



remedi

2025

REMEDI
MEDICAL AID SCHEME
VOORDELE

Hierdie voordeelbrosjure is 'n opsomming van die voordele en kenmerke van Remedi Medical Aid Scheme (Remedi) wat op goedkeuring deur die Raad vir Mediese Skemas (CMS) wag. 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



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 beskikbaar 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 werkgewers in diens is.

Remedi bied sy lede 'n omvattende reeks voordele, terwyl die **Omvattende Opsie** ontwerp is om met 'n Persoonlike Mediese Spaarrekening (PMSR) voordele aan lede te gee wat nie deur hul hospitaalvoordele gedek word nie.

Hierdie voordeelopsie maak voorsiening vir ekstra 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 wat uit 'n buite-netwerk-limiet betaal 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.





INHOUD



KONTAKBESONDERHEDE EN INDIEN VAN EISE

Remedi en diensverskaffers se kontakbesonderhede

AMBULANS- EN ANDER NOODDIENSTE

- Bel ER24 by 084 124

ALGEMENE NAVRAE

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

WANNEER OM

SERVICE@YOURREMEDIC.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 kry.

Jy kan hierdie e-posadres gebruik om vrae aan ons te stuur oor eise wat reeds by die Skema ingedien is en oor voordeelstate. As jy 'n voordeelstaat nodig het 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 eisgeskiedenis te kry.

Hierna 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
- Pos dit na Posbus 652509, Benmore 2010
- **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

Onkologiedienssentrum: 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

Ekstra 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.

Die Remedi-toepassing word aan jou gebied deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas.

LAAT JOU EISE GOUER VERWERK WORD



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

KONTAKBESONDERHEDE
EN INDIEN VAN EISE

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

Die Remedi-toepassing word aan jou gebied deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienuommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas.



KLAGTE- EN GESKILPROSES

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

1. Hoe om ons te kontak

Kontak ons by **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 e-posboodskap 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 stap 1 en 2 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 stap 1 tot 3 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 stap 1 tot 3 te volg nie, gebruik gerus hierdie kontakbesonderhede om die Raad te kontak:

Die Raad vir Mediese Skemas se kontakbesonderhede

- 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



SLEUTELTERME

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

SLEUTELTERME

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' in 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 eise van spesialiste wat aangewese diensverskaffers is teen die Premier-tarief, Klassieke Direkte tarief of 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 (bybetaling) te betaal nie. Jy kan egter moontlik 'n bybetaling hê vir niehospitaalbesoeke 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 13 van hierdie voordeelsbrochure. 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 voordeelsplan. Die bedrag vir chroniese medisyne geld vir chroniese medisyne wat nie op die medisyneplan 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>
Betalingsooreenkoms	<p>Die Skema het betalingsooreenkomste met verskeie gesondheidsorgkundiges en ander verskaffers om te verseker dat jy volle dekking sonder enige bybetalings het.</p>
Bybetaling /bedrag wat jy self moet betaal	<p>'n Bybetaling is 'n bedrag wat jy self vir 'n gesondheidsorgdiens moet betaal wanneer 'n gesondheidsorgdiensverskaffer meer vra as die tarief wat ons dek. Hierdie bedrag kan wissel na gelang van hoeveel die gesondheidsorgdiensverskaffer hef. Indien die bedrag wat gehef word meer is as die bedrag wat die Skema vir die gesondheidsorgdiens betaal, sal jy die verskil moet betaal. Ons noem dit 'n "bybetaling". In hierdie brochure noem ons die bedrag wat jy vooraf aan die hospitaal of dagklyniek vir spesifieke behandelings of prosedures moet betaal 'n "bedrag wat jy self moet betaal". Sien bladsy 46 vir verdere inligting oor bedrae wat jy self moet betaal wanneer jy nie die dienste by 'n dagklyniek kry wat in die netwerk is nie. 'n Bedrag wat jy self moet betaal word vooruit betaal terwyl 'n bybetaling eers betaal word nadat die diens gelewer is.</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>

Bybetaling /bedrag wat jy self moet betaal	<p>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 netwerk tarief 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.</p> <p>Indien ons aanbeveel dat jy dienste in 'n dagklyniek kry en jy kies om die dienste eerder in 'n akute hospitaalomgewing as in 'n fasiliteit in ons dagklynieknetwerk te kry, sal jy R7,000 vooraf by die hospitaal moet betaal wanneer jy opgeneem word. Ons noem dit 'n "bedrag wat jy self moet betaal".</p>
Dag-tot-dag-voordele (ook die Versekerde Buite-hospitaalvoordele genoem)	Jy het dekking vir 'n bepaalde stel dag-tot-dag-voordele. Vanaf bladsy 24 beskryf ons die hoeveelheid dag-tot-dag-voordele waartoe jy toegang het.
Dekking	Dekking verwys na die voordele (soos 'n konsultasie, medisyne en hospitaalopname) waartoe jy toegang het, en hoe ons op jou voordeelopsie vir daardie gesondheidsorgdienste betaal.
Diensverskaffers	'n Mediese praktisyn, tandarts, apteker, 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 binnearse drups, wond Sorg, nageboortesorg en sorg vir gevorderde siektetoestande.
Geskikte gesondheidsdienste	'n Diens soos omskryf in die Wet en volgens jou gekose voordeelopsie.
Gesondheidsorgkundiges met wie ons 'n betalingsooreenkoms het	Remedi het ooreengekome tariewe met sekere algemene praktisyns 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, bygewerkte 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 voordeeligids beskryf word). Voorbeelde van uitgawes wat gedek word, is teater- en saalfoeie, 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 betaling 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.

HealthID, Find a healthcare provider en die Remedi-toepassing word aan u gebring deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas. Discovery Home Care is 'n diensverskaffer met praktyknommer 080 000 8000190. Grove Nursing Services (Pty) Ltd, registrasienommer 2015/191080/0, dryf handel as Discovery Home Care.

Lys van Chroniese Siektes	'n Bepaalde lys chroniese toestande waarvoor ons dekking bied volgens die Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV).
Medisyne	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 ekstra kostes en bybetalings self te betaal.
Dagklinieknetwerk	Volle dekking vir 'n omskrewe lys prosedures wat in die Remedi-dagklinieknetwerk beskikbaar is.
Geestesgesondheidnetwerk	'n Bepaalde lys sielkundiges en maatskaplike werkers wat ons gekontrakteer of benoem het om aan ons lede dienste vir geestesgesondheidtoestande te bied.
Medisyne-netwerke	Gebruik 'n apteek in ons netwerk om volle dekking te geniet en bybetalings te vermy wanneer jy eis vir chroniese medisyne op die voorgeskrewe medisyne.
Apteknetwerke 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 gekontrakteer 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 praktisyne vir hospitaalbehandeling	'n Bepaalde lys algemene praktisyne en spesialiste deur Remedi goedgekeur om tydens hospitaalopnames dienste te verskaf as deel van die Skema se Premier Practice-netwerk, Remedi Standaard-netwerk vir algemene praktisyne en Klassieke betalingsooreenkoms se spesialisnetwerke.

Discovery HealthID, Find a healthcare provider en die Remedi-toepassing word aan u gebring deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas. Discovery Home Care is 'n diensverskaffer met praktyknommer 080 000 8000190. Grove Nursing Services (Pty) Ltd, registrasienommer 2015/191080/0 en, dryf handel as Discovery Home Care.

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 gee, 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 ekstra inligting om die noodgeval te bevestig.</p> <p>Indien jy of die afhanklikes op jou lidmaatskap 'n na-ursee 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 ongevall-eenhede as deel van VMV beskou word nie. As jy vanaf 'n ongevall-eafdeling in die hospitaal opgeneem word, sal ons die koste van jou besoek aan ongevall-e 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 Spaarrekening (PMSR)	<p>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 16 van hierdie voordeelbrojyre. Enige ongebruikte fondse word na die volgende jaar oorgedra. Indien jy die Skema verlaat of na 'n voordeelopsie sonder 'n PMSR skuif en jy het meer geld gebruik as wat jy bygedra het, moet jy die verskil aan ons terugbetaal.</p>
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 gekontrakteerde fooi hef, betaal ons eise teen Remedi se tarief of die gekontrakteerde tarief. Raadpleeg asseblief die tariefkolom in die voordeeltabelle in hierdie voordeelbrojyre om te sien wanneer ons eise teen 100% van Remedi se tarief betaal en wanneer ons teen 80% van Remedi se tarief betaal, in welke geval jy 'n bybetaling sal hê.</p>
Tarief vir medisyne	<p>Dit is die tarief wat ons vir medisyne betaal. Dit is die enkele uitgangsprys van medisyne wat die toepaslike resepteringsfooi insluit.</p>
Uitsluitings	<p>Daar is sekere uitgawes wat Remedi nie dek nie. Dit staan as uitsluitings bekend.</p>
Verwante rekeninge	<p>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 narkotiseur en enige goedgekeurde gesondheidsorguitgawes soos radiologie en patologie.</p>
Verwysingsprys	<p>Dit word ook die terapeutiese verwysingsprys genoem. Die verwysingsprys is 'n vasgestelde bedrag wat ons vir 'n medisynekategorie betaal. Dit geld vir medisyne wat nie in die medisyne lys is nie.</p>
Vind 'n gesondheidsorgverskaffer	<p>Om 'n gesondheidsorgverskaffer te vind moet die 'Find a healthcare provider' soekfunksie vir gesondheidsorgverskaffers, gebruik word wat beskikbaar is op die Remedi-toepassing of ons webwerf, www.yourremedi.co.za.</p>

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 **R3,400** 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 endoskopiese prosedures 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 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 (die toestande wat op die Lys van Chroniese Toestande is, insluitende 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 in die voordeeltabelle in hierdie voordeelbrochure beskikbaar.

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

Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV)

Voordeelopsie	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 131 van 1998) en sy regulasies. Die voordele wat in die Skema se reëls uiteengesit is, word in hierdie voordelebrochure opgesom.
Voordeel vir Chroniese Siektes	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.
Voorkeurmedisyne	Voorkeurmedisyne sluit generiese en handelsnaammedisyne in.
WGO-voordeel as daar 'n wêreldwye uitbreking is	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 aappokke. Hierdie voordeel bied dekking deur 'n sorgpakket, soos vasgestel deur Remedi, vir buite hospitaal en toepaslike ondersteunende behandeling soos in die Voorgeskrewe Minimum Voordeel (VMV) se behandelingsprotokolle omskryf.




BELANGRIKE KENMERKE EN VOORDELE

VOORDELOPSIE	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	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	 R2,575,000 Algehele jaarlikse limiet vir gesinne	 R775,000 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
Ekstra konsultasies by 'n algemene praktisyn (huisdokter) Bepaalde getal ekstra 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			

BELANGRIKE KENMERKE EN VOORDELE

Lees hierdie voordelebrochure om jou voordeleplan beter te verstaan, byvoorbeeld:

- Wat om te doen as jy na 'n dokter of hospitaal toe moet gaan
- Watter dekking jy vir voorkomende sifting, mediese toestande, medisyne en behandeling het
- Vir watter voordele jy eers 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 voordelebrochure 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 voordelebrochure 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 voordelebrochure asook breedvoerige inligting oor voordele is by www.yourremedi.co.za beskikbaar. Die Remedi-toepassing word aan jou gebied deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas.

BELANGRIKE KENMERKE

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 enige ekstra koste tot 'n jaarlikse limiet per persoon, tensy 'n VMV-vlak van sorg geld. Indien jy op die **Omvattende Opsie** is, kwalifiseer jy moontlik vir die uitgebreide dekking wat die Onkologie-Innovasievoordeel bied. Ons betaal 'n VMV-vlak van sorg teen 100% van Remedi se tarief (afhangelend 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. Vanaf 1 Julie 2025 sal lede wat op die Onkologiesorgprogram geregistreer is, toegang tot geneesmiddelbestuur hê en medisyne sal in ooreenstemming met Remedi se verwysingspryslys en medisyne goedgekeur word. Die verwysingsprys word teen die prys van die generiese ekwivalent of kloon van 'n geneesmiddel vasgestel en is op alle voordeelopsies van toepassing. Remedi het ook 'n ooreenkoms met die ICON-diensverskaffernetwerk. Dit beteken dat jy 'n wye verskeidenheid diensverskaffers het wat jou deur jou kankerbehandeling kan ondersteun. Indien kanker by jou gediagnoseer word, moet jy en/of jou behandelende dokter ons kontak sodat ons jou vir die Onkologiesorgprogram kan registreer. Jy sal dan meer inligting kry oor hoe jou voordeelopsie jou vir kankerverwante behandeling dek.

Vanaf 1 Januarie 2025 voorsien Remedi ook dekking vir 'n omskrewe lys innoverende kankermedisyne vir lede wat op die **Omvattende Opsie** geregistreer is. Betaling is aan Remedi se kliniese kriteria onderhewig. Jy sal dalk 25% van die koste van hierdie medisyne moet betaal, en jou beskikbare onkologievoordele sal gebruik word om medisyne te finansier wat deel van die nuwe onkologie-innovasievoordeel uitmaak.

Lees asseblief bladsy 37 van hierdie voordelebrochure vir meer inligting oor jou beskikbare voordele vir kanker en die limiete.

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 **R2,640** 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 persoon per jaar. Hierdie voordeel bied dekking vir spesifieke hoë-koste medisyne asook bariatriese chirurgie.

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 voordeelopsie geregistreer het dekking tot en met **R2,200** per persoon per maand vir die bykomende toestande, wat medisyne vir nie-VMV toestande insluit.



BELANGRIKE KENMERKE
EN VOORDELE

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 voordeelsopsies 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 **R2,575,000** per gesin per jaar.
- Die **Standaard Opsie** beperk lede tot **R775,000** per gesin per jaar.

Die bepaling van die Voorgeskrewe Minimum Voordeel is steeds van krag. Jy kry dekking in die hospitaal vir algemene praktisyne, spesialiste en ander gesondheidsorgkundiges met wie ons 'n betalingsooreenkoms het, volgens jou gekose voordeelsopsie 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 betaling is beskikbaar deur 'n netwerk van dokters wat deel is van die Skema se sorgprogram vir kroonlagaarsiekte om hierdie chroniese toestande 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 voordeelsopsie, 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

Afhangende van die voordeelsopsie wat jy kies, het jy dekking vir 'n bepaalde stel dag-tot-dag-voordele. Dit sluit dekking in vir mediese toepaslike konsultasies met 'n algemene praktisyne, bloedtoetse, X-strale of medisyne wat verskaf word deur 'n algemene praktisyne of apteek wat ons voorkeurverskaffer is.

VOORDEEL VIR GEVORDERDE SIEKTETOESTANDE

Lede het toegang tot 'n omvattende palliatiewe sorgprogram. Hierdie program bied onbeperkte dekking vir goedgekeurde sorg by die huis, sorgkoördinerende, beradingsdienste en ondersteunende sorg vir toepaslike kliniese en sielkundige dienste vir die einde van 'n mens se lewe. Jy het ook toegang tot 'n konsultasie by 'n algemene praktisyne om die behandelingsplan vir jou palliatiewe sorg te bespreek. Vanaf 1 Januarie 2025, verbeter die Voordeel vir Gevorderde Siektetoestande deur die byvoeging van Epilog. Epilog stel 'n digitale hulpmiddel beskikbaar aan mense wat met gevorderde siektes te kampe het. Met die bekendstelling van Epilog, sal lede vroeë en persoonlike ondersteuning kry wat op hulle behoeftes en lewensomstandighede gegrond is. Elke lid wat suksesvol vir die Ondersteuningsprogram vir die Bestuur van Gevorderde Siektes inskryf, sal digitale ondersteuning kry. Remedi sal die meegaande fooi vir elke suksesvolle inskrywing betaal. Hierdie voordele is aan alle lede beskikbaar, ongeag op watter voordeelsopsie hulle is.

TANDHEELKUNDE EN OPTOMETRIE

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

Lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het voordele vir basiese sowel as gevorderde tandheelkunde, asook voordele vir optometrie tot bepaalde vaste jaarlikse limiete by enige van ons PPN-netwerkverskaffers.

Raadpleeg asseblief die voordeeltabelle en jaarlikse limiete soos in hierdie voordeelsopsie uiteengesit vir meer inligting oor jou gekose voordeelsopsie 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 voordeelsopsie jy is.

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 BUITE- 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
- Chroniese medisyne wat volgens die Lys van Addisionele Chroniese Siektes (ekstra medisyne) gedek word wat nie as minimum vlakke van sorg en Voorgeskrewe Minimum Voordele beskou word nie.

ONS DEK DIE VOLGENDE SLEGS UIT JOU PERSOONLIKE MEDIESE SPAARREKENING

- Chiropraktisyne, homeopaat, osteopaat, kruiedokter, natuurgeneesheer en 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.



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 ekstra inligting vra om die noodgeval te bevestig.

In geval van 'n noodgeval, skakel 084 124.



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 rekening 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 om na jou naaste gesondheidsorgfasiliteit verwys te word, omdat behandeling binne 72 uur na blootstelling begin moet word. Onthou om eers by Remedi goedkeuring te kry deur ons te skakel by **0860 116 116**, sodat betaling vir die voorkomende behandeling (PrEP) voor en ná blootstelling (PEP) bekom kan word.

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 BUIE 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 ekstra 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 ekstra voordele vir trauma wat aan geslagsgebaseerde geweld verwant is.



VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV) EN AANGEWEESE DIENSVERSKAFFERS

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.

VOORGESKREWE MINIMUM
VOORDELE (VMV) EN AANGEWEESE
DIENSVERSKAFFERS

Die volgende toestande wat deel is van die diagnose en behandelingsplan word op alle voordeelsopsies ook deur jou hospitaalvoordeel gedek, solank jy aan die intreecriteria vir die voordeel voldoen.

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

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 noodgevalle 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.

BETALING 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 jy kies om die medisyne by 'n verskaffer te kry 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 jy 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.

Indien jy op die **Standaard Opsie** is en vir die Voordeel vir Chroniese Siektes geregistreer is, betaal ons die medisyne wat op Remedi se medisyne is tot en met Remedi se tarief vir medisyne of tot en met die verwysingsprys vir die spesifieke medisynekategorie vir die toestand.

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

VOORGESKREWE MINIMUM VOORDELE (VMV) EN AANGEWESSE DIENSVERSKAFFERS

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 ekstra 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 Skematarief is, word die betaling tot die Skematarief beperk en word dit aan die lid betaal. In sulke gevalle kan lede moontlik verantwoordelik wees vir ekstra betalings wanneer hulle die rekeninge 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 geld.

- Die diensverskaffer wat jou laat opneem, is op die Skema se lys aangewese diensverskaffers, of is deel van die netwerk vir algemene praktisyns 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.

VOORGESKREWE MINIMUM
VOORDELE (VMV) EN AANGEWESSE
DIENSVERSKAFFERS



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.

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 Skemataryf	100% teen 'n maksimum van die Skemataryf	100% teen 'n maksimum van die Skemataryf	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 Skemataryf	100% teen 'n maksimum van die Skemataryf	100% teen 'n maksimum van die Skemataryf	Moontlike bybetalings as verskaffer nie 'n aangewese diensverskaffer is nie

VOORGESKREWE MINIMUM
VOORDELE (VMV) EN AANGEWESSE
DIENSVERSKAFFERS

HUIDDOKTER- EN SPESIALISNETWERK IN DIE HOSPITAAL

Jy het toegang tot die huiddokternetwerk in die hospitaal.

Benewens die Premier Practice-netwerk en Remedi se spesialisnetwerke vir Standaard en Klassieke Direkte Betalingsooreenkomste, het die Skema ook vir alle voordeelopsies 'n huiddokternetwerk 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 induseer
- Hartstente
- Suurstoestelle
- 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.

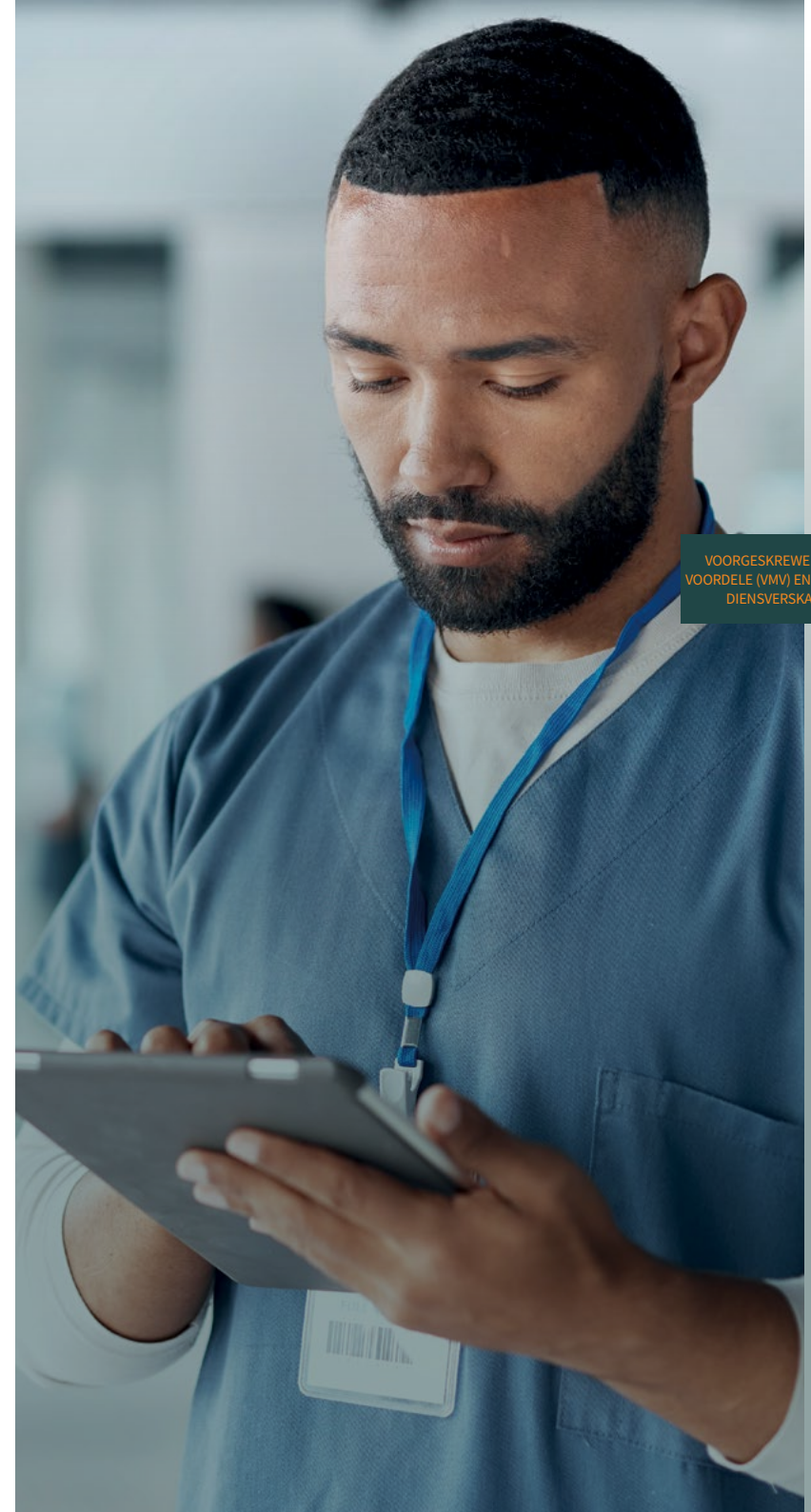
LET WEL: BETALING VAN VMV-EISE IN 'N NOODGEVAL

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



Kontak ons gerus by **0860 116 116** om uit te vind watter opsies jy het voordat jy hierdie toestelle kry.

VOORGESKREWE MINIMUM
VOORDELE (VMV) EN AANGEWESSE
DIENSVERSKAFFERS



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 alkoholdetoksifikasie en rehabilitasie	✓	✓	✓
Standaard Opsie-netwerk van algemene praktisyne	✗	✗	✓
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 Praktisyne en Spesialiste vir VMV	✓	✓	✓
Buite-hospitaalnetwerk vir Geestesgesondheid	✓	✓	✓
Apteke wat die aangewese diensverskaffers vir onkologie is	✓	✓	✓

VOORGESKREWE MINIMUM
VOORDELE (VMV) EN AANGEWESSE
DIENSVERSKAFFERS

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.



VERSEKERDE BUIE-HOSPITAAL-, DAG-TOT-DAG- EN SIFTINGSVOORDELE

Jy het toegang tot die volgende dag-tot-dag-dekking uit jou Versekerde Buite-hospitaalvoordeel na gelang van die voordeelopsie waarop jy geregistreer is. Sekere limiete is onderhewig aan die algemene jaarlikse limiete soos uiteengesit in die tabel hieronder. Sien bladsy 13 van hierdie voordeelbrosjyre om uit te vind wat die algemene jaarlikse limiet volgens jou gekose voordeelopsie is.

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

VOORDELE	TARIEF	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI STANDAARD
<p>Jaarlikse sublimiete vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel (dag-tot-dag-voordele). Konsultasies, prosedures, radiologie (MRI- en CT-skanderings uitgesluit) en patologie buite hospitaal, sorgpunt-toestelle, as gemagtig is, insluitend in die buitepasiënt afdeling van 'n hospitaal en insluitend die fasiliteitsfooi vir buitepasiënte.</p>	100% van Remedi se tarief, of 100% van die koste by 'n aangewese diensverskaffer	<p>Saamgestelde limiet per gesin: Hooflid: R12,680 Per volwasse afhanklike: R7,480 Per kinderafhanklike: R2,110 en tot en met 'n maksimum van drie kinders. 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 tandheekkunde en optiese dienste uit.</p>	<p>Saamgestelde limiet per gesin: Hooflid: R11,240 Per volwasse afhanklike: R6,630 Per kinderafhanklike: R1,870 en tot en met 'n maksimum van drie kinders. Indien jy die sublimiet oorskry, moet jy self vir uitgawes betaal wat nie Voorgeskrewe Minimum Voordele is nie. Die sublimiet sluit eise vir gespesialiseerde tandheekkunde en optiese dienste.</p>	<p>Saamgestelde limiet per gesin: Hooflid: R3,700 Per volwasse afhanklike: R2,330 Per kinderafhanklike: R750 en tot en met 'n maksimum van drie kinders. Hierdie sublimiete geld vir mediese spesialiste (kliniese sielkundiges en maatskaplike werkers uitgesluit) en noodbehandeling.</p>
<p>Algemene praktisyns en spesialiste</p>	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. 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. 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 R2,200 familie per jaar wat uit 'n buite-netwerk-limiet betaal. Besoeke aan mediese spesialiste is beperk tot die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel se sublimiete. 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>

VERSEKERDE
BUIE-HOSPITAALVOORDEEL,
DAG-TOT-DAG-VOORDEEL
EN SIFTINGSVOORDEEL

VOORDELE	TARIEF	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSEK	REMEDI STANDAARD
Addisionele algemene praktisyne besoeke	100% van Remedi se tarief	<p>'n Vasgestelde getal ekstra 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.</p> <p>Hooflid: Drie besoeke aan 'n algemene praktisyne.</p> <p>Gesin: Ses besoeke aan 'n algemene praktisyne.</p> <p>Uit die hospitaalvoordeel, betaal ons net vir besoeke aan 'n algemene praktisyne in ons netwerk en ons betaal nie vir patologie nie.</p>	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.
Akute skedule 0-, 1- en 2-medisyn wat sonder 'n dokter se voorskrif oor die toonbank se aankoop kan word	100% van Remedi se tarief vir medisyne	<p>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.</p> <p>Mondelike voorbehoedmiddels word tot R200 per voorskrif vir elke vroulike afhanklike gedek tot R2,800 per jaar. Dit word uit die algehele jaarlikse voordeel betaal by apteke wat aangewese diensverskaffers is.</p> <p>'n Bybetaling van 20% is van toepassing indien 'n lid mondelike voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.</p> <p>Medisynereëls geld en die voorskrif kan eers herhaal word 23 dae nadat die vorige voorskrif uitgereik is.</p>	<p>Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel en die algehele jaarlikse limiet.</p> <p>Mondelike voorbehoedmiddels word tot R200 per voorskrif vir elke vroulike afhanklike gedek tot R2,800 per jaar. Dit word uit die algehele jaarlikse voordeel betaal by apteke wat aangewese diensverskaffers is.</p> <p>'n Bybetaling van 20% is van toepassing indien 'n lid mondelike voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.</p> <p>Medisynereëls geld en die voorskrif kan eers herhaal word 23 dae nadat die vorige voorskrif uitgereik is.</p>	<p><i>Skedule 0-, 1- en 2- medisyne:</i> Medisyne wat oor die toonbank gekoop kan word tot en met R200 per voorskrif en R405 per persoon per jaar uit die hospitaalvoordeel.</p> <p><i>Akute medisyne:</i> Onderhewig aan die Standaard Opsie-netwerk se medisyne.</p> <p>Onbeperk indien jy die medisyne by jou gekose algemene praktisyne in die Standaard Opsie-netwerk kry.</p> <p>Mondelike voorbehoedmiddels word tot R200 per voorskrif vir elke vroulike afhanklike gedek tot R2,800 per jaar. Dit word uit die algehele jaarlikse voordeel betaal by apteke wat aangewese diensverskaffers is.</p> <p>'n Bybetaling van 20% is van toepassing indien 'n lid mondelike voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie.</p> <p>Medisynereëls geld en die voorskrif kan eers herhaal word 23 dae nadat die vorige voorskrif uitgereik is.</p>

VERSEKERDE
BUIE-HOSPITAALVOORDEEL,
DAG-TOT-DAG-VOORDEEL
EN SIFTINGSVOORDEEL

VOORDELE	TARIEF	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSEK	REMEDI STANDAARD
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 patologiese toetse, mits dit op ons lys is, jou gekose algemene praktisyn 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, oudiometrie, 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. Vir bariatriese chirurgie sal 'n bybetaling van R3,400 vir versuim om voorafgoedkeuring te bekom van toepassing wees.	Geen voordeel nie.	Geen voordeel nie.

VERSEKERDE
BUIE-HOSPITAALVOORDEEL,
DAG-TOT-DAG-VOORDEEL
EN SIFTINGSVOORDEEL



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 welstandsorg. 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, afhangende 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 betaal 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 mondondersoek, 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 ekstra konsultasie met 'n algemene praktisyn by 'n Premier Plus-huisdokter, afhangende van die siftingstoetse se uitslae en of jy aan die Skema se kliniese intreecriteria 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.
- 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.

VERSEKERDE
BUIITE-HOSPITAALVOORDEEL,
DAG-TOT-DAG-VOORDEEL
EN SIFTINGSVOORDEEL



OPTIESE VOORDELE

HOE OM JOU OPTIESE VOORDELE TEN BESTE TE GEBRUIK

Remedi het 'n kontrak met Preferred Provider Negotiations (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 maandelike 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 voordeeltkategorie 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 voordeelbrochure 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	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI 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	R4,225	R3,975	Sublimiet geld soos onder uiteengesit.
Sublimiet per gesin	R8,450	R7,950	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	R400	R400	Geen voordeel nie.
MET ÓF			
'n Bril:			
Raam of lensverbeterings: PPN-oogkundige	PPN-raam of lensverbeterings van tot R2,125.	PPN-raam of lensverbeterings van tot R1,350.	PPN-raam van tot R380 vir elke persoon elke 24 maande.
Raam of lensverbeterings:Dienste by oogkundiges wat nie deel van PPN is nie	R1,594 vir 'n raam en/of lensverbeterings.	R1,350 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 persoon	R2,675	R2,425	R675 vir elke persoon by 'n PPN-oogkundige elke 24 maande.

OPTIESE VOORDELE



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: R25,900 Gesin: R52,000 Basiese tandheelkundige kodes word uit die beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel betaal. Sien ook bladsy 24.	Onderhewig aan die beskikbare limiet vir die Versekerde Buite-hospitaalvoordeel. Sien ook bladsy 24.	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 24. 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 24.	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).		

TANDHEELKUNDIGEVORDELE



SWANGERSKAPSVOORDELE

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 voorkeortekonsultasies met 'n algemene praktisyn, ginekoloog of vroedvrou wat onderhewig is aan die algehele jaarlikse limiet.

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

ULTRAKLANKSKANDERING EN

VOORGEBOORTESIFTINGSTOETSE

Lede op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het dekking vir 2D-ultraklankskanderings (sonars) en 'n uitgebreide lys swangerskapsverwante patologiëtoetse asook nege urienstrokiëtoetse en twee glukosestrokiëtoetse. NT-sonarondersoek, nie-indringende voorkeortetoets (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 patologiëtoetse asook nege urienstrokiëtoetse en twee glukosestrokiëtoetse. NT-sonarondersoek, nie-indringende voorkeortetoets (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 elwke 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.

SWANGERSKAPSVOORDEEL



CHRONIESE TOESTANDE EN SORGPROGRAMME

CHRONIESE VOORDELE

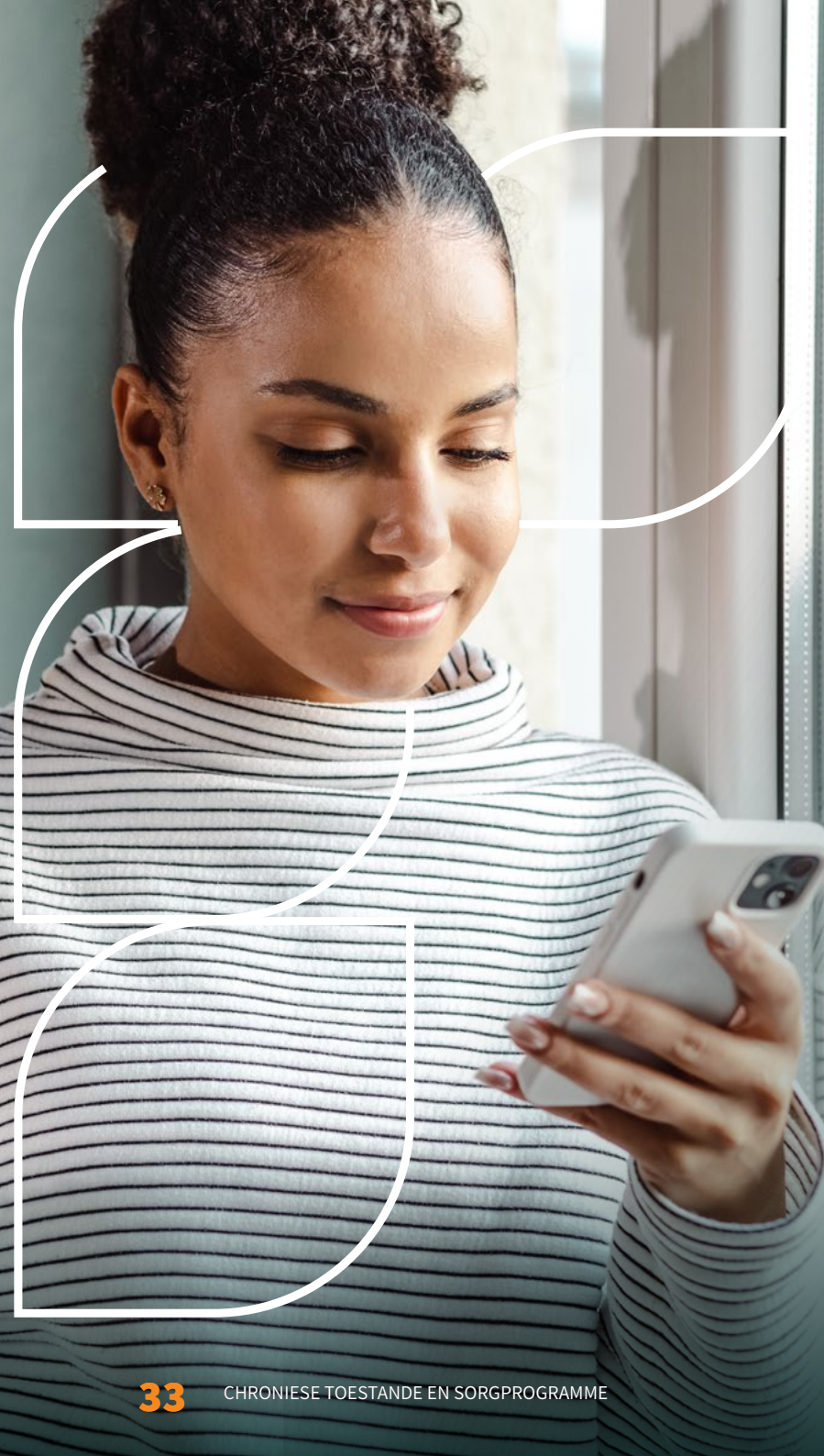
Indien jy op die **Omvattende of Klassieke Opsies** is, het jy toegang tot behandeling vir 27 mediese toestande (waaronder MIV) soos in die Lys van Chroniese Siektes uiteengesit. Jy het ook toegang tot behandeling vir ander toestande wat nie onder die Voorgeskrewe Minimum Voordele val nie.

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 **R2,640** per persoon per maand. Die **Klassieke Opsie** dek behandeling wat nie onder die Voorgeskrewe Minimum Toestande val nie, tot 'n limiet van **R2,200** per persoon per maand.

Die **Standaard Opsie** betaal nie vir behandeling van ander toestande wat nie onder die Voorgeskrewe Minimum Voordele val 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 (VMV-toestande):

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



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. **Die generiese verwysingsprys is die vaste maandelikse bedrag wat ons vir medisyne in 'n medisynekategorie betaal. Dit geld vir medisyne wat nie op die medisyne is nie. Lede wat op hierdie voordeelopsie is, moet hulle medisyne by 'n netwerkapteek kry sodat hulle nie 'n 20% bybetaling hoef te betaal nie.**

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.

CHRONIESE TOESTANDE
EN SORGPROGRAMME

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

Op die **Omvattende en Klassieke Opsies** het jy ook dekking vir sekere ekstra 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 voordeelsie.

Hoe om die voordeel te kry

Jy moet vir die Voordeel vir Chroniese Siektes aansoek doen en jou dokter moet 'n vorm invul sodat ons kan bepaal of 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

Ons moedig lede aan om 'n apteek te gebruik wat deel van ons gekontrakteerde, aangewese diensverskaffers is. **Jy kan jou medisyne ook aanlyn bestel om te verseker dat ons jou medisyne ten volle en sonder 'n bybetaling betaal sonder dat jy 'n ekstra bybetaling het.**

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

CHRONIESE TOESTANDE WAT NIE DEEL VAN DIE VMV IS NIE WAT NIE DEUR DIE OMVATTENDE EN KLASSIEKE OPSIES GEDEK WORD NIE

Remedi dek addisionele chroniese siektes as jy op die **Omvattende of Klassieke voordeelsies** is. Hierdie lys toestande wat nie VMV is nie, word nie gedek nie:

- A** Akute bakteriële en virusinfeksies, alkoholiese lewersirroose, alopesie, artralgie (gewrigspyn), atleetvoet, aambeie, aktiniese keratose
- D** Dermatofiete, dermatofietiese onigie, diarree, dismenorree/menorrhagie, dispepsie, disurie
- E** Erektiele disfunksie
- F** Fibromialgie en mialgie, fibrositis, flatulensie (winderigheid), folaattekort, follikulitis
- H** Hardlywigheid, tensy die diagnose divertikulêre siekte is of as die hardlywigheid weens chemoterapie is, halitose (slegte asem), hoofpyn (niespesifiek), hirsutisme (oormatige haargroei), hiperasiditeit (oorsuurheid) of slegte spysvertering – moet spesifieke diagnose hê, nie net simptome nie, hipotensie (lae bloeddruk)
- I** Insomnie (slapeloosheid) – toegelaat vir lede wat terminaal siek is, huidige lede wat ouer as 70 jaar is, vir 6 maande as onttrekkingsterapie, geen nuwe aansoek
- K** Koorsblare, konjunktiva-toestande

- M** Mastalgie (pyn in die borste)
- O** Onigomikose, obesiteit (vetsug), edeem – laat toe in gevalle met kardiovaskulêre toestande, orale en vaginale sproei/Candida, ouderdomsdemensie of kognitiewe wanfunksionering – sluit medisyne soos Nootropil, Encephabol, Reactivin uit, oppervlakkige swaminfeksies, ongespesifiseerde hoës
- P** Prikkelbaredermsindroom, pyn (niespesifiek)
- R** Rugpyn, rustelose bene of krampe
- S** Skilfers/seborree, sinusitis, spatate
- U** Urtikaria (netelroos/galbulte)
- V** Voorbehoeding

CHRONIESE TOESTANDE
EN SORGPROGRAMME

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

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, persoongesentreerde 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 sorgkoördinering 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

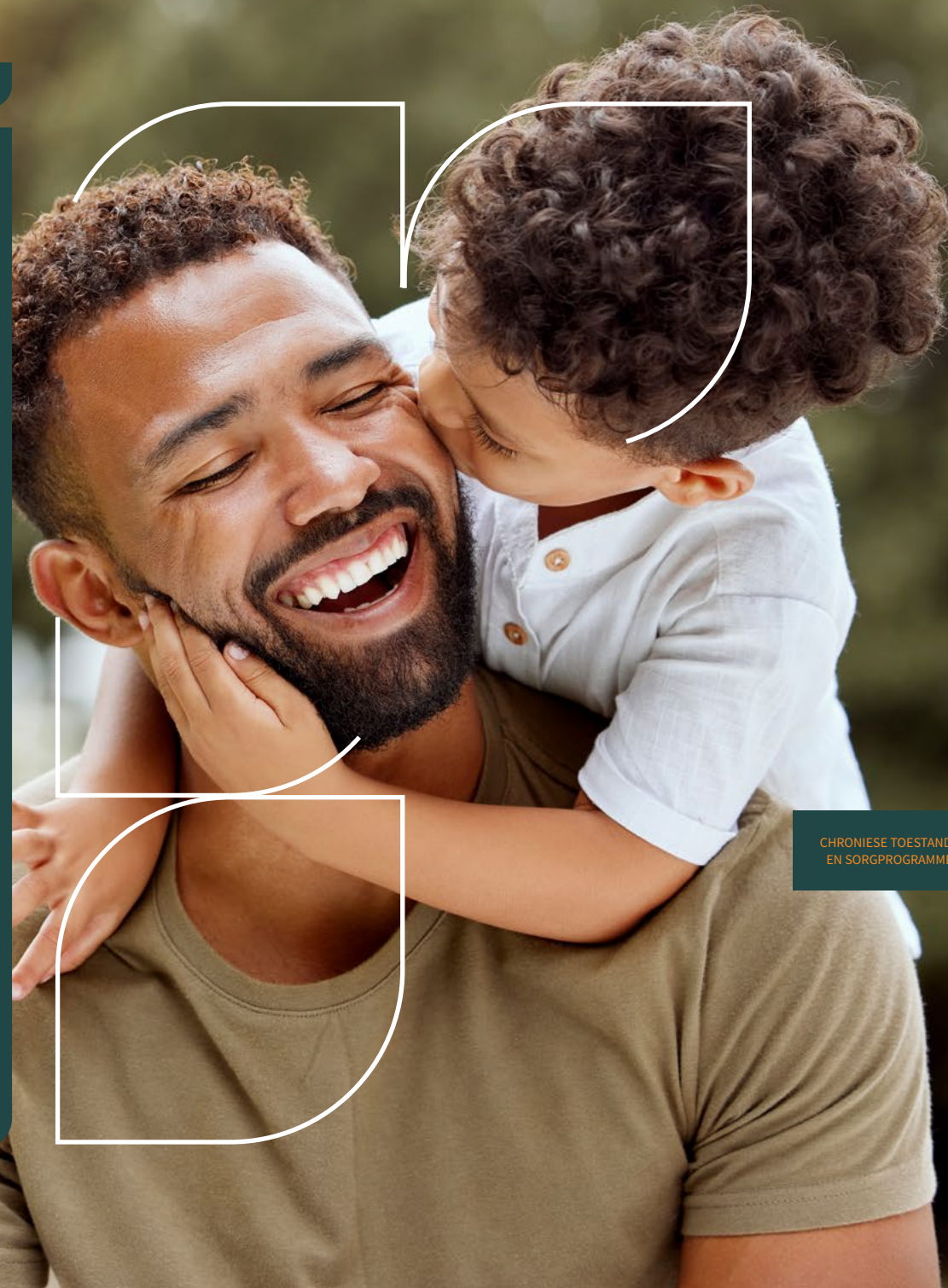
Toestandspesifieke sorgprogramme vir diabetes, geestesgesondheid, MIV en harttoestande.

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 verpersoonlikte 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 psigoterapiesessies – 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. Remedi het 'n digitale terapeutiese hulpmiddel, iCBT, bekendgestel as deel van die Skema se geestesgesondheidsvoordele en gee lede beter toegang tot geestesgesondheidsorg terwyl dit gesondheidsorgkundiges meer ondersteuning gee om depressie te bestuur.



CHRONIESE TOESTANDE
EN SORGPROGRAMME

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 kardiiovaskulêre 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 sorgleweringprojek 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 intermediêre 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 Skematariewe) 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 ekstra 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

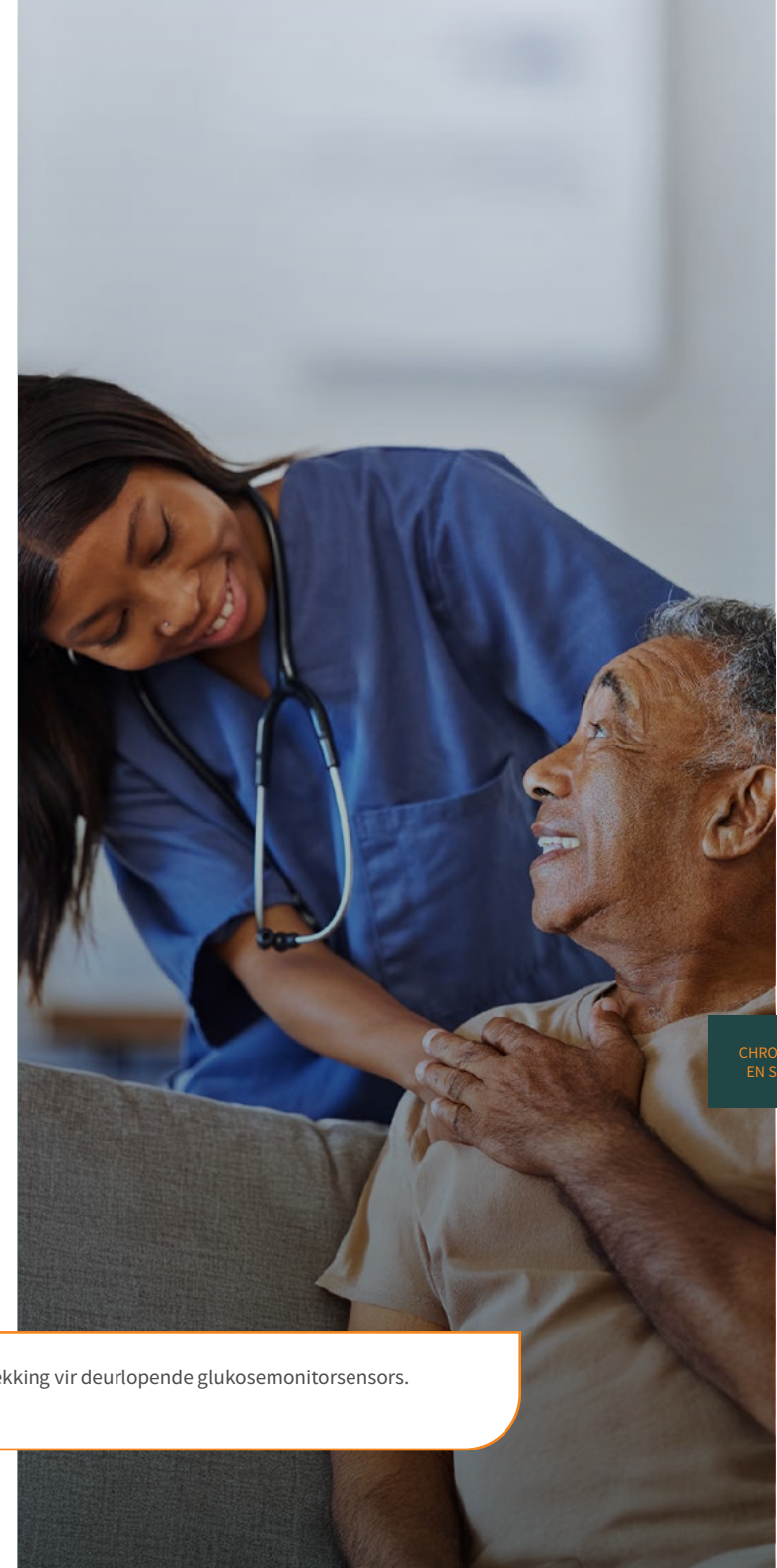
Gesondheidsbestuursprogram vir diabetes

As jy op die Voordeel vir Chroniese Siektes vir diabetes en kardiometaboliese toestande geregistreer is, kan jou benoemde Premier Plus-dokter jou vir die Program vir Diabetessorg inskryf. Die program ontsluit dekking vir ekstra strokies vir die glukosemeter en konsultasies by dieetkundiges en biokinetici. Jy kan ook toegang hê tot 'n diabetesopvoeder wat 'n verpleegkundige is om jou met die daaglikse bestuur van jou toestand te help.

Die Skema betaal ook 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-en tipe 2 diabetes dekking vir deurlopende glukosemonitorsensors tot en met 'n maandelikse dekkingsbedrag. Jou voordeelopsie bepaal jou dekking. Hierdie voordeel is nie tans op die **Standaard Opsie** beskikbaar nie.

Siektevoorkomingsprogram

As daar geïdentifiseer word dat jy 'n risiko loop om kardiometaboliese sindroom of diabetes te ontwikkel, kan jou benoemde Premier Plus-dokter jou vir die Siektevoorkomingsprogram inskryf. Jou Premier Plus-dokter, dieetkundige en gesondheidsafrigter sal help om jou sorg te koördineer. Ingeskrewe lede het toegang tot 'n omskrewe sorgpakket. Dit sluit dekking in vir konsultasies, sekere patologiese toetse en medisyne, waar van toepassing. Jy sal ook toegang tot gesondheidsafrigtingsessies hê om jou met die daaglikse bestuur van jou toestand te help.



CHRONIESE TOESTANDE
EN SORGPROGRAMME



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. Sodra jy vir die Onkologiesorgprogram geregistreer is, sal jy toegang tot medisynebestuur hê en sal medisyne volgens Remedi se goedgekeurde verwysingspryslyste en medisyne goedgekeur word. Die verwysingsprys sal vasgestel word teen die prys van die generiese ekwivalent of kloon van 'n geneesmiddel en sal van toepassing wees op alle tipes voordeelplanne. Hierdie ingryping rakende bestuurde gesondheidsorg sal op 1 Julie 2025 in werking tree.

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 'n algehele limiet per persoon. 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	REMDI OMVATTEND	REMDI KLASSIEK	REMDI STANDAARD
Kankerbehandeling	Betaling by die Skema se aangewese diensverskaffers tot en met 'n maksimum van 100% van Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, tot en met die voordeellimiet. Daarna op die Omvattende en Klassieke Opsies , 80% van Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, vir behandeling wat nie 'n Voorgeskrewe Minimum Voordeel is nie.	R1,195,000 per persoon vir 12 agtereenvolgende maande, waarvan die eerste R490,000 per persoon teen 100% van Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, gedek word en die oorblywende R705,000 teen 80% van Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, gedek word. Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal tot die voordeellimiete teen koste of Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, betaal word.	R675,000 per persoon vir 12 agtereenvolgende maande, waarvan die eerste R410,000 per persoon teen 100% van Remedi se tarief tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing gedek word en die oorblywende R265,000 teen 80% van Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, gedek word. Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal tot die voordeellimiete teen koste of Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, betaal word.	Die vereistes vir Voorgeskrewe Minimum Voordele geld. Slegs behandeling volgens Voorgeskrewe Minimum Voordele sal teen koste of Remedi se tarief/Tarief vir medisyne/Verwysingsprys, soos van toepassing, betaal word.

Met ingang van 1 Januarie 2025 sal lede wat vir die **Omvattende Opsie** geregistreer is, dekking hê vir 'n omskrewe lys innoverende kankermedisyne wat aan Remedi se maatstawwe voldoen. Jy sal moontlik 25% van die koste van hierdie behandelings moet betaal. Betaling is onderhewig aan Remedi se kliniese intreekriteria.

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).



HOSPITAAL - EN DAGCHIRURGIEDEKKING

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 R2,575,000.
- Die **Standaard Opsie** het 'n algehele limiet vir die gesin van R775,000.

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.

Tuisversorgingsdekking

Tuisversorgingsdekking is 'n diens wat vir jou gehaltesorg in die gemak van jou eie huis bied wanneer dit deur jou dokter aanbeveel word as 'n alternatief vir 'n hospitaalverblyf. Dienste sluit nageboortesorg, sorg in die eindstadium van lewe, binnearse infusie (drups) en wond sorg in. Hierdie dienste word uit die hospitaalvoordeel tot die algehele jaarlikse limiet betaal, onderhewig aan goedkeuring. * Discovery Home Care is die aangewese diensverskaffer (DSP) vir die toediening van bepaalde binnearse infusies. Vermy 'n bybetaling van 20% deur Discovery Home Care dienste vir hierdie infusies te gebruik.

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.

Opvolgbehandeling ná 'n opname

As jy kwalifiseer, het jy toegang tot 'n heropname-voorkomingsprogram vir toestande wat klinies toepaslik is. Hierdie program gee jou toegang tot goedgekeurde opvolgsorg en 'n gesondheidsafrigtingsessie binne 30 dae nadat jy uit die hospitaal ontslaan is. Dekking is onderhewig aan ons behandelingsriglyne en kliniese intreekriteria.

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 R3,400 vir die opname moet betaal.**

Waarheen om te gaan

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

Hoe ons betaal

Ons betaal beplande en noodhospitaalverblyf uit jou hospitaal-voordeel. 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 Skematarief. Ons betaal ander gesondheidsorgkundiges tot en met die Skematarief.**

Jy kan bybetalings vermy deur:

- Na 'n privaat hospitaal toe te gaan wat deur die Skema goed-gekeur is.
- Gesondheidsorgkundiges te gebruik met wie ons 'n betalings-ooreenkoms het.
- Ons ten minste 48 uur voor jou hospitaalopname 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.

Die Remedi-toepassing en Find a healthcare provider word aan jou gebring deur Discovery Health (Pty) Ltd, registrasienommer 1997/013480/07, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en administrateur van mediese skemas.

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	REMEMI OMVATTEND	REMEMI KLASSIEK	REMEMI STANDAARD
Privaat hospitale	100% van Remedi se tarief	Onbeperkte algehele jaarlikse limiet per gesin. da Vinci-robotprostatektomie word gedek teen 90% van die 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 R2,575,000 per gesin. da Vinci-robotprostatektomie word gedek teen 90% van die 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 R775,000 per gesin. da Vinci-robotprostatektomie word gedek teen 90% van die 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 R675,000 per gesin.	Beperk tot R650,000 per gesin.	Beperk tot R305,000 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 R810,000 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 spesialiste gebruik wat nie in die netwerk is nie.	Volle betaling aan aangewese diensverskaffers en betaling tot 100% van Remedi se tarief as jy spesialiste gebruik wat nie in die netwerk is nie.	Volle betaling aan aangewese diensverskaffers en betaling tot 100% van Remedi se tarief as jy spesialiste gebruik wat nie in die netwerk is nie.
Saal- en teaterfooie	100% van Remedi se tarief	Sluit dekking in vir 'n algemene saal, kraamsaal, teaterherstelkamer en intensiewesorgeenheid, onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
Bevallings	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		
Bloedoortappings	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet.		

VOORDELE	TARIEF	REMEMI OMVATTEND	REMEMI KLASSIEK	REMEMI STANDAARD
Orgaanoorplantings	100% van Remedi se tarief	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 R35,600 per persoon elke jaar. Sluit betaling vir korneale kruisbinding in.	Onderhewig aan kliniese intreekriteria, die algehele jaarlikse limiet en 'n sublimiet van R31,800 per persoon elke jaar. Sluit betaling 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 se sessies in en buite hospitaal of 'n kombinasie van binne- en buite-hospitaal soos voorgeskryf in terme van Voorgeskrewe Minimum Voordele, asook een geleide internet-gebaseerde Kognitiewe Gedragsbehandeling (iCBT) sessie in 'n buite-hospitaalopset. Sluit behandeling vir alkoholisme en dwelmafhanglikheid by SANCA, RAMOT of Nishtara in. Lede by wie hulle huisdokter major depressie diagnoseer, kan by die Remedi Geestesgesondheidsprogram aansluit. Ons gee meer besonderhede hieroor op bladsye 20 en 35 van hierdie brosjure.		
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 (weggooibare 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 (weggooibare 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.
Heupvervanging*	per persoon	R60,800	R52,300	R46,200
Hersiening van heupvervanging*	per persoon	R72,100	R61,800	R54,500
Knievervanging*	per persoon	R48,100	R41,000	R36,300
Hersiening van knievervanging*	per persoon	R60,800	R52,300	R46,200

* 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 R3,400 hê.

VOORDELE	TARIEF	REMEMI OMVATTEND	REMEMI KLASSIEK	REMEMI STANDAARD
Skouervervanging	per persoon	R56,100	R48,100	R42,500
Pasaangeër met geleidingsdraadjies	per persoon	R102,200	R86,500	R76,800
Biventrikulêre pasaangeër	per persoon	R131,600	R111,500	R98,800
Hartkleppe	per elk	R68,400	R57,900	R50,000
Kunsoë	per persoon	R37,300	R31,600	R28,100
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	R31,600	R27,300	R24,000
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.
Verswaktesorg en private verpleging pleks van hospitalisasie	100% van Remedi se tarief	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R48,950 per persoon.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R48,600 per persoon.	Onderhewig aan die algehele jaarlikse limiet met 'n sublimiet van R17,200 per persoon.
Ambulansdienste	100% van Remedi se tarief	Slegs as jy ER24 se nooddiens gebruik. Mediese regverdiging is nodig vir oorpasing tussen hospitale tydens hospitalisasie. Geen internasionale dekking nie.		

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	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI 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	R32,350	R32,350	R16,800
Gehoorapparate	per persoon	R29,900	R29,900	R21,550
Suurstoftoestelle (maandelikse limiet)	per persoon	R2,435	R2,435	R2,435
Rolstoel	per persoon	R22,300	R18,700	R14,850
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 tot en met R1,747 per persoon per maand uit die Voordeel vir Chroniese Siektes wat nie VMV is nie en tot hoogstens 10 van elk per maand.	Geen voordeel.	Geen voordeel.
Kunsledemate bo die knie	per persoon	R72,500	R61,800	R54,700
Kunsledemate onder die knie	per persoon	R39,300	R33,800	R30,000
Alle ander eksterne prosteses en toestelle	per persoon	R8,400	R7,050	R4,000
		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.		

VOORDELE	TARIEF	REMEDI OMVATTEND	REMEDI KLASSIEK	REMEDI STANDAARD
Uitgebreide Traumaherstel-voordeel	100% van Remedi se tarief	Dekking vir sekere buite-hospitaalse 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	R106,000	R106,000	R106,000
Privaat verpleging	per persoon	R13,300	R13,300	R13,300
Voorgeskrewe medisyne	Hooflid	R36,950	R17,100	R17,100
	Hooflid + 1	R43,300	R20,150	R20,150
	Hooflid + 2	R50,450	R24,000	R24,000
	Hooflid + 3 of meer	R57,400	R29,000	R29,000
Eksterne mediese items	per persoon	R90,500	R40,500	R40,500
Gehoorapparate	per persoon	R33,000	R19,100	R19,100
Geestesgesondheidsvoordeel	per persoon	R32,200	R23,900	R23,900
Instandhoudingsterapie na rehabilitasie of weens aangebore afwyking (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 R17,370 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 R16,500 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 R4,910 per gesin.
Rehabilitasieterapie 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 R4,910 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.		



HOSPITAAL- EN
DAGCHIRURGIEDEKKING

DAG OPERASIES EN DAGKLINIEKNETWERK

Ons dek spesifieke prosedures wat in ons dagklinieknetwerk gedoen kan word.

WAT DIE VOORDEEL BEHEL

Ons dek sekere beplande prosedures in 'n dagkliniek. 'n Dagkliniek kan binne-in 'n hospitaal of kliniek wees (dikwels ook 'n dagsaal genoem) of 'n alleenstaande fasiliteit.

HOE OM DIE VOORDEEL TE KRY

Jy kan die lys prosedures wat in 'n dagkliniek gedoen kan word in hierdie brosjure sien. Jy moet ons kontak om voorafmagtiging vir jou prosedure te kry.

HOE ONS BETAAL

Ons betaal hierdie eise 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 Skemataryf of teen die tarief waarop ons ooreengekom het.

WANNEER JY SAL MOET BETAAL

Indien jy na 'n fasiliteit gaan wat nie in jou voordeelopsie se dagklinieknetwerk is nie, moet jy self **R7,000** betaal wanneer jy opgeneem word.



Jy kan op Remedi se slimtoesteltoepassing sien watter fasiliteite in die dagkliniek-netwerk is.

Lys prosedures wat ons in die Dagklinieknetwerk dek

Ons dek hierdie lys prosedures in 'n dagkliniek:

B

BIOPSIES

- Vel, subkutane weefsel, sagteweefsel, spier, been, limf, oog, mond, keel, bors, serviks, vulva, prostraat, penis, testikels

BORSPROSEDURES (GOEDGEKEUR)

- Mastektomie of ginekomastie
- Lumpektomie* (fibro-adenoom)

E

EENVOUDIGE, OPPERVLAKKIGE LIMFADENEKTOMIE

EENVOUDIGE BREUKPROSEDURES (NUWE KATEGORIE)

- Naelbreukherstel
- Liesbreukherstel

G

GANGLIONEKTOMIE

GASTRO-INTESTINALE PROSEDURES

- Gastro-intestinale endoskopies (esofagoskopie, gastrokopie, kolonoskopie, sigmoïdoskopie, proktoskopie, anuskopie)
- Anorektale prosedures (behandeling van aambeie, splete en fistels)

GINEKOLOGIESE PROSEDURES

- Diagnostiese laparoskopieë
- Eenvoudige prosedures van die vulva en introïtus: Eenvoudige himenotomie, gedeeltelike himenotomie, eenvoudige vulvektomie, eksisie (uitsny) van 'n sist op die Bartholin-klier

G

- Prosedures van die vagina, serviks en oviduk (Fallopibus) eksisie (uitsny) van vaginale septum, sist of tumor; buisafbinding of -afsluiting; sluitsteek in die baarmoedernek (omsluiting van uteriene serviks)
- Suikerskraping (suigkuretiasie)
- Uteriene evakuasie en kuretiasie (baarmoederskraap en -lediging)
- Diagnostiese dilatasie en kurettering (D en K, of verwyding en skraap)
- Endometriale ablasie
- Diagnostiese histeroskopie
- Kolposkopie met LLETZ-prosedure
- Ondersoek onder narkose

O**OOGPROSEDURES**

- Kornea-oorplanting
- Katarakchirurgie
- Gloukoombehandeling
- Ander oogprosedures (verwydering van 'n vreemde voorwerp, konjunktivachirurgie (herstel van laserasie en pterigium), gloukoomchirurgie, ondersoek en herstel van die traanbuis, vitrektomie, retinachirurgie, ooglidchirurgie, strabismeherstel)

O**OOR-NEUS-EN-KEELPROSEDURES**

- Tonsilektomie en adenoïdektomie
- Herstel van neusskulp, neusseptum
- Eenvoudige prosedures vir neusbloeding (uitgebreide kouterisasie)
- Sinusuitspoeling
- Endoskopiese prosedures (nasale endoskopie, laringoskopie)
- Middelloorprosedures van die (timpanoplastiek, mastoïdektomie, miringoplastiek en miringotomie en oorpypies)

ORTOPEDIESE PROSEDURES

- Artroskopie, artrotomie (skouer, elmboog, knie, enkel, hand, pols, voet, temporomandibulêre gewrig), artrodese (hand, pols, voet)
- Artroplastiek van kleiner gewigte (interkarpal, karpometakarpal)
- Herstel van tendons en ligamente, spierdebridering, fassiaproedures (tenotomie, tenodese, tenolise, herstel/rekonstruksie, kapsulotomie, kapsulektomie, sinovektomie, eksisie van tendonskedeletsel, fassiotomie, fassiëktomie). Onderhewig aan die beoordeling van elke individuele saak
- Herstel knokkeltoon of ander toonmisvorming

O

- Behandeling van eenvoudige, geslote frakture en ontwrigtings, verwydering van penne en plate. Onderhewig aan die beoordeling van elke individuele saak

S**SENUWEEPROSEDURES**

- Neuroplastiek van die mediane senuwee, ulnêre senuwee, digitale senuwee van die hand of voet, bragiale pleksus

U**UROLOGIESE PROSEDURES**

- Sistoskopie
- Prosedures van die manlike genitalieë (besnyding, penisherstel, eksplorاسie van testes en skrotum, orgiëktomie, epididimektomie, eksisie van 'n hidroseel, eksisie van 'n varikoseel, vasektomie)

V**VELPROSEDURES**

- Debridering
- Verwydering van letsels (afhingend waar dit voorkom en die letsel se deursnee)
- Eenvoudige herstel van oppervlakkige wonde

VERWYDERING VAN 'N VREEMDE VOORWERP

- Subkutane weefsel, spiere, eksterne oorkanaal onder algemene narkose



VOORDEELBYWERKINGS VIR 2025

Nuwe voordele en verbeterings

VIRTUELE DRINGENDE SORG

Virtuele dringende sorg poog om in 'n onvervulde behoefte van lede te voorsien deur 24-uur toegang tot virtuele konsultasies vir **mediese behoeftes te verskaf wat dringend maar nie lewensbedreigend is nie. Dit sal onnodige en duur besoeke aan ongevalle-eenhede verminder.**

Gedurende 2025 sal lede toegang tot virtuele dringende sorg verkry en die getal besoeke sal afhang van die voordeelopsie waarvoor jy geregistreer is.

Vir lede wat op die **Omvattende Opsie** geregistreer is:

- **Vier** konsultasies vir virtuele dringende sorg per gesin wat uit jou hospitaalvoordele betaal word.

Vir lede wat op die **Klassieke Opsie** geregistreer is:

- **Drie** konsultasies vir virtuele dringende sorg per gesin wat uit jou hospitaalvoordele betaal word.

Vir lede wat op die **Standaard Opsie** geregistreer is:

- Virtuele dringende sorg sal uit die beskikbare Buite-netwerkvoordeel betaal wat bestaan uit **drie** konsultasies per gesin per jaar.

Indien daar bevind word dat konsultasies nie 'n noodgeval is nie sal ons jou beskikbare Versekerde Buite-hospitaalvoordeel gebruik om vir die konsultasie te betaal, indien jy op die **Klassieke of Omvattende Opsies** geregistreer is. As jy op die **Standaard Opsie** geregistreer is, sal ons die konsultasies uit die Buite-netwerkvoordeel betaal.

VIRTUELE FISIOTERAPIE

Gedurende 2025 sal virtuele fisioterapie beskikbaar gestel word aan alle lede wat die Genie Health-platform gebruik. Virtuele fisioterapie bied 'n koste-effektiewe alternatief van hoë gehalte om persoonlike sorgsessies vir jou spier-en-skeletstelsel heeltemal of gedeeltelik te vervang. Navorsing het bevind dat virtuele fisioterapie, teen 'n laer koste en met beter uitkomst, beter nakoming en vinniger herstel meebring. In vennootskap met Genie Health gebruik gesondheidsorgverskaffers die tegnologiegeaktiveerde platform om bewysgebaseerde, konserwatiewe terapie vir optimale sorg en uitkomst aan lede te verskaf. Lede se bestaande en beskikbare dag-tot-dag-voordele sal gebruik word om vir hierdie sessies te betaal.

Verbeterings van bestaande voordele

VERBETERINGS AAN DIE VOORDEEL VIR GEVORDERDE SIEKTETOESTANDE

Remedi se beskikbare Voordeel vir Gevorderde Siektetoestande word verbeter met die bekendstelling van Epilog, wat 'n digitale hulpmiddel beskikbaar sal stel vir mense wat met gevorderde siektes moet leef. Met die bekendstelling van Epilog sal lede vroeë en persoonlike ondersteuning kry, gegrond op hul behoeftes en lewensomstandighede. Elke lid wat suksesvol ingeskryf is vir die Gevorderde Siektebestuur-ondersteuningsprogram sal digitaal ondersteun word teen 'n tarief wat deur Remedi betaal word vir elke suksesvolle inskrywing.

Hierdie voordeel is vir alle lede beskikbaar, ongeag op watter voordeelopsie hulle geregistreer is.

VERBETERINGS AAN VOORDELE VIR MONDELIKSE VOORBEHOEDMIDDELS

Met ingang van 1 Januarie 2025 sal vroulike lede 'n verbeterde voordeel vir mondelikse voorbehoedmiddels ontvang. Vanaf 2025 sal mondelikse voorbehoedmiddels beperk word tot R200 per voorskrif per vroulike afhanklike tot en met R2,800 per jaar, betaalbaar uit die algehele jaarlikse limiet. 'n Bybetaling van 20% geld as jy mondelikse voorbehoedmiddels by 'n apteek kry wat nie 'n aangewese diensverskaffer is nie. Medisynereëls sal van toepassing wees en die herhalingsvoorskrif kan eers gewissel word 23 dae nadat die vorige medisyne uitgereik is.

Hierdie voordeel is vir alle vroulike lede beskikbaar, ongeag op watter voordeelopsie hulle geregistreer is.



Kontak ons by **0860 116 116** om te verseker jou behandeling is vooraf goedgekeur en om meer inligting te ontvang.

ONKOLOGIEVERBETERINGS

Lede geregistreer op alle voordeelopsies sal steeds toegang tot die onkologievoordele van hul gekose voordeelopsie hê indien hulle met kanker gediagnoseer word. Sodra hulle op die Onkologiesorgprogram geregistreer is, sal lede toegang tot medisynebestuur hê en sal medisyne volgens Remedi se goedgekeurde verwysingspryslyste en medisyne goedgekeur word. Die verwysingsprys sal vasgestel word teen die prys van die generiese ekwivalent of kloon van 'n geneesmiddel en sal vir alle tipes voordeelopsies geld. Hierdie ingryping vir bestuurde gesondeheidsorg sal op 1 Julie 2025 in werking tree.

Hierbenewens sal lede wat op die **Omvattende Opsie** geregistreer is, toegang hê tot 'n omskrewe lys innoverende kankermedisyne deur die bekendstelling van die onkologie-innovasievoordeel. Medisynekoste, as dit goedgekeur is, sal tot 75% van Remedi se medisyntarief betaal word vanaf die eerste dag van behandeling (dag 1), beperk tot die **Omvattende Opsie** se voordeellimiete.

'n Bybetaling-ondersteuningsprogram sal beskikbaar gestel word om lede te help om die tekorte te betaal wat hulle moet betaal en wat verband hou met medisyne wat as deel van hierdie voordeel vir die **Omvattende Opsie** goedgekeur is.

As deel van die onkologie-innovasievoordeel word die onkologie-presisievoordeel ingestel om voorsiening te maak vir die betaling van volgende-generasie-volgordebepaling wat 'n patologiese toets is wat kankergenoomdrywers identifiseer. Betaling vir volgende-generasie-volgordebepaling word uit Remedi se hospitaalvoordeel betaal en nie uit die onkologievoordeel nie.

Hierbenewens is die gesinslimiete verwyder en onkologievoordele sal teen 'n limiet per afhanklike of limiet per persoon beskikbaar gestel word. Die onkologielimiete vir lede wat op die **Klassieke Voordeel** geregistreer is, sal nie met inflasieverhogings verhoog word nie.

BESTUUR VAN SIEKTEVOORKOMING

Om die aanvang van diabetes proaktief te bestuur en te voorkom en die risiko van kardiometaboliese sindroom te bestuur, sal 'n siektevoorkomingsbestuursprogram vanaf 1 Januarie 2025 beskikbaar wees.

VERBETERINGS AAN DIE DEURLOPENDE GLUKOSEMONITERING TOESTELLE EN VOORDELE

Met ingang van 1 Januarie 2025 sal lede wat tipe 2-diabetes het en op die **Klassieke** of **Omvattende Opsie** geregistreer is, toegang hê tot befondsing van toestelle vir deurlopende glukosemonitering indien hulle vir die Program vir Diabetessorg geregistreer is.

Die betaling is beperk tot 'n maandelikse ooreengekome tarief by aangewese diensverskaffers en soos voorgeskryf deur jou Premier Practice dokter. Seintoestelle en lesers word uit die voordeel vir "alle ander toestelle" betaal, en daarna uit die beskikbare PMSR as jy op die **Omvattende Opsie** geregistreer is. As jy op die **Klassieke Opsie** geregistreer is en jy het jou limiet vir "alle ander toestelle" bereik, sal jy die res van die koste uit jou eie sak moet betaal.

Ander tegniese veranderinge

VERANDERINGE AAN DIE VOORDELLIMITE VAN 2025

Dag-tot-dag voordele se limiete is verhoog met verwagte inflasieverhogings plus 'n bykomende 5%, dit wil sê ongeveer 10% in totaal. Net so is optiese limiete vir rame en lense met 10% verhoog. Sommige voordele en limiete het onveranderd gebly soos die Voordeel vir Gespesialiseerde Medisyne (ook genoem die Gespesialiseerde Geneeskunde en Bariatriese Chirurgie Voordeel) wat slegs beskikbaar is vir lede wat op die **Omvattende Opsie** geregistreer is, sowel as die onkologie-limiete van die **Klassieke Opsie**.

INDIEN JY JOU 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 20 Desember 2024 volgens die instruksies op die vorm. Die voordele wat in Remedi se reëls uiteengesit is, word in hierdie voordelebrochure opgesom.

Hierdie voordele word 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.



Raadpleeg asseblief die voordelelimiete soos uiteengesit in hierdie voordelebrochure vir meer besonderhede.



JOU BYDRAES VIR 2025

1. Bydraes vanaf 1 Januarie 2025 tot 31 Desember 2025

Inkomstekategorieë	REMEDE OMVATTEND*			REMEDE KLASSIEK			REMEDE STANDAARD		
	Hooflid	Volvassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volvassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volvassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R3,873	R3,092	R1,042	R3,009	R2,298	R840	R1,891	R1,312	R431
R4,000 – R5,499	R4,089	R3,302	R1,110	R3,184	R2,464	R934	R1,980	R1,382	R486
R5,500 – R6,999	R4,320	R3,518	R1,214	R3,355	R2,622	R998	R2,076	R1,549	R601
R7,000 – R7,999	R4,545	R3,617	R1,324	R3,529	R2,680	R1,092	R2,233	R1,856	R778
R8,000 – R8,999	R4,781	R3,819	R1,384	R3,721	R2,840	R1,164	R2,233	R1,856	R778
R9,000 – R9,999	R5,046	R4,001	R1,454	R3,912	R2,984	R1,211	R2,233	R1,856	R778
R10,000 – R10,999	R5,296	R4,203	R1,583	R4,121	R3,144	R1,321	R2,233	R1,856	R778
R11,000+	R5,582	R4,431	R1,670	R4,330	R3,307	R1,368	R2,239	R1,860	R779

* 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.

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

Inkomstekategorieë	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R387	R309	R104
R4,000 – R5,499	R409	R330	R111
R5,500 – R6,999	R432	R352	R121
R7,000 – R7,999	R455	R362	R132
R8,000 – R8,999	R478	R382	R138
R9,000 – R9,999	R505	R400	R145
R10,000 – R10,999	R530	R420	R158
R11,000+	R558	R443	R167

* 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.

3. Bydraesubsidies vanaf 1 Januarie 2025 tot 31 Desember 2025 (waar van toepassing)

Inkomstekategorieë	REMEDI OMVATTEND*			REMEDI KLASSEK			REMEDI STANDAARD		
	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**	Hooflid	Volwassene of huweliksmaat	Kind**
R0 – R3,999	R2,245	R920	R702	R2,177	R854	R666	R1,609	R903	R302
R4,000 – R5,499	R2,379	R1,004	R743	R2,303	R924	R698	R1,697	R937	R345
R5,500 – R6,999	R2,498	R1,073	R821	R2,423	R998	R762	R1,783	R1,047	R427
R7,000 – R7,999	R2,644	R1,101	R889	R2,558	R1,017	R840	R1,894	R1,244	R547
R8,000 – R8,999	R2,784	R1,152	R925	R2,694	R1,064	R874	R1,894	R1,244	R547
R9,000 – R9,999	R2,921	R1,205	R966	R2,833	R1,112	R874	R1,894	R1,244	R547
R10,000 – R10,999	R3,089	R1,277	R1,042	R2,988	R1,182	R969	R1,894	R1,244	R547
R11,000+	R3,246	R1,347	R1,115	R3,144	R1,256	R1,016	R1,900	R1,247	R548

* 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.



WAGTYDPERKE, UITSLUITINGS EN DISKRESIONÊRE TOEGEWINGS



MEDIËSE 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.

REMEDI 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 mamoplastiek)

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 verband hou met 'n siektetoestand, ongeluk of versteuring nie
- Goud: Die gebruik van goud in kunsgebiet 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, versagende middels vir die vel en bevoigtigers. Dit sluit aanbringers en toediensers, 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

- Uitsluitings en kostes wat meer is as die voordeel waarop 'n lid volgens die Skemareëls geregtig is, tensy die Raad van Trustees 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 hier bo 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 betaling 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*-aanseke te evalueer. Hierdie komitee het 'n mandaat om besluite oor *ex gratia*-aanseke 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.



remedi



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 Vitality (Pty) Ltd is 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste.

RCK_103668DH_12/11/2024_V8