



اختيار بوليصة للتأمين الصحي

غطاء المستشفى

عند اختيار بوليصة للتأمين الصحي، يجب أن تفكر في احتياجاتك الصحية وتلك الخاصة بأسرتك. فيما يلي الأسئلة التي من المهم أن تسألها عن أية بوليصة للمستشفى.

فترات الانتظار قبل دفع المستحقات

تتطلب معظم شركات التأمين استكمال فترة عضوية محددة، معروفة باسم فترة الانتظار (Waiting Period)، قبل أن تصبح مغطى لبعض المستحقات.

وتطبق معظم شركات التأمين فترات الانتظار التالية حين تبدأ غطاءك التأميني:

- ▶ انتظار لمدة شهرين للرعاية النفسية أو إعادة التأهيل أو الرعاية التلطيفية (سواء أكانت لحالة موجودة من قبل أم لا).
- ▶ انتظار لمدة ١٢ شهراً لتلقي المستحقات عن أية حالات موجودة من قبل (Pre-existing Conditions).
- ▶ انتظار لمدة ١٢ شهراً لتلقي المستحقات عن أي علاج يتعلق بالتوليد (الحمل).
- ▶ انتظار عام لمدة شهرين عن أية مستحقات.

إذا رفعت درجة تغطيتك، فستطبق معظم شركات التأمين فترات انتظار على البنود التي لم تكن مشمولة في بوليصة تأمينك السابقة.

ينبغي على شركة تأمينك أن تخبرك بفترات الانتظار التي ستطبق عندما تنضم كعضو جديد أو تغير غطاءك الحالي. إذا كنت عضواً في صندوق تأمين صحي وقمت بالغاء بوليصتك فستطبق عليك فترات انتظار حين تنضم مرة أخرى.

توجد في بعض بوالص المستشفى فترات تطبيق حدود على المستحقات (Benefit Limitation Periods) لبعض أنواع العلاجات في المستشفى. قد تنطبق فترات تطبيق حدود على المستحقات لمدد تصل إلى سنة أو سنتين أو ثلاث سنوات بالإضافة لفترات الانتظار العادية ومدتها ١٢ شهراً. خلال هذه الفترة لن تدفع شركة التأمين إلا مستحقات محدودة لقاء أداء خدمات محددة.

الحالات الموجودة من قبل

طبقاً للقانون يتم تعريف الحالة الموجودة من قبل كاعتلال أو مرض أو حالة ظهرت عليك علامات أو أعراض لها خلال الأشهر الستة السابقة لاتخاذ غطاء تأميني للمستشفى أو السابقة لرفع درجة غطاءك.

وتنطبق هذه القاعدة حتى لو لم تكن أنت أو طبيبك على علم بهذه الحالة أو إذا لم يكن قد تم تشخيصها. إذا كنت تتوقع أن تدخل المستشفى في غضون الأشهر الاثني عشر الأولى من حصولك على تأمين صحي أو رفع درجته، يجب عليك الاتصال بشركة تأمينك على الفور لمعرفة ما إذا كان هذا مشمولاً.

للحصول على المزيد من المعلومات عن فترات الانتظار، يمكنك الرجوع إلى منشورنا.

العلاجات التي لن تتلقى مستحقات المستشفى الكاملة

تستثني بعض بوالص تأمين المستشفى علاجات معينة من تلقي المستحقات أو تقيّد مقدار المستحقات التي ستدفعها
لعلاجات معينة بشكل دائم.

إذا كانت بالبوليصة/استثناءات (Exclusions)، فلن تدفع شركة التأمين أيّة مستحقات عن العلاجات المدرجة
كاستثناءات.

وإذا كانت بالبوليصة/تقييدات (Restrictions)، فلن تدفع شركة التأمين إلا مستحقات محدودة عن العلاجات المدرجة
على أساس أنها مقيّدة. ومن المرجح أن تدفع نفقات كبيرة من جيبك الخاص.

تأكد من أنك تعرف العلاجات المستثناة أو المقيدة، وأنك على استعداد لتحمل مخاطرة عدم وجود غطاء كامل لتلك
العلاجات.

الزيادات أو المساهمة في دفع تكاليف زيارات المستشفى

يعرض معظم شركات التأمين خيار دفعك زيادة أو مساهمة وحصولك في المقابل على تخفيض أقساط العضويّة. إذا
اخترت زيادة أو مساهمة مرتفعة، فإنك ستدفع قسطاً أقل ممن لا يدفع زيادة أو مساهمة.

الزيادة (Excess) هي مبلغ مقطوع تدفعه تجاه مصروفات دخولك المستشفى قبل أن تدفع شركة التأمين المستحقات
عنها.

والمساهمة (Co-payment) هي مبلغ توافق على دفعه في كل مرة تدفع فيها شركة التأمين مستحقات لك. تكون
المساهمة واجبة للدفع عادةً عن كل يوم من الإقامة في المستشفى بحد أقصى محدد كمبلغ سنوي أو كمبلغ عن كل دخول
للمستشفى.

يجب أن تتحقق من قيمة أيّة زيادة أو مساهمة، إذا انطبق أيهما، وما إذا كان هناك حد لمقدار ما يجب أن تدفعه.

يرجى ملاحظة أنك إذا اخترت زيادة تفوق ٥٠٠ دولار عن كل فرد فقد تكون هناك تبعات ضريبية تبعاً لمكاسبك (انظر
أدناه).

الاتفاقيات بين شركات التأمين والمستشفيات الخاصة

من المهم أن تتأكد من أن لدى شركة تأمينك اتفاقيات مع مستشفيات خاصة في منطقتك أو غيرها من المستشفيات
الخاصة التي قد تذهب إليها. فلكل شركة تأمين شبكة مختلفة من المستشفيات تبرم معها اتفاقيات، وبعض شركات
التأمين تتخصص في مناطق معينة أو ولايات معينة فقط.

عندما تكون هناك اتفاقية، فإنك لن تتكبد أيّة نفقات من جيبك الخاص أو سيتم تزويدك بتفاصيل ما ستكبد من نفقات
من جيبك الخاص.

إذا تم علاجك في مستشفى خاص ليس لشركة تأمينك اتفاقية معه، فقد تضطر لسداد قدر كبير من التكلفة بنفسك.

يوجد على الموقع www.privatehealth.gov.au قائمة بالمستشفيات ذات الاتفاقيات مع جميع شركات التأمين أو
يمكنك الاتصال بصندوق تأمينك الصحي لكي تعرف المستشفيات المشمولة.

دفعات "الفرق" والغطاء التأميني لرسوم الأطباء في المستشفى؟

تحدد الحكومة رسماً حسب جدول مستحقات Medicare (MBS - Medicare Benefits Schedule) لمعظم الخدمات
الطبية. ويستخدم رسم MBS لحساب المبلغ الذي تدفعه Medicare. إلا أنه يمكن للأطباء طلب مبلغ يفوق رسم MBS إذا
أرادوا، وهو ما يفعله الكثير منهم.

إذا طلب طبيبك ما يفوق رسم MBS، فقد تضطر إلى دفع الفرق بين رسم MBS وأجر الطبيب. ويعرف هذا المبلغ
الإضافي بالفرق (the gap).

يحق لك أن تسأل طبيبك عن مقدار هذا الفرق قبل أن تتلقى العلاج. والموافقة على تكاليف العلاج المعروفة مقدماً تسمى
الموافقة الماليّة المستنيرة (informed financial consent).

يمكن لشركة تأمينك تقديم مستحقات إضافية للمساعدة في تغطية هذا الفرق إذا كانت لديها اتفاقية مع الطبيب أو إذا قرر الطبيب المشاركة في خطة شركة التأمين لتغطية الفرق (gap cover scheme). اسأل طبيبك/ أطباءك ما إذا كان سيحمل التكلفة بموجب خطة شركة تأمينك لتغطية الفرق. واسأل شركة تأمينك عن مقدار ما تغطيه خطة تغطية الفرق لديها من فاتورة الطبيب.

للحصول على المزيد من المعلومات عن فواتير الأطباء، يمكنك الرجوع إلى منشورنا.

غطاء العلاج العام

تقدم بوالص العلاج العام (المعروفة كذلك بغطاء الخدمات الرديفة أو غطاء الإضافات) مستحقات لخدمات رديفة مثل العلاج الطبيعي وعلاجات الأسنان والعلاجات البصرية.

فيما يلي بعض الخطوات الرئيسية لاختيار منتج تأمين صحي لتغطية الإضافات.

- ◀ ضع قائمة بأنواع الخدمات التي من المرجح أن ترغب في استخدامها (على سبيل المثال: علاج الأسنان، تقويم الأسنان، الخدمات البصرية، العلاجات الطبيعية، إلخ).
- ◀ تأكد من أن البوليصا التي تفكر في شرائها تدفع مستحقات عن تلك الخدمات.
- ◀ اسأل عن فترات الانتظار المنطبقة على كل نوع من أنواع الخدمة التي قد تستخدمها.
- ◀ اسأل عن مقدار ما تغطيه المستحقات التي تدفعها شركة التأمين من تكلفة كل خدمة.
- ◀ اعرف مقدار الحدود السنوية المنطبقة وتحقق من موعد إعادة البدء في حسابها.
- ◀ اعرف ما إذا كانت الحدود ستزيد مع مرور الوقت إذا بقيت مع شركة التأمين.

إذا كنت تريد نقل غطاء الإضافات إلى شركة تأمين أخرى، يمكن لشركة تأمينك الجديدة أن تلزمك بفترات انتظار، ولكن الكثير منها لا يفعل ذلك. ويجدر السؤال عما إذا كانت شركة التأمين ستتغاضى عن أية فترات انتظار أو تقللها.

تختلف أساليب إدارة جميع شركات التأمين لتغطيات الإضافات إلى حد كبير، لذلك يجب عليك دائماً إعادة التحقق من المستحقات وكذلك أية حدود سنوية وكيفية عملها. ويجدر السؤال عما إذا كانت شركة التأمين الجديدة ستماثل أية حدود إضافية ربما تكون قد تراكت لديك مع شركة تأمينك السابقة.

ومع ذلك فمكافآت الولاء - على سبيل المثال زيادة المستحقات بعد ٥ سنوات من العضوية - تكون عادة غير قابلة للانتقال بين شركات التأمين.

الإعفاءات من جباية Medicare الإضافية وقدرها ١%

يدفع معظم دافعي الضرائب الأستراليين جباية Medicare (Medicare Levy) قدرها ١,٥% ضمن ضريبة الدخل التي يدفعونها.

ولكن إذا زاد دخلك الخاضع للضريبة عن حد معين يتوجب عليك دفع جباية Medicare إضافية (Medicare Levy Surcharge) قدرها ١% إلا إذا كان لديك تأمين مستشفى معتمد مع شركة تأمين صحي مسجل.

إذا كنت في هذا الموقف، يجب أن تتأكد من أن البوليصا التي تفكر في شرائها سوف تعفيك من الجباية الإضافية. لتجنب الجباية الإضافية، يجب أن يكون لديك بوليصة مستشفى تعطيك أنت ومن تعول، وأن تكون زيادتها منخفضة. يجب أن تكون الزيادة:

◀ ٥٠٠ دولار أو أقل سنوياً لبوالص الأفراد، أو

◀ ١٠٠٠ دولار أو أقل سنوياً للأزواج.

تتم فهرسة حد الجباية الإضافية سنوياً. سيكون الحد في السنة المالية ٢٠١٠-٢٠١١ للأفراد ٧٧٠٠٠ دولار وللأسر ١٥٤٠٠٠ دولار. للحصول على المعلومات الحالية، تفقد الموقع www.privatehealth.gov.au أو اتصل بـ

Australian Taxation Office.

الغطاء الصحي مدى الحياة

الغطاء الصحي مدى الحياة (Lifetime Health Cover) مصمم لتشجيع الناس على الحصول على غطاء مستشفى في وقت مبكر من حياتهم والإبقاء عليه. ولذا يتوجب على شركات التأمين الصحي تحميل رسوم إضافية على من يشترون بوليصة مستشفى بعد سن ٣١ عاماً. (هناك بعض القواعد الخاصة للمقيمين الجدد ومن بلغوا سن ٣١ عاماً أثناء وجودهم في الخارج).

الرسم الإضافي هو ٢% إضافة إلى القسط العادي عن كل عام فوق سن الثلاثين. على سبيل المثال:

◀ إذا لم تحصل على غطاء المستشفى حتى سن الأربعين فستدفع ٢٠% إضافية.

◀ إذا انتظرت حتى سن الخمسين فستدفع ٤٠% إضافية.

لن ينطبق تحميل الغطاء الصحي مدى الحياة بمجرد أن تكون قد سددت لمدة ١٠ سنوات متواصلة.

للحصول على المزيد من المعلومات حول الغطاء الصحي مدى الحياة تفضل بزيارة الموقع www.privatehealth.gov.au أو اسأل صندوق تأمينك الصحي.

تحقيق الاستفادة القصوى من تأمينك الصحي (وتجنب المشاكل)

◀ انظر في اختيار أعلى مستوى من غطاء المستشفى يمكنك تحمل كلفته: اختر زيادة أعلى بدلاً من التقييد لتوفير المال في الأقساط.

◀ ادفع أقساط عضويتك في مواعيدها: فأنت المسؤول عن ضمان دفع أقساط تأمينك في مواعيدها. إذا تأخرت كثيراً في الدفع (عادة شهرين أو أكثر) يمكن لشركة التأمين إلغاء بوليصتك ورفض دفع أية مستحقات لك. إذا تم إلغاء بوليصتك قد تنطبق عليك فترات انتظار عند انضمامك مرة أخرى.

◀ اتصل بشركة تأمينك إذا كنت ستذهب إلى المستشفى: إذا كنت ذاهباً إلى المستشفى كمريض خاص، اتصل بشركة تأمينك للتحقق من تغطيتها فاتورة المستشفى وأياً من فواتير الطبيب، ومن المبلغ الذي سيتوجب عليك دفعه بنفسك. اطلب من طبيبك أن يعطيك أرقام بنود Medicare التي سيستخدمها قبل الاتصال بشركة تأمينك.

◀ اقرأ المعلومات التي ترسلها إليك شركة تأمينك بعناية: سيتم إرسال معلومات هامة عن بوليصتك في رسالة شخصية وينبغي عدم تجاهلها.

◀ افحص بوليصتك كل عام: تأكد من تغطيتها الخدمات والعلاجات التي قد تحتاجها.

◀ أخبر شركة تأمينك: إذا غيرت عنوانك أو أضفت شريكاً أو طفلاً.

للحصول على المزيد من المعلومات، راجع منشورنا "القواعد الذهبية العشر"

مزيد من المعلومات

الهاتف: 1300 737 299

البريد الإلكتروني: website@phio.org.au

الموقع الإلكتروني: www.privatehealth.gov.au

www.phio.org.au

يمكن للزبائن الصم أو ضعاف السمع أو النطق الاتصال بنا عن طريق National Relay Service (هاتف: 13 25 44).

يجب أن يتصل الزبائن غير القادرين على التحدث باللغة الإنجليزية بنا من خلال خدمة الترجمة الخطية والشفهية (TIS) (هاتف: 13 14 50).

أصدر هذا المنشور Private Health Insurance Ombudsman