker) geneem word, waarna eise vir die goedgekeurde toestand ingedien kan word. Sodra die magtigingstydperk verval het en daar geen verandering is in die medisyne wat vir die bepaalde toestand nodig is nie, kan u dokter of apteker met ons op **0860 00 21 58** in verbinding tree om u magtiging te herstel. Dieselfde prosedure kan gevolg word vir veranderings aan of byvoegings tot die huidige magtiging.

Chroniese konsultasies en medisyne sal slegs deur u Chroniese Medisynevoordeel gedek word indien registrasie van die chroniese toestand goedgekeur is. Indien registrasie van die chroniese toestand afgewys word, kan chroniese konsultasies en medisyne uit u akute medisynevoordeel of Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening betaal word.

Waarom die telefoniese proses?

TopMed sal geneeshere outomaties met 'n eenmalige bedrag betaalbaar teen die TopMed-tarief ten opsigte van 'n volledige telefoniese versoek vir chroniese medisynevoordele vergoed, as deel van u Groot Mediese Voordele. Dit sal nie ten opsigte van u jaarlikse konsultasielimiet in aanmerking geneem word nie. Hierdie betaling sal gedoen word vir aansoeke vir siektetoestande wat as Chroniese Toestande beskou word. Let asseblief daarop dat hierdie betaling slegs ten opsigte van die eerste aansoek om 'n toestand van toepassing is. Lede word aangemoedig om geneeshere en aptekers te vra om die deellynnummer te gebruik om nuwe toestande te registreer en veranderings aan bestaande chroniese magtigings by te werk.

Voordele:

- Eenvoudige, papierlose en aanlyn-magtigingsproses.
- Onmiddellike registrasie ten opsigte van die chroniese medisynevoordeel en dus onmiddellike eise.
- 'n Kliniese bespreking met u verskaffer, wat dus die beste behandeling vir die lid verseker.
- Geen lang vorms wat deur u dokter ingevul hoef te word nie.

Belangrike punte om van kennis te neem

- **ICD-10 Kodes** - 'n Spesifieke kode ('n ICD-10-kode) word aan elke mediese toestand en diagnose toegeken. Die ICD-10-kodifiseringstelsel verseker dat eise uit die regte voordeel betaal word, en is tans deel van die wetsvereistes.

Dit beteken dat elke diensverskaffer/dokter verplig is om 'n geldige en toepaslike ICD-10-kode vir die registrasie van die Chroniese Medisynevoordeel aan te dui, asook op die daaropvolgende eis wat aan TopMed deurgestuur word. Wetgewing bepaal dat indien die diensverskaffer versuim om 'n geldige ICD-10-kode te verskaf, die eis nie deur die mediese skema betaal sal word nie.

- **Voorskrifte is slegs vir ses (6) maande geldig** - Die telefoniese magtiging vervang nie die amptelike dokument van 'n voorskrif nie. Dit is steeds 'n vereiste dat 'n voorskrif elke ses maande deur u voorskrifdiensverskaffer geskryf word. Dit is belangrik om daarop te let dat u magtiging verder kan strek as die geldigheid van die voorskrif wat u dokter u gee. Wanneer u herhalingsvoorskrif verval, sal u 'n nuwe een by u dokter moet kry om aan u apteker te gee, om te verseker dat u steeds u medisyne ontvang.
- **Kliniese/Betaalreëls** – Die betaling van u medisyne is onderhewig aan 'n aantal kliniese/betaalreëls, wat insluit maar nie beperk is nie tot:
 - Interaksie tussen middels
 - Geslags-/Ouderdomskontroles
 - Beperkings op vroeë herhalings (1 voorskrif elke 24 dae)
 - Kontroles t.o.v. hoeveelheid/dosisse
 - Generiese plaasvervangers
 - Topmed verwysingsprys (TRP)
 - Formulelyste

TopMed Mediese Skema gebruik verbruiksbestuurs reëls vir die benutting van medisyne om vroeë opsporing van chroniese siektes in staat te stel en om verbeterde siekte bestuur vir ons lede te verseker.

Die volgende Medisyne Verbruiksbestuur reëls sal toegepas word:

- Inhalasie toestelle vir toediening van medikasie deur middel van inhalering (bv. asma medikasie vir inhalasie): Beperk tot 1 toestel per afhanklike per jaar.
- Medikasie vir behandeling van pyn: Beperk tot 150 tablette/kapsules per afhanklike per jaar.
- Anti-asmatische inhaleerders: Beperk tot 3 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel, daarna word magtiging verlang.
- Medikasie vir die behandeling van depressie: Magtiging word verlang.
- Medikasie vir die behandeling van psigosos: Magtiging word verlang.
- Medikasie vir die behandeling van angstoestande: Beperk tot 'n hoeveelheid van 30 tablette/kapsules per maand en 3 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Slaapmedikasie: Beperk tot 3 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Voorbehoedmiddels: Beperk tot 1 voorskrif per maand vir vroulike pasiente.
- Oordruppels: Beperk tot 1 houertjie per maand met 'n maksimum van 4 voorskrifte per afhanklike per jaar.

- Oogdruppels (behalwe vir die behandeling van gloukoom): Beperk tot 1 houertjie per maand met 'n maksimum van 4 voorskrifte per afhanklike per jaar.
- Estring™: Beperk tot 1 apparaat en 4 voorskrifte per jaar vir vroulike pasiente.
- Griep vaksiene: Beperk tot 1 vaksien per afhanklike per jaar tot 'n maksimum van R78.
- Glukokortikosteroïed neussproei: Hoeveelheid beperk tot die maksimum per maand volgens die geregistreerde dosis.
- Menslike Papilloma Virus vaksiene bv. Gardasil™ en Cervarix™: Betaal vanaf die akute voordeel met ouderdom en leeftyd beperkinge.
- Hipnotika: Beperk tot 30 tablette/kapsules per maand en 3 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Produkte om luisinfestasies te behandel: Beperk tot 2 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Malaria profilakse: Beperk tot 2 voorskrifte per afhanklike per jaar.
- Medisinale shampoo's: Beperk tot 2 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Topikale preparate vir spierpyne: Beperk tot 2 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Anti-inflammatoriese medikasie: Beperk tot 150 tablette/kapsules per afhanklike per jaar.
- Medikasie vir die behandeling van osteoporose: Magtiging word verlang (slegs vir opsies waar voordele hiervoor beskikbaar is.)
- Pre-natale vitamienne: Beperk tot 9 voorskrifte vanaf die swangerskap voordeel (vir vroue alleenlik).
- Roaccutane™ en generiese ekwivalente: Betaal vanaf akute voordeel en mag deur 'n algemene praktisyn voorgeskryf word.
- Stoma toerusting: Betaal vanaf Stoma voordeel. TopMed kan produkte vanaf die chroniese voordeel magtig waar beskikbaar.
- Topikale aknee preparate: Beperk tot 4 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.
- Neussproei: Beperk tot 1 houertjie per maand met 'n maksimum van 4 voorskrifte per afhanklike per jaar.
- Topikale steroïed preparate: Beperk tot 4 voorskrifte per afhanklike per jaar vanaf die akute voordeel.

Let wel: Hierdie Benutting Bestuursreëls word nie toegepas op vooraf- goedgekeurde medisyne nie.

Wat is TRP?

Die TopMed-verwysingsprys (TRP) stel 'n maksimum prys vas wat betaal sal word vir 'n lys van generiese gelykoortige produkte met 'n laer koste as die van die oorspronklike medisyne. Dit is die maksimum prys wat TopMed bereid is om te betaal vir die koste van medisyne met generiese alternatiewe. Dit beteken as u verkies om die oorspronklike produk te gebruik waar 'n generiese alternatief beskikbaar is, moet u die verskil betaal tussen die prys van die gekose oorspronklike medisyne en TRP

Wat is generiese medisyne?

Generiese medisyne is medisyne wat presies dieselfde aktiewe bestanddele as handelsmerkprodukte bevat. Hierdie medisyne word deur dieselfde of 'n ander maatskappy vervaardig sodra die patent op die handelsmerkprodukt verval het. Gevolglik is die prys van generiese medisyne gewoonlik aansienlik laer.

Wat is gepatenteerde of handelsmerkmedisyne?

Farmaseutiese maatskappye gaan groot navorsings- en ontwikkelingskoste (N&O-koste) aan voordat 'n produk uiteindelik vervaardig en in die mark vrygestel word. Die farmaseutiese maatskappy kry dus die patentreg om vir 'n aantal jare die enigste vervaardiger van daardie spesifieke medisyne (handelsmerk) te wees, sodat hy die N&O-koste kan verhaal.

Waarom generiese medisyne gebruik?

Generiese medisyne is meer kostedoeltreffend, wat beteken dat u optimum gebruik ten opsigte van u medisynevoordeelperk kry. As gevolg van goedkoper generiese alternatiewe word die heffings wat per voorskrif betaalbaar is, verminder. Die gebruik van generiese medisyne help dus om die totale medisyne-uitgawes te beperk, wat weer help om jaarlikse verhogings van bydraes te beperk.

Hoe kan ek seker maak dat ek gehalte generiese medisyne gebruik?

In Suid-Afrika is generiese medisyne aan dieselfde streng gehaltebeheermaatreëls as alle ander medisyne onderworpe.

Wat gebeur as my chroniese limiet uitgeput is en ek 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel (PMB) Chroniese Siekte-lys (CDL)-toestand het?

Indien u of u afhanklikes vir een of meer van die 26 PMB CDL-toestande geregistreer is (sien lys van chroniese toestande op bladsy 22 vir besonderhede) en u Chroniese Limiet (waar van toepassing) is uitgeput, sal TopMed steeds 'n 100%-voordeel verskaf, mits u u medisyne binne die formulelys en by die DSP verkry.

Mediese bestuur van u PMB CDL Chroniese Toestand

Benewens die voordele vir u chroniese medisyne, kan u vir die behandeling van u PMB-toestand kwalifiseer, onderworpe aan TopMed se Behandelingsalgoritmes (Planne), om sekere konsultasies, patologiesoetse, ens. in te sluit. Om vir hierdie voordele te kwalifiseer, sal u daarvoor moet registreer wanneer u vir u PMB-toestand registreer.

Let wel: Konsultasies vir nie-PMB chroniese toestande word uit u beskikbare dag-tot-dag-voordeel gedek.

Om 'n 100%-voordeel te verkry, sal u bogenoemde dienste via die openbare gesondheidsorgsektor of by 'n Netwerk AP/Spesialis moet verkry. Indien u die dienste van u eie diensverskaffer gebruik, sal TopMed 100% van die TopMed Tarief betaal. Let wel: Dit is baie belangrik dat u diensverskaffers hierdie eise met die regte ICD-10-kode indien, om te verseker dat u eise aan die regte voordeel gekoppel word. As u verskaffers die "algemene" ICD-10-kode indien, sal die eis nog steeds geldig wees maar uit u dag-tot-dag-voordele betaal word, en nie uit die voordele wat deur u behandelingsplan verskaf word nie. Verder is hierdie voordele nie onbeperk nie, en word hulle ooreenkomstig die algemene bedryfsriglyne en in oorleg met kliniese deskundiges in die verskillende dissiplines verskaf. Addisionele voordele kan moontlik toegestaan word op grond van 'n motivering deur u diensverskaffer.

Nie-voorgeskrewe medisyne (Apteker-geadviseerde Terapie – PAT)

Die meeste algemene ongesteldhede kan doeltreffend behandel word met medisyne wat sonder 'n doktersvoorskrif by 'n apteek beskikbaar is. Hierdie medisyne kan van u PAT-voordeel geëis word. (Raadpleeg die Voordeelopsomming vir u opsie.)

7. CHRONIESE TOESTANDE



Voorgeskrewe Minimum Voordeel – Lys van Chroniese Siktetoestande

Geldig vir alle opsies

- Addison se siekte
- Asma
- Brongiëktase
- Kardiomiopatie
- Chroniese nierversaking
- Hartversaking
- Chroniese obstruktiwe longsiekte
 - Emfiseem
- Kroonslagaarsiekte
 - Iskemiese hartsiekte
- Crohn se siekte
- Diabetes insipidus
- Diabetes mellitus (Tipe I en Tipe II)
- Disritmie
 - Ventrikulêre tagikardie
 - Atriale fibrilasie
- Epilepsie
- Gloukoom
- Hemofilie
- Hiperlipidemie
- Hipotiroïdisme
- Hipertensie
- Veelvoudige sklerose
- Parkinson se siekte
- Psigiatriese stoornisse
 - Bipolêre gemoedsversteuring
 - Skisofrenie
- Rumatoïede artritis
- Sistemiese lupus eritmatose
- Ulseratiewe kolitis

Uitgebreide Chroniese Toestande

Benewens die toestande wat in op bladsy 22 uiteengesit word, is die volgende toestande beskikbaar.

(Let asseblief daarop dat dit slegs van toepassing is terwyl u Chroniese Medisynevoordeel-limiete beskikbaar is.)

Opsie	Uitgebreide Chroniese Toestande
TopMed Comprehensive	Onbeperk
TopMed Executive	<ul style="list-style-type: none">• Alzheimer-siekte• Ankiloserende spondilitis• Aandaggebreksindroom• Barrett se esofagitis• Benigne prostaathiperplasie• Kanker• Conn-sindroom• Chroniese brongitis• Cushing-sindroom• Sistiese fibrose• Diep-aartrombose• Dermatomiösitis• Jig• Hipoparatiroïdisme• Menopouse (hormoonvervangingsterapie)• Motorneuronsiekte• Spierdistrofie• Myasthenia gravis• Orgaanoorplantings (instandhoudingsterapie)• Osteoporose• Paget (beensiekte)• Pankreassiekte• Paraplegie/Kwadriplegie (Geassosieerde medikasie)• Pemfigus• Poliartritis nodosa• Psigiatriese afwykings<ul style="list-style-type: none">- Anorexia nervosa- Bulimia nervosa- Erge depressie- Narkolepsie- Obsessiewe kompulsiewe versteuring- Paniekversteuring- Post-traumatiese stressindroom- Tourette-sindroom- Bipolêre gemoedsversteuring• Pulmonale tussenweefselfibrose• Sklerodermie• Beroerte• Thromboangiïtis obliterans• Trombotopeniese purpura• Zollinger-Ellison-sindroom

TopMed Family

- Osteoporose
- Osteopenie
- Aandaggebreksindroom (ADD) / Aandagtekort-hiperaktiwiteitversteuring (ADHD)
- Jig
- Depressie buiten waarvoor PMB's voorsiening maak
- Voorkoming van allergiese rinitis (slegs kinders)
- Psoriase
- Osteoartritis



8. BESTUURDE GESONDHEIDSORG

Bestuurde Gesondheidsorg word omskryf as enige poging om die rasonele, kostedoeltreffende en gepaste gebruik van gesondheidsorghulpbronne te bevorder. TopMed se filosofie is om saam met lede en diensverskaffers te werk om hierdie doelwitte te bereik. TopMed se Bestuurde Gesondheidsorgverskaffers gebruik kliniese finansieringsriglyne en bevinding-gebaseerde medisyne ten opsigte van sekere dienste en voorrade waarvoor TopMed voordele toelaat. Begunstigdes sal vir voordele ten opsigte van daardie dienste en voorrade kwalifiseer slegs as die kliniese riglyne en protokolle nagekom is.

Deel van TopMed se Bestuurde Sorg-benadering is om te verseker dat lede toegang het tot gesondheidsorgvoordele wat hulle in staat sal stel om 'n gesonder, meer aktiewe leefstyl te handhaaf. TopMed se Bestuursprogramme is beskikbaar vir lede met chroniese toestande (bv. hoë bloeddruk, cholesterol) en/of degeneratiewe toestande (bv. rug- en gewrigspyn) waar rehabilitasie soos fisioterapie, biokinetika, voorgeskrewe diëte en oefening doeltreffend kan wees om afhanklikheid van chroniese medisyne te verminder, of 'n operasie kan voorkom/vertraag.

Elke lid het ander behoeftes en toestande en 'n program word vir u mediese behoeftes aangepas, in oorleg met u dokter waar nodig. Lede wat by hierdie Bestuursprogramme kan baat vind, sal deur een van ons Siektebestuursverpleegsters gekontak word OF lede kan ons ook direk kontak om aansoek te doen om vir een van die programme te registreer.

Om 'n lid se geskiktheid vir hierdie programme te bepaal, sal ons sekere vrae oor die lid se mediese geskiedenis vra en waar nodig 'n risiko-assessering deur die behandelende dokter vra. Ons sal ook sekere basiese mediese aanwysers soos bloeddruk, bloedsuiker, gewig en lengte versamel.

Sodra hierdie stap afgehandel is, sal 'n afspraak met 'n relevante verskaffer gereël word om 'n volledige assessering te doen en 'n behandelingsplan op te stel. Wanneer ons hierdie assessering ontvang, sal 'n volledige bestuursplan met die Skema ooreengekom word en gedek word as deel van die lid se bestuurde sorg-program of as 'n alternatief vir hospitalisasie.

Die lid sal ingelig word oor die voordele wat deur die Skema gedek word en gevra word om 'n gereelde opvolgprogram te volg, met die hulp van 'n toegewyde professionele verpleegster wat uitslae van toetse en vorderingsverslae sal versamel om te evalueer of die lid by die program baat vind. Hierdie programme loop gewoonlik oor 'n tydperk van 6 maande en kan tot 'n jaar verleng word, indien dit met die dokter en verskaffers uitgeklaar word dat die lid steeds daarby baat sal vind.

Siektebestuur

Siektebestuur is 'n holistiese benadering wat op die pasiënt se siekte of toestand fokus, met gebruikmaking van al die betrokke koste-elemente. Die intervensie vind plaas deur middel van pasiëntberading en voorligting, gedragsverandering, terapeutiese riglyne, aansporings en gevallebestuur. Indien 'n begunstigde egter nie met die program saamwerk nie, kan TopMed weier om verdere voordele met betrekking tot die spesifieke siekte/toestand toe te laat. Of so nie, kan TopMed besluit om net voordele vir 'n laer vlak van diens toe te laat. Vir meer inligting, kontak TopMed se Siektebestuursafdeling by **0860 00 21 58**.

Onkologie (Kankerbestuur)

Dit is belangrik dat u vir die Onkologie-siektebestuursprogram registreer voordat daar met aktiewe behandeling vir kanker begin word. (Sien Voordeelopsomming vir die voordele en limiete wat volgens u gekose opsie van toepassing is.)

Wie moet registreer?

Begunstigdes by wie positiewe kwaadaardige histologie gediagnoseer is wat 'n vorm van chemoterapie, radioterapie, hormoonterapie en/of ondersteunende terapie verg.

Hoe om te registreer

1. Nadat kanker by u gediagnoseer is, moet u onkoloog 'n behandelingsplan en die histologie-uitslae na die Skema se Onkologie-afdeling faks by **086 762 4050**.
2. Wanneer TopMed dit ontvang het, sal die onkologie-siektebestuurder die versoek nagaan met inagneming van behandelingsprotokolle en riglyne vir onkologiebehandeling op grond van kliniese gepastheid, bewys-gebaseerde medisyne en die gekose voordeelopsie. Indien gepas, word magtiging geskep en 'n antwoord word aan die behandelende onkoloog verskaf, wat dan die lid in kennis sal stel.
3. Addisionele inligting, soos toetsuitslae, kan van die onkoloog aangevra word om die registrasieproses te kan afhandel.

In die geval van veranderings, hernuwings en wysigings van u behandelingsplan, maak asseblief seker dat u of u behandelende dokter die gevallebestuurder in kennis stel sodat u magtiging dienoreenkomstig bygewerk kan word, onderhewig aan goedkeuring en beskikbare limiete.

Oorsig van TopMed se Onkologievoordele

Na gelang van u behandelingsplan kan die volgende voordele ingesluit wees: Chemoterapie, radioterapie en ondersteunende behandeling. Dit word 'n Aktiewe Behandelingsplan genoem.

- Materiaal wat gebruik word om vir u aktiewe behandeling te gee, soos druppelaars en naalde, word deur Aktiewe behandeling gedek.
- Tegniese beplanningskanderings.
- Hormoonbehandeling met betrekking tot u kanker, ongeag die roete, word teen 100% van die TopMed-tarief betaal.
- Afsprake met u onkoloog.
- Fooie wat deur geakkrediteerde fasiliteite gevra word.
- Pathologietoetse met betrekking tot u toestand tydens aktiewe behandeling en na behandeling vir opvolg, soos nodig.

- Ondersteunende medikasie, medikasie vir naardeid en ook ander medikasie om die nuwe-effekte van die siekte te behandel, sal gedek word.
Let wel: Medikasie om die nuwe-effekte van chemoterapie en radioterapie teen te werk, sal volgens die riglyne van TopMed se Onkologie-siektebestuursprogram betaal word.
- Kankermedisyne by ontslag uit die hospitaal sal beperk word tot voorraad vir sewe dae, en word uit die risikogedeelte betaal.
- Eksterne borsprosteses, spesiale bra's, stomaprodukte en suurstof word uit u limiet vir toestelle betaal.
- Die gelde wat deur u dokter gevra word vir die toediening van medikasie, ongeag of dit intramuskulêr, onderhuids of binnears gedoen word, word teen 100% van die TopMed-tarief betaal, ongeag of die behandeling deel van hospitalisasie uitmaak of nie.
Let wel: Medisyne om die nuwe-effekte van chemoterapie en radioterapie teen te werk, sal ooreenkomstig die riglyne van TopMed se Onkologie-siektebestuursprogram betaal word.
- Kankermedisyne, chemoterapie en radioterapie is onderworpe aan Siektebestuur, onder die sorg van 'n mediese adviseer. Let asseblief daarop dat voordele verbeur kan word indien lede nie die behandelingsplan nakom nie.
- Patologie, X-strale, doktersbesoeke tydens aktiewe behandeling, materiaal en items as materiaal geëis, sal ook uit die risikogedeelte betaal word.
- Konsultasies, patologie en radiologie wat met kanker verband hou, sal nog een jaar nadat aktiewe behandeling voltooi is, betaal word.
- Langtermyn chroniese toestande wat as gevolg van chemoterapie en radioterapie ontwikkel, word nie kragtens hierdie voordeel gedek nie.

Borsrekonstruksie

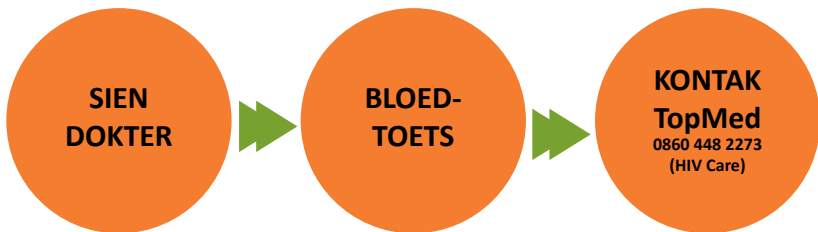
Voordele word toegelaat ten opsigte van rekonstruktiewe chirurgie na 'n mastektomie weens bewese borskanker. Voordele sal slegs een maal betaal word vir volle rekonstruksie deur watter metode ook al, asook vir reduksie-chirurgie aan die ongeaffekteerde kant vir simmetrie, waar volgens motivering aangedui. Slegs komplikasies van 'n ware mediese aard sal vir voordele oorweeg word, en nie gefaalde kosmetiese chirurgie nie.

MIV/Vigs-bestuursprogram

TopMed se MIV/VIGS-program sluit meer in as om bloot 'n toestand te registreer en voordele toe te ken, en is daarop gemik om na die behoeftes van pasiënte en gesinne wat deur MIV en VIGS geraak word, om te sien.

Die TopMed-program word deur ons toegewyde professionele verpleegsters in samewerking met 'n toegewyde MIV/VIGS-programkoördineerder bestuur, en is heeltemal vertroulik. Die program dek kwessies soos:

- Berading en beplanning voor toetsing en behandeling
- Hulp met die keuse van behandeling wat vir u behoeftes geskik is
- Voorligting oor die voorkoming van oordrag asook leiding oor gesondheidsorg en voeding
- Monitering van nuwe-effekte en reaksies op behandeling, om seker te maak u medikasie werk vir u
- Aanmoediging om by die program en medikasie te hou
- Skakeling met u mediese verskaffer wanneer nodig en op u versoek
- Medikasievoordele insluitend antiretrovirale medikasie
- Konsultasie en diagnostiese voordele
- Voorkoming van oordrag van moeder na kind
- Beroepsbeserings en blootstelling aan MIV-positiewe bloed – bv. seksuele aanranding
- Bestuur van opportunistiese infeksies



Indien u of u begunstigdes deur MIV / VIGS geaffekteer word, kontak asseblief die MIV-programkoördineerder, wat die beste toegerus is om u met die registrasieproses en deurlopende bestuur te help.

0860 448 2273 (0860 HIV CARE).

Dit is 'n heeltemal vertroulike lyn.

Let wel: Antiretrovirale medikasie kan eers verkry word nadat registrasie plaasgevind het en kan nie via die chroniese medikasieproses gemagtig word nie. MIV/VIGS-voordele word slegs deur die TopMed MIV/VIGS-program gemagtig.



Siektebestuursprogramme

Siektebestuursprogramme bestuur spesifieke chroniese siektes soos diabetes (suikersiekte) en kardiiovaskulêre siektes. Hierdie programme verbeter beheer oor die toestande, voorkom dat die pasiënt se toestand verswak en verbeter sy of haar gesondheid.

Diabetesbestuur

Alhoewel diabetes nie genees kan word nie, kan dit wel bestuur word. Behoorlike bestuur lei tot 'n dramatiese verbetering in gesondheid. By TopMed is ons omvattende diabetes- en gevallebestuursprogram ontwerp om die behandeling en nakoming van ons lede met diabetes merkbaar te verbeter.

Ons program:

- Identifiseer pasiënte met diabetes en hulle verwante morbiditeite.
- Skryf pasiënte vir die program vir primêre en sekondêre voorkoming in.
- Risiko-indeling: Plaas lede in lae, matige en hoë risikogroepe vir teiken-intervensie.
- Bied deurlopende moniterende evaluerings en outomatiese aanmanings.
- Doen omvattend verslag met betrekking tot kwaliteitverbeterings, met positiewe gesondheids- en finansiële resultate op 'n deurlopende grondslag. Bied deurlopende moniterende evaluerings en outomatiese aanmanings.

Voordele van die program:

- By wyse van ons deurlopende evaluering en die inwin van tersaaklike inligting is ons daartoe in staat om ernstige toestande en ander verwante morbiditeite te bepaal.
- Ons is in staat om tendense in 'n pasiënt se gesondheidsprofiel waar te neem en om duur hospitaalsorg deur tydigde interventie te voorkom.
- Diskrete sorgpakkette word toegewys waar klinies toepaslik.
- Moedig 'n gesonde lewenswyse by wyse van ons intervensies aan.

Orgaanoorplantings en dialise

Voordele ten opsigte van orgaanoorplantings en dialise is onderworpe aan behandeling wat deel van 'n Gevallebestuursprogram uitmaak. Voordele word toegelaat ten opsigte van nierdialise en die volgende orgaanoorplantings: hart-, long-, hart-en-long, beenmurg- en nieroorplantings.

Raadpleeg die Voordeeloposomming vir meer inligting oor die voordele wat u opsie bied. Om magtiging vir hierdie voordeel te verkry, skakel

0860 00 21 58.

Geesteswelstand

Ervaar u daaglik somige of al hierdie simptome?

- 'n Gevoel van hulpeloosheid en hopeloosheid.
- 'n Treurige vooruitsig – niks sal ooit beter raak nie en daar is niks wat u kan doen om u situasie te verbeter nie.
- Gebrek aan belangstelling in daaglikse aktiwiteite. Geen belangstelling in vorige stokperdjies, tydverdrywe, sosiale bedrywighede of seks nie. Verlies van die vermoë om genot en vreugde te ervaar.
- Verandering in apyt of gewig. Beduidende gewigsverlies of -vermeerdering, met 'n verandering van meer as 5% in liggaamsgewig binne 'n maand.
- Verandering in slaappatrone. Hetsy slapeloosheid, veral wakker in die vroeë oggendure, of te veel slaap (ook bekend as hipersomnie).
- Woede of prikkelbaarheid. Ontsteldheid, rusteloosheid of selfs gewelddadigheid. Min verdraagsaamheid, kort humeur, en alles en almal werk op u senuwees.
- Verlies van energie. Voel moeg, traag en liggaamlik uitgeput. Hele liggaam kan swaar voel, en selfs klein takies is uitputtend of neem langer om af te handel.
- Selfveragting. Sterk skuldgevoel of gevoel van waardeloosheid. Sterk selfkritiek ten opsigte van waargenome foute.
- Roekelose gedrag. U soek ontvlugting in byvoorbeeld middelmisbruik, kompulsiewe dobbel, roekelose bestuur, of gevaarlike sportsoorte.
- Probleme om te konsentreer. Moeilik om te fokus, besluite te neem of dinge te onthou.
- Onverklaarbare skete en pyne. Al hoe meer fisieke klagtes soos hoofpyn, rugpyn, seer spiere en maagpyn.

Dit kan tekens wees dat u aan depressie ly. As dit behoorlik bestuur word, kan u gesondheid dramaties verbeter. By TopMed word ons omvattende Geesteswelstandprogram deur gekwalifiseerde psigiatriese verpleegsusters bestuur, en dit is daarop gemik om die behandeling en voldoening van ons lede aansienlik te verbeter.

Voordele van die program:

- Vertroulike telefoniese ondersteuning deur opgeleide verpleegsters
- Volledige assessering van u persoonlike risikofaktore en bystand met registrasie vir voordele om u te help om u simptome te bestuur
- Verwysing na spesialiste indien nodig
- Minder hospitalisasie en beter behandeling buite die hospitaal

Hoe registreer u?

- Skakel ons by 0860 00 21 58
- Vra u dokter om ons te skakel

As u in die hospitaal opgeneem is of medikasie vir depressie gebruik, kan een van ons verpleegsters u ook kontak om u te nooi om aan te sluit. U sal u dokter toestemming moet gee om inligting met ons te deel, omdat die voordele aan spesifieke kliniese kriteria onderhewig is. Dit is om seker te maak ons help lede wat dit die meeste nodig het.



Ambulansdienste ER24

ER24 lewer regoor Suid-Afrika asook in Lesotho en Swaziland nood mediese dienste aan lede van die TopMed Mediese Skema. ER24 het ongeveer 250 blitsreaksievoertuie en ambulanse wat regoor die land gestasioneer is en hierdie nasionale netwerk sluit basiese, intermediêre en gevorderde lewensondersteunende nooddienste in. Saam met die addisionele gehaltebeheerde gekontrakteerde diensverskaffers, verseker ER24 se nasionale teenwoordigheid te alle tye dat die mees geskikte span paramedici vinnig reageer.

Vir die doeltreffende en doelmatige ontvangs en hantering van oproepe gebruik ER24 een nasionale nommer **084 124** wat 24 uur per dag deur 'n hoëvlaktegnologie-noodkontaksentrum beman word. ER24 se kliniese personeel is almal hoogs gespesialiseerd in nood sorg en sluit vriendelike en behulp same verpleegkundiges en paramedici in wat deur ER24 se Hoof Mediese Beampte ondersteun word. Daaglikse oordrag van skemadata stel verskaffers in staat om lidstatus na ure te bevestig.

Hoekom moet ek ER24 kontak?

ER24 is TopMed se voorkeurverskaffer vir enige ambulansdienste. Indien dienste nie deur (of deur die ingryping van) ER24 gelewer word nie, sal voordele beperk word tot 'n gespesifiseerde maksimum (sien die Voordeelopsomming vir besonderhede).

Wat om te doen in 'n mediese noodgeval:

- Skakel altyd 084 124
- Indien iemand anders namens u skakel, vra hulle om **084 124** te skakel

Blitslyn vir mediese inligting en bystand

ER24 mediese personeel – paramediese personeel, verpleegsters en dokters ingesluit – sal 24 uur per dag beskikbaar wees om algemene mediese inligting en advies te gee. Dit is 'n advies- en inligtingsdiens, aangesien dit nie moontlik is om oor die telefoon nie 'n akkurate diagnose te maak nie:

- Lede word aangemoedig om hierdie 24-uur kostebesparende diens te benut.
- Ons dokters en verpleegsters gebruik mediese databasis-algoritmes en riglyne om lede oor gesondheidsorg-oplossings advies te gee.
- Lede kan eers advies kry oor:
 - Hoe dringend aandag nodig is – stuur van ambulans, om hospitaal of dokter toe te gaan, of apteek toe vir toonbankmedisyne, selfmedikasie tuis.
 - Dokter- en fasiliteitverwysing vir skemavoordeel-DSP's – bv. netwerke, algemene praktisyns, hospitale en apteke.
 - Advies oor generiese medisyne.

Blitslyn vir krisisberading en verwysings

Afgesien van ons blitslyn vir mediese inligting en bystand, het alle lede van die TopMed Mediese Skema ook toegang tot telefoniese traumaberading, waar opgeleide beraders bystand sal verleen met onder meer die volgende:

- Gifadvies
- Selfmoordhulplyn
- Middelmisbruik
- Huishoudelike en kindermishandeling
- Berading na verkragting en verwysing na sentrums
- Berading met die afsterwe van 'n geliefde
- Kaping
- MIV/Vigs-inligting en berading

Eisnavrae

Vir enige eisnavrae kan u **0861 084 124** skakel of e-pos stuur na **claims@er24.co.za**



Optiese voordele

TopMed het 'n vennootskap met Preferred Provider Negotiators (PPN) aangegaan vir die administrasie van die optiese voordele ten opsigte van die volgende opsies:

TopMed Comprehensive
TopMed Executive
TopMed Family

PPN sal die volgende dienste aan lede van bogenoemde opsies lewer:

- Bevestigings van voordele
- Ontvangs en verwerking van eise
- Eisbetalings aan lede en verskaffers

PPN het 20 jaar ervaring in die bestuur van optiese voordele en het meer as 2 500 gekontrakteerde verskaffers (90% van alle geregistreerde oogkundiges) wat aan TopMed die beste pryse vir ongetinte brillense sal gee. Lede kan tot 70% op ongetinte lense spaar as hulle 'n PPN-verskaffer gebruik.

Om seker te maak dat u verskaffer lid is van die PPN-netwerk, gaan kyk by PPN se webwerf www.ppn.co.za of skakel PPN se oproepsentrum by **0860 103 529**.

LET WEL:

Vir TopMed Comprehensive, Topmed Executive en TopMed Family MOET u eise vir optiese voordele na PPN gestuur word.

Eise kan hetsy per e-pos gestuur word na claims@ppn.co.za of gefaks word na 041 506 5750.



Swangerskaps Program

TopMed bied 'n Swangerskaps Program op alle opsies (**behalwe TopMed Network en TopMed Limited**). Om toegang tot hierdie voordeel te kry, moet u tussen 12 en 20 weke in u swangerskap registreer.

Hoe om te registreer

Lede moet die TopMed Mediese Skema se oproepsentrum skakel by **0860 00 21 58**.

- 'n kontak- of e-posadres
- u huisdokter, ginekoloog of geregistreerde kraamverpleegster se naam en van
- u huisdokter, ginekoloog of geregistreerde kraamverpleegster se praktyknommer
- u verwagte kraamdatum
- of u al voorheen 'n miskraam gehad het; en
- of dit u eerste kind is

As deel van die program sal een van TopMed se interne kraamverpleegsters u gereeld kontak om advies, ondersteuning en bemoediging te gee, en u sal gedurende u hele swangerskap gemonitor word.

KRAAMVOORDELE VIR TOPMED	REGISTREER OP TUSSEN 12 EN 20 WEKE
Voorgeboorte-konsultasies – Tariefkodes: 0190-0192	Raadpleeg die Voordeeloopsomming vir elke opsie vir nader besonderhede.
Voorgeboorte-skanderings – Tariefkodes: 3615/3617/5107	
Voorgeboorteklasse – Tariefkode 88407	
Vitamiene en ysteraanvullings voor geboorte	
Besoek aan pediater	

9. BETALING VAN EISE

Watter inligting moet in 'n eis vervat word sodat dit verwerk kan word?

- Van en voorletters van die lid, lidmaatskapnommer, naam en geboortedatum van die pasiënt, asook die dokter se praktyknommer en die aard, toepaslike ICD-10-kode, diensdatum en koste van elke diens gelewer of item verskaf.
- Medisyne-eise: die naam, hoeveelheid, dosis, die bruto bedrag van die eis, die toepaslike korting wat deur die lid ontvang is en 'n kwitansie wat die netto bedrag bevestig wat deur die lid betaalbaar is ten opsigte van die medisyne wat geresepteer is, die toepaslike nasionale farmaseutiese produkkoppelvlak-kode (NAPPI-kode), en die toepaslike ICD-10-kode.
Nie-elektroniese rekenings wat deur die lid betaalbaar is, moet ook vergesel word van 'n afskrif van die oorspronklike voorskrif uitgemaak deur 'n persoon wat regtens gemagtig is om die medisyne voor te skryf (indien van toepassing), en bewys van betaling moet aangeheg word.
- Medisynevoorskrifte wat herhaal word: benewens bostaande 'n aantekening van die mediese praktisyn wat die medisyne voorskryf, waarin die aantal herhalings gespesifiseer word.
- Tandheekkundige eise: die nommer van elke tand wat behandel is. Sluit asseblief die laboratoriumstrokie in wanneer u eise by TopMed indien.
- Chirurgiese eise: die naam, praktykkodenommer en registrasienommer wat uitgereik is deur die betrokke registrasie-owerheid van elke mediese praktisyn of tandarts wat met die uitvoer van die betrokke operasie bygestaan het.

*** Let wel: Versuim deur u Diensverskaffer om die verpligte ICD-10-kode by 'n eis in te sluit, sal tot die afwysing van daardie eis en nie-betaling deur TopMed lei.**

Wat is die sperdatum vir die indiening en betaling van 'n eis?

'n Eis moet binne vier maande na die einde van die maand waarin die diens verskaf is, of binne vier maande na die einde van die maand waarin dit deur TopMed vir enige regstellings teruggestuur is, ingedien word. Indien dit nie binne hierdie tydperk ingedien word nie, sal die rekening NIE betaal word nie. Hierdie sperdatum geld ook vir eise wat uit u Mediese Spaarrekening betaal word.

Hoe sal ek weet wanneer my eis betaal is?

'n Eiskennisgewing sal aan die einde van elke maand aan u gestuur word. Dit sal 'n lys bevat van alle eise wat gedurende die maand verwerk is. Indien u enige navrae het oor hoe om hierdie dokument te interpreteer, kontak gerus Kliëntediens by 0860 00 21 58. U kan ook u eise op TopMed se webwerf www.topmed.co.za nagaan. Om sekuriteitredes sal u 'n gebruikersnaam en wagwoord moet registreer voordat u kan aanmeld om eise na te gaan. Skakel Kliëntediens soos hierbo vir hulp om aan te meld.

Eisestaat bevat die volgende inligting:

- Die voordeelbedrag wat deur TopMed betaal is en die persoon/diensverskaffer aan wie dit betaal is
- Die bedrag wat deur TopMed aan u verskuldig is (indien enige)
- Die bedrag wat deur u aan TopMed of enige verskaffer (dokter, hospitaal, ens.) verskuldig is (indien enige)

Indien TopMed 'n geldige e-posadres vir u het, sal u benewens u maandelikse eisestaat ook 'n e-poskennisgewing ontvang na elke eisbetalingslopie waarin ons eise betaal het wat deur u of u diensverskaffer ingedien is.

Verskaffers verskil ten opsigte van die wyse waarop hulle dienste faktureer. Sommige verskaffers sal rekenings direk aan die Skema stuur, terwyl ander kontantpraktyke het en nie met die Skema skakel nie.

Apteke en hospitale sal byvoorbeeld eise elektronies stuur. Algemene praktisyne dien gewoonlik eise direk in, maar dis die beste om dit met u dokter uit te klaar.

Sommige spesialiste het kontantpraktyke vir konsultasies by hul spreekkamer, maar sal direkte fakture vir hospitaalprosedures indien. Dit verskil van verskaffer tot verskaffer en word nie deur die Skema beheer nie. Ons wil dus aanbeveel dat u die wyse van fakturering met u dokter of die ontvangsdame by die dokter se spreekkamer bespreek om seker te maak dat u weet of u 'n eis self moet indien of nie.

TopMed Limited: Behalwe die hospitaal rekening, moet lede eerstens betaal en dan 'n eis indien op 'n eisvorm.

Let wel: Indien u 'n korting op 'n rekening ontvang het, sal u slegs geregtig wees op die laer voordeelbedrag na inagneming van die korting.

Tariewe betaalbaar

Neem asseblief kennis dat die betaling van eise onderhewig is aan die riglyne van die "National Health Reference Price List" (NHRPL), wat onderhewig is aan spesifieke reëls soos uiteengesit in die tariewegids. Wanneer meervoudige prosedures ondergaan word, word daar byvoorbeeld van wysigingskodes gebruik gemaak, naamlik:

- Hoofprosedure – 100% van TT is betaalbaar
- Tweede prosedure – 75% van TT is betaalbaar
- Derde prosedure – 50% van TT is betaalbaar, ens.

Hierdie reëls is volgens die bedryfstandaard en word daarvolgens toegepas.

10. OPLOSSING VAN PROBLEME EN NAVRAE



Die volgende tabel illustreer hoe om 'n navraag, probleem of klagte op die doeltreffendste wyse telefonies of per e-pos aan te meld.

Skakel Kliëntediens 0860 00 21 58 vir:

- Eisbetalings en rekenings
- Voordele
- Bydraes
- Nuwe kaarte
- Onderskrywing
- Kontakbesonderhede
- Aangewese Diensverskaffers
- Formulelyste

Skakel 'n toegewyde professionele verpleegster 0860 00 21 58 vir:

- Gesondheidsadvies
- MIV
- Swangerskaps Program
- Ex gratia
- Mediese navrae
- Riglyn vir PMB, chroniese voordele, ondersoeke en prosedures

Vir verwysde navrae

Bedryfsbestuurder:
0860 00 21 58

OF
Administrateur se
Hoofbedryfsbeampte: 0860 00
21 58

Dispute en klagtes kan ook gerig word aan Navrae / Klagtes by TopMed, Posbus 1462, Durban, 4000 of per e-pos aan info@topmedms.co.za. Dit is belangrik om die proses hierbo te volg, omdat u dan die vinnigste reaksie sal kry.

As u voel dat u sake nie aandag kry nie, kan u ook met die Hoofbeampte in verbinding tree by principalofficer@topmed.co.za

Lede wie se sake nie deur die proses hierbo opgelos word nie, kan ook via die Raad vir Mediese Skemas besware opper by complaints@medicalschemes.com

11. BYBETALINGS EN AFTREKKINGS

'n **BYBETALING** is 'n spesifieke persentasie, randbedrag of die verskil wat u uit u eie sak moet betaal indien u verskaffer meer as die TopMed-tarief ten opsigte van u opsie vra, of indien die voordeel 'n bybetaling spesifiseer – bv. vir MRI- en CT-skanderings, Uitgebreide Dekking en sekere medisyne.

'n Bybetaling kan nie uit u Jaarlikse Limiet of opgehoopte fondse betaal word indien u 'n lid van die TopMed Comprehensive Opsie is nie. U moet hierdie bedrag direk aan u verskaffer betaal. As u 'n lid is van 'n opsie wat 'n Mediese Spaarrekening (MSR) het, kan u versoek dat u bybetalings uit u MSR aan u terugbetaal word, mits u rekening 'n positiewe saldo het.

'n **AFTREKKING** is 'n spesifieke bedrag wat ooreenkomstig die Skemareëls vir 'n spesifieke prosedure betaalbaar is. Die aftrekking is van toepassing op die hospitaalrekening en moet deur die lid aan die hospitaal betaal word. Indien die hospitaal die Skema vir die volle bedrag faktureer, betaal die Skema die eis minus die Aftrekking wat deur die hospitaal van die lid verhaal sal word. Indien die hospitaal die Skema vir die volle bedrag faktureer, betaal die Skema die eis minus die Aftrekking wat deur die hospitaal van die lid verhaal sal word.

Met TopMed Executive, TopMed Family, TopMed Active Saver en TopMed Network is 'n aftrekking op sekere prosedures van toepassing. Raadpleeg die Voordeelbylaes vir meer besonderhede.

Bybetalings en aftrekkings geld nie vir bevestigde voorgeskrewe minimum voordele (PMB's) wat by 'n Aangewese Diensverskaffer en volgens die Skemarijlyne behandel word nie. Mediese verslae kan nodig wees om te bevestig dat die diagnose en riglyn of protokol met die PMB-kwalifisering strook.

Hoe om 'n tariefbybetaling op u hospitaalrekening te vermy

Hospitaalvoordele en sekere gespesifiseerde prosedures wat in die hospitaal uitgevoer word, word beperk tot 100% - 300% van die TopMed-tarief, na gelang van u opsie. TopMed het met sekere hospitaalgroepe onderhandel om teen die onderhandelde TopMed-tarief dienste aan lede te lewer. Hierdie verskaffers word voorkeurverskaffers genoem.

LW: 'n Voorkeurverskaffer verskil van 'n Aangewese Diensverskaffer (DSP) in dié opsig dat TopMed 'n tarief vir alle dienste by 'n voorkeurverskaffer beding, terwyl 'n DSP spesifiek vir PMB-dienste bedoel is. Dienste wat deur 'n voorkeurverskaffer gelewer word, kan beperk word indien hulle sublimiete oorskry, terwyl dienste by 'n DSP onbeperk is vir PMB-toestande.

U kan enigeen van die hospitaalgroepe kies, na gelang van u opsie, maar u sal vir 'n bybetaling aanspreeklik wees indien u toegelaat word in 'n hospitaal wat NIE een van die voorkeurverskaffers is nie. U word aangeraai om dit vooraf met ons Kliëntediens uit te klaar om vas te stel of die hospitaal wat u gaan gebruik 'n voorkeurverskaffer is.

TopMed Limited is 'n tradisioneel ontwerpte opsie met spesifieke voordeel perke wat op 'n 80% basis betaal vir dokters en mediese sorg verskaffers en wat 'n bybetalings glyskaal het vir hospital rekeninge.

By-betalings van toepassing tot TopMed Limited

Lede van die Limited opsie het bybetalings vir alle eise. Buite-patient eise het 'n bybetaling van 20% per eise. Privaat hospitaal eise het 'n bybetaling van 50% vir die eerste R4 950 per voorval, daarna 10% vir die balans, tot 'n maksimum van R10 650.

12. OMSKRYWINGS

Aangewese Diensverskaffer (DSP)

TopMed se gekose diensverskaffer wat gebruik word om voordele ten opsigte van die Voorgeskrewe Minimum Voordeel-toestande aan te bied.

Aansoekdatum

Die datum waarop die aansoek om lidmaatskap van TopMed, of registrasie van 'n afhanklike, werklik deur TopMed ontvang word.

Afhanklike

Die volgende persone vir wie die lid aanspreeklik is vir gesinsorg en onderhoud, en wat nie lede of afhanklikes van lede van enige ander mediese skema is nie, en, indien van toepassing, behoorlik deur TopMed as afhanklikes geregistreer is:

- 'n gade/leuensmaat; en/of
- 'n kind – insluitend 'n aangenome kind, stiefkind of pleegkind; en/of
- die hooflid se ouers, susters en broers; en/of
- enige ander persoon wat deur TopMed goedgekeur is.

Akute medisyne

Medisyne wat gebruik word vir siektes of toestande wat 'n vinnige aanloop en erge simptome het en 'n kort kursus van medisynebehandeling verg, asook medisyne wat vir voordele kwalifiseer maar nie deur TopMed as chroniese medisyne geklassifiseer is nie.

Begunstigde

Elke individuele lid en afhanklike.

Chemoterapie

Medikasie wat gebruik word by die genesing en stuiting van kanker. Dit sluit sitostatiese en hormooninhibeerders in en sluit medikasie vir die nuwe-effekte van chemoterapie uit.

Chroniese medisyne

Medisyne wat aan al die volgende vereistes voldoen:

- voorgeskryf deur 'n mediese praktisyn vir 'n ononderbroke tydperk van minstens drie maande; en
- vir 'n toestand op TopMed se lys van goedgekeurde chroniese toestande, soos van tyd tot tyd gewysig; en
- waarvoor daar op die wyse en volgens die frekwensie wat van tyd tot tyd deur TopMed voorgeskryf word, aansoek gedoen is, welke aansoek deur TopMed aanvaar is.

Diensdatum

In die geval van:

- hospitalisasie – die datum van elke ontslag uit 'n hospitaal, of beëindiging van lidmaatskap, wat ook al eerste plaasvind
- enige ander dienste of voorrade – die datum waarop die diens gelewer is of die voorrade verkry is, hetsy vir dieselfde siekte of nie.

Diensverskaffer

’n Mediese praktisyn, tandarts, apteker, verpleegkundige, mediese hulpwerker of hospitaal wat behoorlik as sodanig deur ’n statutêre raad of toepaslike staatsdepartement geregistreer of gelisensieer is – of, indien so ’n verskaffer in ’n gebied buite Suid-Afrika praktiseer, as sodanig by ’n soortgelyke liggaam in daardie gebied geregistreer of gelisensieer is.

Drempel

’n Gespesifiseerde bedrag, bereken volgens gesinsgrootte, waartoe alle dag-tot-dag-eise ophoop wanneer dit uit die lid se Mediese Spaarrekening of uit die lid se eie sak betaal word. Sodra die drempelbedrag bereik word, sal TopMed weer begin om verdere dag-tot-dag-eise te betaal.

Effektiewe datum

Die datum waarop ’n begunstigde op voordele geregtig word.

Formulelys

’n Omskrewe lys medisyne wat in die behandeling van verskillende siektes gebruik word.

Gesin

’n Lid en sy/haar afhanklikes.

Gevallebestuursprogram

’n Proses waarvolgens klinies aangeduide, gepaste en kostedoeltreffende gesondheidsorg as ’n alternatief vir hospitalisasie, of andersins, aan begunstigdes met spesifieke gesondheidsorgbehoefte aangebied word – hetsy TopMed dit voorskryf of so ’n aansoek deur die begunstigde goedkeur.

Hospitaal

Sluit ’n inrigting vir geestesiektes, geregistreerde onverbonde teater en dagkliniek in, maar sluit ’n instelling vir die rehabilitasie van middelmisbruik uit.

Jaar

’n Tydperk van 12 maande, beginnende op 1 Januarie en eindigende op 31 Desember.

Jaarlikse Drempel

’n Drempel is ’n vasgestelde waarde wat bereik moet word voordat eise vir dag-tot-dag mediese uitgawes betaal word. Alle dag-tot-dag-eise wat uit die lid se Jaarlikse Limiet of deur die lid self betaal word, loop op totdat hierdie drempel bereik word. Sodra hierdie drempelvlak bereik word, sal verdere dag-tot-dag-eise deur TopMed betaal word teen 80% van TT onderhewig aan voordeellimiete soos in die voordeelopsomming hieronder uiteengesit word.

Jaarlikse limiet

Lede word ’n jaarlikse limiet toegeken vir dag-tot-dag-eise. Wanneer die jaarlikse limiet uitgeput is en die jaarlikse drempelwaarde bereik is, sal die lede toegang tot die uitgebreide dekking hê, onderhewig aan skema goedkeuring.

Kliniese prosedure

’n Prosedure wat as sodanig deur die BHF (Board of Healthcare Funders) gekategoriseer is.

Laat aansluiter

’n Aansoeker of die afhanklike van ’n aansoeker wat, op die aansoekdatum, 35 jaar oud of ouer is en vir ’n tydperk van twee jaar voor die aansoek om lidmaatskap of die registrasie van ’n afhanklike, nie ’n lid of ’n afhanklike van ’n lid van ’n mediese skema was nie.

Lid

’n Persoon wat deur TopMed as ’n lid geregistreer is.

Uitgebreide dekking

Dekking wat deur die Skema verskaf word vir dag-tot-dag-eise nadat die Jaarlikse Limiet/MSA uitgeput is, en 'n vasgestelde Drempelwaarde bereik is. Nadat hierdie drempellimiet bereik is, sal verdere dag-tot-dag-eise deur TopMed betaal word onderhewig aan die voordeellimiete soos in die Reëls bepaal word.

Maksillo-fasiale chirurgie (kaak-, gesig- en mond-chirurgie)

Die behandeling van siste en gewasse van die kaak, asook toestande van die speekselkliere; die behandeling van absesse van die kaak, uitgesonderd periodontale terapie; en/of die behandeling van alle traumas aan die been en sagte weefsel van die gesig; of die chirurgiese verwydering van tande.

Mediese Spaarrekening

'n Spaarrekeningfasiliteit waartoe lede maandeliks bydra. 'n Krediet gelyk aan 12 x die maandelikse spaarbydrae is vooraf beskikbaar om ten opsigte van feitlik enige mediese dienste of voorrade gebruik te word – selfs sommige van dié wat andersins van voordele uitgesluit is.

Medisyne

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

TopMed-verwysingsprys (TRP)

Die maksimum prys wat TopMed bereid is om te betaal vir medisyne met generiese alternatiewe. TRP stel 'n verwysingsprys vas vir 'n lys van generies soortgelyke produkte, welke prys die Skema ten opsigte van hierdie produkte sal betaal.

Minderjarige

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

Noodgeval

'n Toestand wat manifesteer met akute simptome wat so ernstig is (insluitend erge pyn) dat daar redelikerwys verwag kan word dat die afwesigheid van onmiddellike sorg tot die volgende kan lei:

- dat die gesondheid van 'n begunstigde of ongebore kind ernstig in gevaar gestel word
- ernstige inkorting van liggaamsfunksies
- ernstige disfunksie van 'n orgaan, ledemaat of stelsel van die liggaam.

NHRPL-lys (Nasionale Gesondheid-verwysingspryslys)

Die tarief en toepaslike reëls vir spesifieke dienste of voorrade wat gelewer word, gebaseer op die 2006 NHRP-lys wat deur die Raad vir Mediese Skemas gepubliseer is, met jaarlikse inflasieverhogings.

Noodsaaklike Mediese Voordele

Versekerde voordele vir dienste soos hospitalisasie en die behandeling/prosedures wat uitgevoer word terwyl 'n voordeeltrekker gehospitaliseer is.

Ooreengekome tarief

Waar ooreenkomste met voorkeurverskaffers aangegaan is, die tarief soos in die ooreenkomste gespesifiseer, soos van tyd tot tyd gewysig, en/of vir medisyne die enkeluitgangsprys plus die onderhandelde resepteringsgeld onderworpe aan MMAP.

Ortodonsie

Klampe en drade en verwyderbare plate wat die tande in lyn met die kakebeen bring.

Periodontale chirurgie

Gevorderde behandeling van tandvleisontsteking, wat diep skoonmaak van wortels met die tandvleis opgeklap en oorplanting van mondweefsel insluit.

Registrateur

Die Registrateur van Mediese Skemas wat ingevolge die Wet op Mediese Skemas aangestel is.

Selfbetalingsgaping

'n Tydperk waarbinne daar van 'n lid vereis sal word om 'n sekere gedeelte van dag-tot-dag-eise uit sy/haar eie sak te finansier nadat die Jaarlikse Limiet/Mediese Spaarrekening uitgeput is.

Siektebestuur

'n Holistiese benadering wat op die pasiënt fokus en al die koste-elemente van die siekte gebruik om die pasiënt te identifiseer as een wat vir 'n siektebestuursprogram in aanmerking kom. Die intervensie vind plaas by wyse van:

- Pasiëntberading en -voorligting
- Gedragsverandering
- Terapeutiese riglyne (toepassing daarvan)
- Aansporings en boetes; en
- Gevallebestuur.

Tandheekundige implantate

Plasing van metaalstawe in die kakebeen in die plek van 'n ontbrekende tand om 'n struktuur te verskaf waarop 'n kroon of gebit geplaas kan word.

TopMed-tarief

Die tarief wat van toepassing is op die betaling van voordele, insluitende die NHRPL-tarief of gewysigde tarief soos van tyd tot tyd deur TopMed of sy agent gepubliseer.

Trauma

'n Akute episode waar 'n noodgeval or trauma plaasgevind het en lewensreddings behandeling voorsien word totdat die pasiënt se kritieke toestand gestabiliseer is. Dit sluit nie medium of lang termyn rehabilitasie, chroniese medikasie en behandeling van gestremdhed in nie, tensy dit deel vorm die Chroniesesiekteslys voorwaardes.

Volwassene

'n Afhanklike wat 21 jaar oud of ouer is.

Voorafmagtigingsverwysingsnommer (PAR)

'n Nommer wat deur TopMed se bestuurde gesondheidsorg-agent toegewys word, wat nodig is voordat sekere dienste vir voordele kwalifiseer.

Voorgeskrewe Minimum Voordele (PMB's)

Die minimum voordele wat TopMed verplig is om kragtens die Wet te verskaf.

Voorkeurverskaffer

'n Diensverskaffer met wie voorkeurtariewe deur of namens TopMed beding is, of wat deel is van 'n voorkeurverskaffernetwerk wat vir of namens TopMed gekontrakteer is.

Wet

Die Wet op Mediese Skemas, 1998, soos van tyd tot gewysig of vervang, en die regulasies wat daarkragtens uitgevaardig is.

13. AFKORTINGS

CDL Chroniese Siekte-lys (Chronic Disease List)

MMAP Maksimum Mediese Fondsprys

TRP TopMed verwysingsprys (TopMed Reference Price)

OT Ooreengekome tarief

PAR Voorafmagtigingsverwysingsnommer

PAT Apteker-geadviseerde Terapie

PMB's Voorgeskrewe Minimum Voordele (Prescribed Minimum Benefits)

TT TopMed-tarief

EUP (Enkeluitgangsprys) Die prys wat deur die vervaardiger of invoerder van medisyne of geskeduleerde middel vasgestel is, gekombineer met die logistiekfooi en BTW, soos gereguleer.

DSP Aangestelde Diensverskaffer (Designated Service Provider)

Kontakbesonderhede

Kliëntediens	Tel: 0860 00 21 58 Internasionaal: 087 740 2899 (vir oproepe buite SA) E-pos: info@topmedms.co.za Faks: 086 762 4050
Hospitaalvoorafmagtiging	Tel: 0860 00 21 58
Chroniese medikasie OF Kontak Mediscor direk	Tel: 0860 00 21 58 Faks: 086 762 4050
Gevallebestuursprogram of Siektebestuursprogram	Tel: 0860 00 21 58 Faks: 086 762 4050
MIV/Vigs-bestuursprogram	Tel: 0860 448 22 73 (0860 HIV CARE) Faks: 086 662 0282
ER24 (Noodbystand) As u 'n ambulans of hulplyn nodig het Vir eisenavrae	Tel: 084 124 Tel: 0861 084 124
Preferred Provider Negotiators (PPN) Webwerf	Tel: 0860 10 35 29 www.preferredprovider.co.za
Pos u eise aan	TopMed Mediese Skema Posbus 1462, Durban, 4000 E-pos: claims@topmedms.co.za
Om moontlike bedrog aan te meld	E-pos: fraudtipoff@pha.co.za
Webwerf	www.topmed.co.za
CMS – Council for Medical Schemes (Raad vir Mediese Skemas)	Tel: 012 431 0500 Faks: 012 431 0680 E-pos: support@medicalschemes.com Webwerf: www.medicalschemes.com

LET WEL: Hierdie brosjure gee 'n beknopte oorsig van die Reëls en is slegs ter inligting. Alle voordele is aan die Reëls van die Skema onderhewig. In die geval van 'n konflik, kry die Reëls voorkeur.