**Mediesehulpskema teenoor gesondheidsversekeringspolis – Wat is die verskil, en watter een is die regte een vir my?**

***Voorwoord/Inleiding***

Of jy ’n mediesehulpskema of ’n gesondheidsversekeringspolis kies, sal afhang van jou leefstyl, jou behoeftes en jou begroting. Die koste van die twee verskil omdat die produkte verskillende dienste en voordele bied. Hierdie hulpbron sal inligting aan jou oor albei opsies verskaf, sodat jy ’n ingeligte besluit kan neem.

Dit is belangrik om te weet watter wette op hierdie produkte van toepassing is en watter organisasies hierdie wette toepas.

* Mediesehulpskemas is slegs onderhewig aan die Wet op Mediese Skemas (Wet 131 van 1998), wat deur die Raad vir Mediese Skemas (RMS) toegepas word.
* Vir die regverdige behandeling van kliënte is nielewensgesondheidsversekeraars onderhewig aan die Wet op Korttermynversekering (Wet 53 van 1998) en lewensgesondheidsversekeraars is onderhewig aan die Wet op Langtermynversekering (Wet 52 van 1998), soos van toepassing, en die wette word deur die Financial Sector Conduct Authority (FSCA) toegepas.
* Nielewens- en lewensgesondheidsversekeraars is ook onderhewig aan die Versekeringswet (18 van 2017), welke wet hulle finansiële gesondheid bevorder en deur die Prudential Authority (PA) (deel van die Suid-Afrikaanse Reserwebank (SARB)) toegepas word.

**Let wel:** Korttermynversekering word nou nielewensversekering genoem, terwyl langtermynversekering nou bekend staan as lewensversekering.

Volgens wet moet mediesehulpskemas in die voorsiening van gesondheidsorg en dekking vir mediese uitgawes nie onregverdig diskrimineer op grond van ras, ouderdom, geslag, huwelikstaat, etniese of sosiale herkoms, seksuele georiënteerdheid, swangerskap, gestremdheid of gesondheidstoestand nie. Soortgelyke vereistes wat onregverdige diskriminasie voorkom, geld ten opsigte van gesondheidsversekeringspolisse.

Daar is verskillende rolspelers waarvan jy bewus moet wees. Die mediesehulpskema (in die geval van mediese hulp) of die versekeraar/produkverskaffer (in die geval van ’n gesondheidsversekeringspolis) is uiteindelik daarvoor verantwoordelik om jou te dek vir die mediese uitgawes of om die bedrag waarop volgens die versekeringskontrak ooreengekom is, uit te betaal. ’n Gemagtigde finansiële raadgewer kan jou help om ’n finansiële produk te kies wat by jou mediese en gesondheidsbehoeftes en begroting pas – hierdie persone word ook deur die FSCA gereguleer, maar kragtens ’n ander wet, naamlik die Wet op Finansiële Advies- en Tussengangersdienste (Wet 37 van 2002). Produkverskaffers is gemagtig om hulle finansiële produkte en dienste deur finansiële raadgewers of regstreeks deur televerkope of die internet te verkoop.

As jy finansiële advies kry, dring daarop aan dat die raadgewer jou besonderhede gee van die gelde, koste en wat by die dekking ingesluit/uitgesluit is. Vir meer inligting oor die rol van die finansiële raadgewer, besoek [www.fscamymoney.co.za](http://www.fscamymoney.co.za)

’n Lys van woordomskrywings is aan die einde van hierdie hulpbron vir verwysingsdoeleindes beskikbaar. Hierdie woordelys sal jou help om die tegniese terme met betrekking tot mediese hulp en gesondheidsversekering te verstaan.

**Inhoudbladsy**

1. Wat is ’n mediesehulpskema?
2. Wat is gesondheidsversekering?
3. Die verskil tussen ’n mediesehulpskema en gesondheidsversekering
4. Algemene vrae – Mediesehulpskemas
5. Algemene vrae – Gesondheidsversekering
6. Hoe gaan ek te werk om tussen ’n mediesehulpskema en ’n gesondheidsversekeringspolis te kies?
7. Hoe om ’n klagte teen ’n mediesehulpskema in te dien
8. Hoe om ’n klagte teen ’n gesondheidsversekeraar te lê
9. Nuttige kontakte
10. **Wat is ’n mediesehulpskema?**

’n Mediesehulpskema help jou om vir jou gesondheidsorgbehoeftes te betaal, soos mediese uitgawes met betrekking tot doktersbesoeke, verpleging, chirurgie, tandheelkunde, optometrie, medisyne en hospitaalverblyf wanneer dit nodig is. ’n Mediesehulpskema verskaf gewoonlik meer voordele as gesondheidsversekering.

Mediesehulpskemas is organisasies ‘sonder winsoogmerk’. Hulle het nie aandeelhouers nie en betaal ook nie dividende op winste wat gemaak word nie. Mediesehulpskemas bestaan vir hulle lede aangesien alle fondse saamgevoeg en beveilig word om gebruik te word om eise in ooreenstemming met die skema se reëls te betaal en te verseker dat alle lede gelyk en regverdig versorg word (relatief tot hulle keuse van voordeelplan). Alle surplusse (die “winste” van die vorige jaar) word belê namens die lede wat by die mediesehulpskema aangesluit het, in ooreenstemming met die wet.

Lede wat aan ’n mediesehulpskema behoort, maak bydraes (maandelikse betalings) en in ruil ontvang hulle mediese dekking in ooreenstemming met die reëls van die skema. Alle mediesehulpskemas moet die Voorgeskrewe Minimum Voordele verskaf, wat later in meer besonderhede in hierdie hulpbron bespreek word.

Daar is twee soorte mediesehulpskemas, naamlik **oop** en **geslote** (beperkte) skemas. Enige persoon kan by ’n oop skema aansluit, maar geslote skemas is vir die werknemers, spesifieke werkgewergroepe of lidmaatskap van ’n spesifieke beroep, bedryf, vereniging of vakbond.

Alle mediesehulpskemas in Suid-Afrika word bedryf in ooreenstemming met die Wet op Mediese Skemas (Wet 131 van 1998) en word gereguleer deur die Raad op Mediese Skemas (RMS).

**Mediesehulpskemas is gebaseer op drie unieke beginsels, soos gestipuleer in die Wet op Mediese Skemas, naamlik:**

* 1. **Oop aansluiting**

Alle geregistreerde oop mediesehulpskemas moet enige persoon toelaat om by die skema aan te sluit. Hulle mag nie diskrimineer teen enige persoon wat by ’n skema wil aansluit en die maandelikse lidmaatskapbydraes kan betaal nie. ’n Geregistreerde mediesehulpskema kan dus nie ’n aansoek afkeur nie. Hoewel mediesehulpskemas enige persoon inskryf, kan hulle sekere **wagtydperke** vir nuwe lede en/of hulle afhanklikes oplê wanneer by ’n mediesehulpskema aangesluit word. Wagtydperke hang af van die tydsduur wat ’n aansoeker lid van ’n mediesehulpskema was ten tyde van aansluiting by ’n nuwe skema. Daar is tipies twee soorte wagtydperke:

* ’n Algemene wagtydperk van tot drie maande, opgelê wanneer van mediesehulpskema verander word. Gedurende hierdie wagtydperk moet lede hulle normale maandelikse bydraes betaal, maar is nie geregtig om enige voordele gedurende die wagtydperk te eis nie, behalwe in gevalle waar ’n uitsondering vir Voorgeskrewe Minimum Voordele van toepassing is.
* Voorwaarde-spesifieke wagtydperk van tot 12 maande. Gedurende hierdie tydperk moet lede hulle normale maandelikse bydraes betaal. Enige voorafbestaande gesondheidstoestand(e) (soos geïdentifiseer gedurende die aansoek) sal uitgesluit wees en alle verwante mediese koste gedurende hierdie tydperk van 12 maande sal vir die lid se eie sak wees tensy ’n uitsondering van Voorgeskrewe Minimum Voordele van toepassing is.

Vra jou finansiële raadgewer watter wagtydperke van toepassing is wanneer ’n mediesehulpskema gekies word.

Mediesehulpskemas kan ook kies om ’n boete vir laat aansluiting te hef. ’n **Boete vir laat aansluiting** is ’n boetebedrag wat die mediesehulpskema kan oplê op enige persoon wat op die ouderdom van 35 en ouer aansluit om billik teenoor bestaande lede te wees, aangesien daardie persoon in ’n later stadium in die lewe aansluit wanneer daar waarskynlik duurder mediese behoeftes sal wees.

* 1. **Voorgeskrewe Minimum Voordele**

Voorgeskrewe Minimum Voordele, ook bekend as VMV’s, is ’n stel omskrewe voordele wat verseker dat alle mediesehulpskemalede toegang tot ’n sekere minimum gesondheidsdienste het, ongeag die voordeelopsie wat hulle gekies het. Die oogmerk is om deurlopende sorg aan mense te gee om hulle gesondheid en welsyn te verbeter en gesondheidsorg meer bekostigbaar te maak.

Voorbeeld:

*“Felicity het pas die eerste keer by ’n mediesehulpskema aangesluit, sy het ’n konsultasie met ’n sielkundige nodig. Sy wil weet hoe haar mediese skema vir hierdie diens gaan betaal.*

*Die mediesehulpskema sal vir die diens betaal nadat die driemaande-wagtydperk verby is, as die toestand ’n VMV is.”*

Voorgeskrewe Minimum Voordele is ’n kenmerk van die Wet op Mediese Skemas ingevolge waarvan mediesehulpskemas die koste moet betaal[[1]](#footnote-1) met betrekking tot die diagnose, behandeling en versorging van:

* Enige nood- mediese toestand;
* ’n Beperkte stel van 271 mediese toestande; en
* 25 chroniese toestande.

Voordat jy by die skema aansluit, sal jou mediesehulpskema jou voorsien van ’n lys van die mediese en chroniese toestande wat hy dek. Jy sal ook voorsien word van inligting oor aangewese diensverskaffers, gelyste medikasie en medisyne wat gedek sal word.

’n Geregistreerde mediesehulpskema kan nie enige mediese toestand uitsluit wat nie in die 12 maande voor aansoek om by die skema aan te sluit, gediagnoseer of behandel is nie. Byvoorbeeld, as ’n begunstigde MIV ná die algemene wagtydperk van drie maande opdoen, moet die skema die koste met betrekking tot die virus betaal.

Indien die skema ’n 12-maande-uitsluiting van ’n spesifieke mediese toestand opgelê het en die 12-maande-tydperk het verstryk, is die skema aanspreeklik om die toestand te dek in ooreenstemming met die voordeelopsie vir die spesifieke voordeelopsiejaar.

* 1. **Gemeenskapsaanslag**

Geregistreerde mediesehulpskemas word nie toegelaat om lede verskillende bydraes vir dieselfde plan te vra nie, tensy sodanige bydraes gebaseer is op die aansoeker se inkomstevlak en/of die aantal afhanklikes. Met ander woorde, persone met ’n laer inkomste kan ’n kleiner maandelikse lidmaatskapbydrae betaal vergeleke met diegene met ’n hoër inkomste, en die skema kan die hooflid minder per persoon vra as hy/sy afhanklikes het.

1. **Wat is gesondheidsversekering?**

’n Gesondheidsversekeringspolis is ’n tipe versekeringskontrak tussen ’n versekeraar en ‘n polishouer (’n versekeringspolis genoem). Die polishouer beloof om ’n premie te betaal en die versekeraar beloof, in ruil daarvoor, om polisvoordele te verskaf indien ’n onbeplande of onsekere gesondheidsgebeurtenis (soos in die kontrak genoem) plaasvind.

’n Versekeringspolis kan nie aanbied om te betaal vir mediese uitgawes of die koste van dienste wat gereguleer word kragtens die Wet op Mediese Skemas (Wet 131 van 1998) nie. Gesondheidsversekering kan die vorm van óf ’n korttermyn-(nielewens)versekeringspolis óf ’n langtermyn-(lewens)versekeringspolis aanneem.

Die voordeel kan óf ’n vasgestelde bedrag geld per dag wees óf ’n maksimum enkelbedragbetaling. Dit word normaalweg regstreeks aan die polishouer in plaas van aan die verskaffer van die mediese sorg betaal. Reëlings kan egter in sekere gevalle getref word om ’n gesondheidsorgverskaffer regstreeks te betaal. Gesondheidsversekeraars is gelisensieer om versekeringsake te doen en word besit deur aandeelhouers en is kommersieel winsgedrewe.

Tipes korttermyn- (nielewens)gesondheidsversekeringspolisse is:

* Dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie (hospitalisasiepolis)
* Tekort op mediese uitgawes (tekortdekking)
* Toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria
* Internasionale reisversekering
* Mediese noodontruiming of -vervoer

Tipes langtermyn- (lewens)gesondheidsversekeringspolisse is:

* Dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie, wat ’n enkelbedragkontant bied wat betaalbaar is vir elke dag wat die versekerde in die hospitaal is, en wat bedoel is om vir, onder andere, verlies aan inkomste as gevolg van hospitalisasie te betaal.
* Versorging van verswaktes
* Toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria
* Mediese noodontruiming of -vervoer

**Gesondheidsversekering is op drie unieke beginsels gebaseer, naamlik:**

* 1. **Reëls vir versekeraars ten opsigte van** **gesondheidsversekeringspolisse**

Gesondheidsversekeringspolisse mag nie betaal vir mediese uitgawes soos doktersbesoeke, hospitaalrekenings of enige van die koste of dienste wat gereguleer word kragtens die Wet op Mediese Skemas nie.

Daar is ’n paar uitsonderings op die bogenoemde reël. Hierdie uitsonderings is van toepassing op die volgende tipes versekeringspolisse:

* Tekortdekking (ook bekend as dekking vir tekort op mediese uitgawes)
* Toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria
* Internasionale reisversekering
* Mediese noodontruiming of -vervoer
* Versorging van verswaktes

Die volgende reëls is van toepassing op alle gesondheidsversekeringspolisse, uitgesonderd internasionale reisversekering, mediese ontruiming en versorging van verswaktes, naamlik tekortdekking, dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie of dekking ten opsigte van die toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria:

* Moet op ’n groepgrondslag onderskryf word.
* Mag nie teen ’n polishouer diskrimineer op grond van ras, ouderdom, geslag, huwelikstaat, etniese of sosiale herkoms, seksuele georiënteerdheid, swangerskap, gestremdheid, gesondheidstoestand of enige soortgelyke gronde nie.
* ’n Versekeraar kan nie weier om kontrakte ten opsigte van hierdie polisse met potensiële polishouers aan te gaan nie, buiten waar daardie potensiële polishouer voorheen ’n bedrieglike daad met betrekking tot versekering gepleeg het.

Die volgende reël is van toepassing op alle gesondheidsversekeringspolisse, buiten tekortdekking:

* ’n Versekeraar mag nie vereis dat die polishouer of versekerde persoon ’n lid van ’n mediesehulpskema moet wees nie.
	1. **Wagtydperke ten opsigte van gesondheidsversekering**

’n Gesondheidsversekeringspolis wat tekortdekking, dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie of dekking ten opsigte van die toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria verskaf, kan voorsiening maak vir ’n:

* Algemene wagtydperk van tot 3 maande; en
* Wagtydperk van tot 12 maande vir spesifieke toestande en/of voorafbestaande toestande.

Ten opsigte van hierdie gesondheidsversekeringspolisse is daar sekere vereistes met betrekking tot wagtydperke wat die versekeraar moet nakom.

’n Versekeraar mag nie ’n wagtydperk vir ’n spesifieke toestand op ’n polishouer se gesondheidsversekeringspolis oplê nie, tensy daardie polishouer:

* Vir 3 maande voordat hy die ‘nuwe’ gesondheidsversekeringspolis uitneem, ’n ander gesondheidsversekeringspolis met wesenlik dieselfde voordele gehad het; **en**
* die voorwaarde-spesifieke wagtydperk ten opsigte van daardie gesondheidspolis voltooi het.

Voorts, waar ’n wagtydperk van ’n polishouer kragtens ’n vorige gesondheidspolis ten opsigte van die genoemde polisse nie verstryk het op die tydstip wat die polishouer na ’n nuwe gesondheidspolis (met baie soortgelyke voordele) oorgaan nie, die versekeraar van die nuwe gesondheidsversekeringspolis ’n wagtydperk gelykstaande aan dié wat op daardie vorige polis oorgebly het, kan oplê.

**2.3 Openbaarmakingsvereistes wanneer ’n gesondheidsversekeringspolis uitgeneem word**

’n Versekeraar moet die volgende openbaarmakingsvereistes nakom ten opsigte van alle gesondheidsversekeringspolisse, uitgesonderd internasionale reisversekering, mediese ontruiming en versorging van verswaktes, naamlik tekortdekking, dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie of ’n polis wat dekking voorsien ten opsigte van toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria:

* Mag nie die indruk skep dat dit ’n plaasvervanger vir lidmaatskap van mediese skemas is nie.
* ’n Versekeraar mag nie, ten opsigte van ’n gesondheidsversekeringspolis wat dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie dek, die indruk skep dat dit jou vir mediese onkoste dek nie.
1. **Die verskil tussen ’n mediesehulpskema en gesondheidsversekeringspolis**

Die tabel hieronder lys die verskille tussen mediesehulpskemas en gesondheidsversekering.

| **MEDIESEHULPSKEMA** | **GESONDHEIDSVERSEKERING**  |
| --- | --- |
| Geen maksimum intree-ouderdom (geen diskriminasie). | Sommige polisse het maksimum intree-ouderdomme. |
| ’n Lid van een mediesehulpskema kan nie ’n lid van meer as een mediese skema wees nie.  | Daar is geen perk op die aantal gesondheidsorgpolisse wat ’n persoon kan hê nie, maar daar is sekere reëls oor die waarde van die voordele wat sulke polisse kan verskaf. As die polishouer oorverseker is, kan hy/sy nie die volle uitbetaling kry waartoe hy/sy bygedra het nie. Die rede hiervoor is dat risikodekking die versekerde vergoed vir die verlies wat gely is as gevolg van die versekerde gebeurtenis wat plaasvind.  Dit is nie bedoel om die versekerde of die ontvanger van die opbrengs van die polis te verryk nie. |
| Oop inskrywing – oop mediesehulpskemas kan nie lidmaatskap weier nie. | Lidmaatskap kan geweier word gebaseer op jou risikoprofiel as die versekeraar kies om dit te doen. |
| Gemeenskapsaanslag:* Alle lede betaal dieselfde bydrae in ooreenstemming met die opsie/plan wat gekies word en die aantal lede (familiegrootte). Premies word in die gekose voordeelpakket vasgestel en kan nie inkomstegebaseer wees of gebaseer word op die aantal afhanklikes nie.
* Gelyke premiebydrae vir hoë- en laerisikolede.
 | Premies word risiko-aangeslaan, sommige op ’n individuele grondslag en sommige op ’n groepgrondslag. Dit hang af van die reëls in die wet.Vir tekortdekking, dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie, toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria, word die premie bepaal deur die groep waarvan die polishouer deel uitmaak. Dus, soortgelyk aan mediese skemas met hierdie tipe dekking, betaal alle lede (ongeag ouderdom, geslag, inkomste, ens.) dieselfde premie vir dieselfde voordele.  Vir produkte wat internasionale reisversekering, mediese noodontruiming of -vervoer of versorging van verswaktes bied, kan die premie bepaal word deur die individuele risikoprofiel van die polishouer. ’n Versekeraar kan vereis dat ’n polishouer wat ná ’n spesifieke ouderdom ‘n gesondheidsversekeringspolis uitneem, ’n hoër premie betaal as ’n polishouer wat die kontrak op ’n jonger ouderdom aangaan, mits dieselfde hoër premie betaalbaar is deur alle polishouers van dieselfde ouderdom. |
| Word deur die meeste privaat hospitale (elektief en nood) aanvaar, afhangende van die gekose skemavoordeelpakket (voorafmagtiging kan nodig wees). | Dek nie mediese of hospitaaluitgawes nie; verskaf gewoonlik ’n enkelbedrag of randbedrag per dag (beperk tot die bedrae wat by wet voorgeskryf word) vir die aantal dae wat die polishouer in die hospitaal is. |
| Skemareëls vir die spesifieke voordeelopsie sal die omvang van voordele vir nie-Voorgeskrewe Minimum Voordeeltoestande aandui. Beperkings vir spesifieke prosedures/toestelle (bv. optometrie- of prostesevoordele) sal gestipuleer word in die skemareëls vir die spesifieke voordeelpakket wat vir die spesifieke voordeeljaar gekies is. | Die voordeel is óf ’n vasgestelde bedrag geld bereken per dag óf ’n enkelbedraggeld wat betaal word as ’n spesifieke gebeurtenis plaasvind (bv. ’n spesifieke gesondheidstoestand ontwikkel). Dit is nie ’n bedrag geld wat die koste/uitgawes van ’n spesifieke mediese prosedure dek nie. |
| Betaal binne-hospitaalvoordele, gebaseer op geregistreerde skemareëls.  | Betaal nie vir die koste van hospitalisasie, doktersrekenings of ander mediese uitgawes nie. Bied ’n vasgestelde bedrag geld aan die polishouer bereken per dag of enkelbedragvoordeel wat betaal word as ’n spesifieke gebeurtenis plaasvind. |
| Behandeling vir gevreesde siektes is onderhewig aan waarvoor daar in die Voorgeskrewe Minimum Voordele voorsiening gemaak word. Bykomende behandeling (bv. biologiese geneesmiddelbehandeling of behandelings waarvoor daar nie in die Voorgeskrewe Minimum Voordele voorsiening gemaak word nie) sal in ooreenstemming met die skemareëls van die gekose mediesehulpskemapakket befonds word. | Mag slegs onkoste/uitgawes van toetsing en behandeling vir MIV, vigs, tuberkulose en malaria dek. Alle ander tipes versekeringspolisse betaal nie vir die mediese uitgawes met betrekking tot gevreesde siektes nie, maar kan vaste bedrae geld aan die polishouer of ’n enkelbedragvoordeel vir spesifieke gevreesde siektes volgens polisskedule uitbetaal. |
| Hospitalisasieperke per jaar is hoog of onbeperk, in ooreenstemming met voordeelopsies gestipuleer in die skemareëls vir ’n spesifieke voordeeljaar. | Die voordele vir tekortdekking en dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie is beperk ingevolge die wet. Tekortdekking mag nie meer as R172 000 per persoon per jaar uitbetaal nie. Dekking vir niemediese uitgawes as gevolg van hospitalisasie kan slegs ’n maksimum van R20 000 per jaar uitbetaal. |

1. **ALGEMENE VRAE – *MEDIESEHULPSKEMAS***
	1. **Wat is ’n mediesespaarrekening?**

Sommige mediesehulpskema-opsies het wat ’n **mediesespaarrekening (MSR) genoem word.** Dit is gewoonlik ’n persentasie van jou maandelikse bydrae (maksimum 25%), wat gebruik word om dag-tot-dag- en tipies buite-hospitaal- mediese uitgawes te betaal. Enige ongebruikte fondse word na die volgende jaar oorgedra, en wanneer jy van skema verander, kan dit na die volgende mediese skema oorgeplaas word as dit ’n MSR-opsie het, of dit is aan jou betaalbaar as jy na ’n skema sonder ’n spaarrekening verander.

1. **ALGEMENE VRAE – *GESONDHEIDSVERSEKERING***
	1. **Kan my familielede kragtens my gesondheidsversekering gedek word?**

Ja, en jy kan dekking kry vir jouself en enige familielid wat jy wil dek, as jou plan daarvoor voorsiening maak.

* 1. **Is dit moontlik om die versekerde bedrag (dekkingsbedrag) te verhoog as ek ’n bestaande gesondheidsversekeringspolis het?**

Ja, dit is moontlik om die versekerde bedrag tot die toegelate maksimum (indien van toepassing) te verhoog as jy reeds ’n versekeringspolis het. Dit kan gedoen word deur jou versekeraar te kontak en uit te vind wat die koste van so ’n verhoging sal wees, en die veranderings wat dit aan die versekeringskontrak (polis) tussen jou en die versekeraar sal vereis.

1. **Hoe gaan ek te werk om tussen ’n mediesehulpskema en ’n gesondheidsversekeringspolis te kies?**
* Identifiseer ’n paar mediesehulpskemas/gesondheidsversekeringspolisse en vra inligting oor hulle voordele, bydraes/premies, beperkings en uitsluitings. Vergelyk die inligting wat verskaf word om te sien watter een die beste aan jou behoeftes voldoen.
* Buiten die gesondheidsorgvoordele, vind ook uit wat die skemas/gesondheidsversekeraars se reserwes (solvensieverhouding) en niegesondheidsorguitgawes, soos administrasiekoste, is om te verseker dat die skema wat jy kies in goeie finansiële gesondheid is en goeie waarde bied – hoë administrasie- of ander gelde beteken dat jy meer vir jou dekking betaal relatief tot ’n ander skema met laer gelde.
* Laastens, kies ’n gepaste opsie in ooreenstemming met jou gesondheidsorgbehoeftes, jou lewenstadium en wat jy kan bekostig.
* ’n Finansiële raadgewer kan jou help om die regte oplossing vir jou behoeftes en begroting te vind – gaan na of die raadgewer gepas deur die FSCA gemagtig is.
1. **Hoe om ’n klagte teen ’n mediesehulpskema in te dien**

Mediesehulpskemas het hulle eie interne klagteprosedureproses. Jy het die volgende opsies beskikbaar as jy nie tevrede is met enige aspek van jou mediesehulpskema nie:

* Stel jou mediesehulpskema skriftelik in kennis van jou klagte.
* As jou klagte nie tot jou tevredenheid en binne ’n redelike tyd opgelos word nie, kan jy die klagte na die RMS verwys.
1. **Hoe om ’n klagte teen ’n gesondheidsversekeraar te lê**

Gelisensieerde versekeraars het almal voorgeskrewe klagteraamwerke en prosedures vir die oplossing van geskille. Jy het die volgende opsies as jy nie tevrede is met hulle finansiële produkte of dienste nie:

* Stel jou gesondheidsversekeraar of gemagtigde FDV skriftelik van jou klagte in kennis.
* As jou probleem nie tot jou tevredenheid en binne ’n redelike tyd opgelos word nie, kan jy die aangeleentheid gratis na die Ombudsman vir Korttermynversekering, die Ombudsman vir Langtermynversekering of die Ombudsman vir Finansiëlediensteverskaffers (andersins bekend as die FAIS Ombud) verwys.
* As jou klagte betrekking het op ’n moontlike oortreding van die Wet op Korttermynversekering of die Wet op Langtermynversekering, moet jy die Financial Sector Conduct Authority (FSCA) kontak. As die klagte betrekking het op ’n moontlike oortreding van die Versekeringswet, moet jy die Prudential Authority (PA) kontak. As enigeen van hierdie wette oortree is, kan die ombudsman jou klagte aan die FSCA of PA oorhandig.

**Woordelys**

|  |  |
| --- | --- |
| **Term** | **Definisie**  |
| **Beperkings en uitsluitings**  | Beperkings beteken dat jou mediesehulpskema of gesondheidsversekeringspolis beperkte dekking vir sekere mediese toestande, tipes behandeling of omstandighede verskaf. ’n Uitsluiting beskryf ’n mediese toestand of tipe verlies wat nie deur ’n skema of versekeraar gedek word nie. Verskillende polisse kan verskillende uitsluitings hê, aangesien die regulasies nie spesifiseer watter tipe risiko ’n versekeraar moet dek nie. Aangesien daar geen VMV’s is wat op versekeraars van toepassing is nie, bly dit ’n sakebesluit van die versekeraar om te besluit watter tipe risiko’s hy sal dek. |
| **Afkoeltydperk**  | As jy onlangs ’n gesondheidsversekeringspolis met ’n kontraktermyn van meer as 31 dae gekoop het en geen voordeel is betaal of geëis nie en jy besluit dit is nie geskik nie of jy dit om een of ander rede nie wil hê nie, kan jy die polis kanselleer binne 14 dae nadat jy dit gekoop het. As jy ’n gesondheidsversekeringspolis met ’n kontraktermyn van ’n maand of korter koop, kan jy die polis gewoonlik onmiddellik kanselleer.Hierdie tydperk van 14 dae is die afkoeltydperk, en is net op ’n gesondheidsversekeringspolis van toepassing.  |
| **Openbaarmaking** | ’n Proses waarvolgens die lid en die mediesehulpskema, of die polishouer en die versekeraar, alle wesenlike feite teenoor mekaar bekend moet maak voordat die kontrak geteken en gesluit word. As daar sleutelinligting oor jou eisegeskiedenis of jou mediese geskiedenis is, moet hierdie inligting vooraf aan jou finansiëlediensteverskaffer/finansiële raadgewer/makelaar openbaar word. |
| **Polisbepalings en voorwaardes/skemareëls** | Polisbepalings en voorwaardes is spesifieke bepalings, gedragsreëls, pligte en verpligtinge waaraan ’n versekerde persoon moet voldoen ten einde deur die bepaalde polis gedek te bly. As die polisvoorwaardes nie nagekom word nie, kan die versekeringspolis nie ’n eis uitbetaal nie.Die bepalings en voorwaardes van ’n mediesehulpskema word die skemareëls genoem. Die skemareëls van die spesifieke voordeelopsie vir die voordeelopsiejaar sal die bepalings en voorwaardes van die kontrak tussen die lid en die mediesehulpskema aandui. Soortgelyk aan polisbepalings en -voorwaardes, dui dit op die spesifieke bepalings, gedragsreëls, pligte en verpligtinge waaraan ’n lid moet voldoen ten einde deur die mediesehulpskema gedek te bly. |
| **Premie/bydrae** | Is die bedrag geld wat jy aan ’n mediesehulpskema sal betaal in ruil vir “gesondheidsorgdekking” of aan ’n versekeraar sal betaal in ruil vir “polisvoordele”, soos in die poliskontrak of lidmaatskapdokumente uiteengesit. Premies/bydraes word met gereelde ooreengekome tussenposes betaal, gewoonlik maandeliks of jaarliks. Hierdie terme kan uitruilbaar gebruik word.  |
| **Voordeel**  | Die bedrag deur die versekeraar of mediesehulpskema betaalbaar aan die persoon wat ’n eis instel wanneer die versekerde persoon ’n verlies ly wat deur die gesondheidsversekeringspolis of mediesehulpskema gedek word.  |
| **Dekking vir tekort op mediese uitgawes – algemeen bekend as ~~tekortdekking/tekortversekeringspolis~~** | Tekortdekking, of ’n tekortversekeringspolis, is ’n korttermyn(nielewens)versekeringspolis ontwerp om bykomende beskerming te bied vir diegene wat reeds ’n mediesehulpskema het. Dit dek die tekort, of deel van die tekort, tussen jou mediesehulpskema se tarief (MST) en die werklike gelde wat deur private gesondheidsorgkundiges gevra word. Dit is daarop gemik om te verseker dat jy gedek is wanneer jou mediese koste of uitgawes jou mediesehulpskematarief oorskry, of enige verwante tekort, sodat jy nie ’n finansiële verlies ly nie, mits sekere regsbeperkings, bepalings en voorwaardes nagekom word. Tekortdekking word nie toegelaat om meer as R172 000 per persoon per jaar (in 2021) uit te betaal nie. |
| **Aangewese diensverskaffer** | ’n Gesondheidsorgverskaffer of groep gesondheidsorgverskaffers, wat deur die mediesehulpskema gekies is as sy voorkeurverskaffer(s) om diagnose, behandeling en mediese sorg aan lede te verskaf. As dienste deur ’n aangewese diensverskaffer in ooreenstemming met die VMV-geregtigdheid gelewer word, kan geen medebetaling (bykomende koste vir jou) van toepassing wees nie. |

**Nuttige kontakte**

**Financial Sector Conduct Authority (FSCA)**

Om na te gaan of ’n finansiëlediensteverskaffer (FDV), in hierdie geval die gesondheidsversekeraar of finansiële raadgewer wat ’n mediesehulpskema of gesondheidsversekeringspolis aan jou verkoop, gelisensieer en gemagtig is om hierdie finansiële produkte en dienste aan jou te verkoop, kontak die FSCA.

|  |  |
| --- | --- |
| FSCA-skakelbord |  012 428 8000 |
| Oproepsentrum  |  0800 20 3722 (FSCA) |
| Faksnommer |  012 346 6941 |
| E-posadres |  Info@fsca.co.za /enquiries@fsca.co.za  |
| Fisiese adres |  Riverwalk Office Park, Blok B, Matroosbergweg 41, Ashlea Gardens, Pretoria, Suid-Afrika 0081 |
| Posadres |  Posbus 35655, Menlo Park, Pretoria 0102 |
| Webwerf |  [www.fsca.co.za](http://www.fsca.co.za) |

Vir meer inligting oor gebruiker- finansiële opvoeding (CED) of as jy wil hê die CED moet ’n gratis finansiëlegeletterdheidwerkwinkel in jou area, gemeenskap, kerk, skool of werkplek aanbied, kontak die **FSCA se CED.**

|  |  |
| --- | --- |
| E-pos |  CED.Consumer@fsca.co.za  |
| Webwerf |  [www.fscamymoney.co.za](http://www.fscamymoney.co.za) |

**Prudential Authority (PA)**

Om uit te vind of ’nversekeraar gelisensieer is om sake te doen,kontak die PA**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon | 012 313 3911/ 0861 12 SARB (0861 12 7272) |
| Faks | 012 313 3197/012 313 3929 |
| E-pos | PA-Info@resbank.co.za |
| Posadres | Posbus 8432, Pretoria 0001 |
| Fisiese adres | Suid-Afrikaanse Reserwebank, Helen Josephstraat 370, Pretoria 0002 |
| Webwerf | [www.resbank.co.za](http://www.resbank.co.za/)  |

**Ombudsman vir Korttermynversekering (OKV**) **en Ombudsman vir Langtermynversekering (OLV)**

Vir klagtes met betrekking tot gesondheidsversekeringspolisse, kontak die Ombudsman virKorttermynversekering of die Ombudsman vir Langtermynversekering, afhangende van die polisklassifikasie, hetsy korttermyn(nielewe) of langtermyn(lewe). Let asseblief op dat jou versekeraar die geleentheid gegee moet word om die probleem of klagte op te los voordat dit na die FAIS Ombud verwys word.

**Ombudsman vir Korttermynversekering (OKV)**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon | 011 726 8900 |
| Sharecall | 0860 726 890 |
| Faks | 011 726 5501 |
| E-pos | info@ombud.co.za  |
| Fisiese adres | Sturdeeweg 1, 1ste Verdieping, Blok A, Rosebank, Johannesburg 2196 |
| Posadres | Privaat sak X45, Claremont, Kaapstad 7735 |
| Webwerf | [www.osti.co.za](http://www.osti.co.za) |

**Ombudsman vir Langtermynversekering**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon | 021 657 5000 |
| Sharecall | 0860 103 236 |
| Faks | 021 674 0951 |
| E-pos | info@ombud.co.za  |
| Fisiese adres | Dreyerstraat 21, 3de Verdieping, Sunclare Gebou, Claremont, Kaapstad, 7700 |
| Posadres | Privaat sak X45, Claremont, Kaapstad 7735 |
| Webwerf | [www.ombud.co.za](http://www.ombud.co.za) |

Nie seker watter ombud jy moet kontak nie? Kontak die **sentrale kontakpunt vir versekeringverwante klagtes en navrae.**

|  |  |
| --- | --- |
| Sharecall |  0860 103 236 / 0860 726 890 |
| Faks |  086 589 0696 |
| E-pos |  info@insuranceombudsman.co.za |
| Webwerf |  [www.insuranceombudsman.co.za](http://www.insuranceombudsman.co.za) |

**Raad vir Mediese Skemas (RMS)**

Kontak die RMS om meer uit te vind oor hulle rol, lederegte, Voorgeskrewe Minimum Voordele (VMV’s), en hoe om ’n klagte teen ’n mediese skema in te dien.

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon | 012 431 0500 |
| Kliëntedienssentrum | 0861 123 CMS (267) |
| Faks | 086 206 8260 |
| E-pos | information@medicalschemes.co.za  |
| **Klagtes** |
| Faks | 086 673 2466 |
| E-pos | complaints@medicalschemes.co.za  |
| Fisiese adres | Blok A, Eco Glades 2 Office Park, Witch-Hazellaan 420, Eco Park, Centurion, 0157 |
| Posadres | Privaat sak X34, Hatfield, 0028 |
| Webwerf | [www.medicalschemes.co.za](http://www.medicalschemes.com) |

**Ombud vir Finansiëlediensteverskaffers (FAIS Ombud)**

Vir klagtes met betrekking tot finansiële raadgewers en tussengangers, kontak die FAIS Ombud. Let asseblief op dat jou versekeraar die geleentheid gegee moet word om die probleem of klagte op te los voordat dit na die FAIS Ombud verwys word.

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon | 012 762 5000 |
| Sharecall | 086 066 3274 |
| Faks | 011 348 3447 |
| E-pos | info@faisombud.co.za |
| Klagtes oor ons diens | hestie@faisombud.co.za  |
| Navrae oor status van klagtes | enquiries@faisombud.co.za  |
| Fisiese adres | Kasteel Park Office Park, Oranje Gebou, 2de Verdieping, Jochemusstraat 546, Erasmuskloof, Pretoria, 0048 |
| Posadres | Posbus 74571, Lynnwoodrif 0040 |
| Webwerf | [www.faisombud.co.za](https://faisombud.co.za/) |

© 2021 FSCA

VRYWARING

*Die inligting wat in hierdie boekie vervat is, is slegs vir inligtingsdoeleindes deur die Financial Sector Conduct Authority (FSCA) verskaf. Hierdie inligting maak nie regs-, professionele of finansiële advies uit nie. Hoewel alles moontlik gedoen is om te verseker dat die inhoud nuttig en akkuraat is, gee die FSCA geen waarborge of ondernemings in hierdie verband nie en aanvaar nie enige regsaanspreeklikheid of verantwoordelikheid vir die inhoud of die akkuraatheid van die inligting wat aldus verskaf word nie, of vir enige verlies of skade wat regstreeks of onregstreeks ontstaan as daar op die gebruik van sulke inligting staatgemaak word nie. Buiten waar andersins verklaar, behoort die kopiereg van al die inligting aan die FSCA. Geen inligting in hierdie boekie mag gereproduseer of versend of hergebruik of op enige wyse of deur enige media beskikbaar gestel word nie, tensy skriftelike toestemming vooraf by die FSCA se Office of the General Counsel verkry is.*

1. Alle Voorgeskrewe Minimum Voordele moet deur mediesehulpskemas betaal word. Die bedrag daarvan is egter onderhewig aan skemareëls, gelyste medikasie en voorskrifversamelings. Indien jou skema ’n aangewese diensverskaffer aanstel en jy vrywilliglik ’n ander verskaffer gebruik, kan jou skema kies om nie die verskil tussen die werklike koste en wat hy sou moes betaal as jy sy aangewese diensverskaffer gebruik het, te betaal nie. [↑](#footnote-ref-1)