



ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

νοσοκομειακή κάλυψη

Όταν επιλέγετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας, χρειάζεται να σκεφτείτε τις ανάγκες υγείας που έχετε εσείς και η οικογένειά σας. Παρακάτω αναγράφονται οι σημαντικές ερωτήσεις που θα πρέπει να κάνετε σχετικά με οποιαδήποτε νοσοκομειακή ασφάλιση.

περίοδοι αναμονής πριν από την πληρωμή παροχών

Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες θα απαιτούν να συμπληρώσετε μια ορισμένη περίοδο ως μέλος, γνωστή ως *Περίοδος Αναμονής (Waiting Period)*, πριν σας καλύψουν για ορισμένες παροχές.

Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες θα εφαρμόσουν τις ακόλουθες Περιόδους Αναμονής όταν αρχίσετε την κάλυψή σας:

- ▶ 2μηνια αναμονή για ψυχιατρική φροντίδα, αποκατάσταση ή παρηγορητική φροντίδα (είτε είναι προϋπάρχουσα πάθηση είτε όχι).
- ▶ 12μηνια αναμονή σχετικά με παροχές για οποιοδήποτε *Προϋπάρχουσες Παθήσεις (Pre-existing Conditions)*.
- ▶ 12μηνια αναμονή σχετικά με παροχές για μαιευτική αγωγή (εγκυμοσύνη).
- ▶ Γενική 2μηνια αναμονή για οποιοδήποτε παροχές.

Εάν αυξήσετε τις παροχές για τις οποίες καλύπτεστε, οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες θα εφαρμόζουν περιόδους αναμονής για υπηρεσίες που δεν καλύπτονταν στο προηγούμενο ασφαλιστήριό σας.

Η ασφαλιστική εταιρεία σας θα πρέπει να σας πει ποιες περίοδοι αναμονής θα ισχύουν όταν εγγραφείτε ως νέο μέλος ή αλλάξετε την υπάρχουσα κάλυψή σας. Αν είστε μέλος ενός ταμείου υγείας και ακυρώσετε το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας, θα ισχύουν περίοδοι αναμονής όταν ξαναγίνετε μέλος.

Ορισμένα ασφαλιστήρια υγείας έχουν επίσης *Περίοδους Περιορισμού Παροχών (Benefit Limitation Periods)* για ορισμένα είδη νοσοκομειακής περίθαλψης. Περίοδοι Περιορισμού Παροχών μπορεί να ισχύουν για έως και 1, 2 ή 3 χρόνια επιπλέον των κανονικών περιόδων 12μηνια αναμονής. Κατά την περίοδο αυτή, η ασφαλιστική εταιρεία θα πληρώνει μόνο μια περιορισμένη παροχή για συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Προϋπάρχουσες Παθήσεις

Ο νόμος ορίζει μια Προϋπάρχουσα Πάθηση ως οποιαδήποτε αρρώστια, ασθένεια ή πάθηση που σας προκάλεσε ενδείξεις ή συμπτώματα κατά τη διάρκεια των 6 μηνών πριν κάνετε νοσοκομειακή κάλυψη ή αναβάθμιση σε υψηλότερο επίπεδο κάλυψης.

Ο κανόνας αυτός ισχύει ακόμα κι αν εσείς και ο γιατρός σας δεν γνωρίζατε ότι είχατε αυτή την πάθηση ή αν η πάθηση δεν είχε διαγνωστεί. Αν τυχόν θεωρείτε ότι ενδέχεται να μπειτε στο νοσοκομείο εντός των πρώτων 12 μηνών από τότε που κάνατε ή αναβαθμίσατε την ασφάλιση υγείας σας, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με την ασφαλιστική εταιρεία σας αμέσως για να ελέγξετε αν θα έχετε κάλυψη.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις Περιόδους Αναμονής, μπορείτε να ανατρέξετε στο φυλλάδιό μας.

Θεραπείες που δεν καλύπτονται πλήρως από νοσοκομειακές παροχές

Μερικά συμβόλαια νοσοκομειακής ασφάλισης δεν καταβάλλουν παροχές για ορισμένες θεραπείες, ή περιορίζουν μόνιμα το ποσό των παροχών που θα καταβάλλουν για ορισμένες θεραπείες.

Εάν ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχει *Εξαιρέσεις (Exclusions)*, η ασφαλιστική εταιρεία δεν θα πληρώνει καμιά παροχή για τις θεραπείες που αναφέρονται ως εξαιρέσεις.

Εάν το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχει *Περιορισμούς (Restrictions)*, η ασφαλιστική εταιρεία θα πληρώνει μόνο μια περιορισμένη παροχή για τις θεραπείες που αναγράφονται ως περιορισμένες. Είναι πιθανόν να χρειαστεί να πληρώσετε σημαντικά έξοδα από την τσέπη σας.

Βεβαιωθείτε ότι γνωρίζετε ποιες θεραπείες εξαιρούνται ή περιορίζονται, και ότι είστε έτοιμοι να αντιμετωπίσετε τον κίνδυνο να μην έχετε πλήρη κάλυψη για τις εν λόγω θεραπείες.

επιπρόσθετη εισφορά ή συνεισφορά για επισκέψεις στο νοσοκομείο

Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες θα σας προσφέρουν τη δυνατότητα να καταβάλλετε επιπρόσθετη εισφορά ή συνεισφορά, ως αντάλλαγμα για μειωμένα ασφάλιστρα. Αν έχετε ορίσει μια υψηλή επιπρόσθετη εισφορά ή συνεισφορά, τότε θα έχετε χαμηλότερο ασφάλιστρο από κάποιον που δεν έχει επιπρόσθετη εισφορά ή συνεισφορά.

Η *Επιπρόσθετη Εισφορά (Excess)* είναι ένα εφάπαξ ποσό που καταβάλλετε για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο πριν πληρώσει η ασφαλιστική εταιρεία τις παροχές της.

Η *Συνεισφορά (Co-payment)* είναι ένα ποσό που συμφωνείτε να πληρώσετε κάθε φορά που η ασφαλιστική εταιρεία πληρώνει παροχές για εσάς. Συνήθως καταβάλλεται συνεισφορά για κάθε ημέρα νοσοκομειακής νοσηλείας έως ένα ανώτατο ετήσιο ποσό ή ποσό ανά νοσηλεία.

Χρειάζεται να ελέγχετε τα ποσά τυχόν επιπρόσθετης εισφοράς ή συνεισφοράς, όταν ισχύουν, και αν υπάρχει όριο στο ποσό που πρέπει να πληρώσετε.

Παρακαλείστε να σημειώσετε ότι αν επιλέξετε επιπρόσθετη εισφορά άνω των \$500 ανά άτομο, ίσως υπάρχουν φορολογικές επιπτώσεις ανάλογα με τις αποδοχές σας (δείτε παρακάτω).

συμφωνίες μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και ιδιωτικών νοσοκομείων

Είναι σημαντικό να ελέγχετε αν η ασφαλιστική εταιρεία σας έχει συνάψει συμφωνίες με ιδιωτικά νοσοκομεία στην περιοχή σας ή άλλα ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία μπορεί να νοσηλευθείτε. Κάθε ασφαλιστική εταιρεία έχει συμφωνία με διαφορετικό δίκτυο νοσοκομείων, και ορισμένες ασφαλιστικές εταιρείες θα ειδικεύονται μόνο σε συγκεκριμένες περιοχές ή συγκεκριμένες πολιτείες.

Όταν υπάρχει συμφωνία, είτε δεν θα έχετε έξοδα από την τσέπη σας, είτε θα σας παρέχονται λεπτομέρειες των εξόδων που θα καταβάλλετε από την τσέπη σας.

Αν νοσηλευθείτε σε ιδιωτικό νοσοκομείο με το οποίο η ασφαλιστική εταιρεία σας δεν έχει συμφωνία, μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε εσείς ένα σημαντικό μέρος του κόστους.

Η ιστοσελίδα www.privatehealth.gov.au έχει έναν κατάλογο όλων των ασφαλιστικών εταιρειών που έχουν συμφωνία με τα αντίστοιχα νοσοκομεία ή μπορείτε να τηλεφωνήσετε στο ταμείο υγείας σας για να ελέγξετε ποια νοσοκομεία καλύπτονται.

πληρωμές της «διαφοράς» και κάλυψη για αμοιβές γιατρού στο νοσοκομείο

Η κυβέρνηση καθορίζει αμοιβή Πίνακα Παροχών Medicare (Medicare Benefits Schedule - MBS) για τις περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες. Η αμοιβή MBS χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του ποσού που θα πληρώνει το Medicare. Ωστόσο, οι γιατροί μπορούν να χρεώνουν περισσότερο από την καθορισμένη αμοιβή MBS αν το επιθυμούν, και πολλοί το κάνουν.

Εάν ο γιατρός σας χρεώνει παραπάνω από την αμοιβή MBS, μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε τη διαφορά μεταξύ της αμοιβής MBS και του ποσού που χρεώνει ο γιατρός σας. Αυτό το επιπλέον ποσό είναι γνωστό ως η *διαφορά (the gap)*.

Έχετε το δικαίωμα να ρωτήσετε το γιατρό σας για το ποσό αυτής της διαφοράς πριν κάνετε τη θεραπεία. Η συμφωνία με κόστος θεραπείας που είναι γνωστό εκ των προτέρων ονομάζεται *νημερωμένη οικονομική συγκατάθεση (informed financial consent)*.

Η ασφαλιστική εταιρεία σας μπορεί να προσφέρει επιπλέον παροχές για κάλυψη αυτής της διαφοράς αν έχει συμφωνία με τον γιατρό ή ο γιατρός αποφασίσει να συμμετάσχει στο *σχέδιο κάλυψης της διαφοράς (gap cover scheme)* της ασφαλιστικής εταιρείας. Ρωτήστε το γιατρό(ούς) σας αν αυτός ή αυτή θα σας χρεώνει σύμφωνα με το σχέδιο κάλυψης της διαφοράς της ασφαλιστικής εταιρείας σας. Ρωτήστε την ασφαλιστική εταιρεία σας ποιο μέρος από το λογαριασμό του γιατρού σας θα καλύπτεται από το σχέδιο κάλυψης της διαφοράς της.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους Λογαριασμούς των Γιατρών, μπορείτε να ανατρέξετε στο φυλλάδιό μας.

κάλυψη γενικής θεραπείας

Τα ασφαλιστήρια γενικής θεραπείας (γνωστά και ως κάλυψη πρόσθετων υπηρεσιών «ancillary» ή «extras») προσφέρουν παροχές για βοηθητικές υπηρεσίες όπως η φυσιοθεραπεία, οδοντιατρική και οφθαλμολογική θεραπεία.

Παρατίθενται εδώ μερικά βασικά βήματα για την επιλογή προϊόντος ασφάλισης υγείας που καλύπτει πρόσθετες υπηρεσίες.

- ▶ Κάντε μια λίστα των ειδών των υπηρεσιών που είναι πιθανό να θέλετε να χρησιμοποιήσετε. (Για παράδειγμα: οδοντιατρικές, ορθοδοντικές, οπτικές, φυσικές θεραπείες, κλπ).
- ▶ Ελέγξτε ότι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που εξετάζετε πληρώνει παροχές για τις υπηρεσίες αυτές.
- ▶ Ρωτήστε ποιες περίοδοι αναμονής ισχύουν για κάθε ένα από τα είδη υπηρεσιών που ενδέχεται να χρησιμοποιήσετε.
- ▶ Ρωτήστε πόσο από το κόστος της κάθε υπηρεσίας θα καλύπτουν οι παροχές της ασφαλιστικής εταιρείας.
- ▶ Εξακριβώστε ποια ετήσια όρια ισχύουν και ελέγξτε πότε αρχίζουν να ισχύουν πάλι τα ετήσια όρια.
- ▶ Εξακριβώστε εάν τα όρια θα αυξηθούν με την πάροδο του χρόνου αν μείνετε στην ίδια ασφαλιστική εταιρεία.

Αν αλλάζετε την εταιρεία της κάλυψης πρόσθετων υπηρεσιών σας «extras», η νέα ασφαλιστική εταιρεία σας μπορεί να σας επιβάλει περιόδους αναμονής -αλλά πολλές εταιρείες δεν το κάνουν. Αξίζει να ρωτήσετε αν η ασφαλιστική εταιρεία θα άρει ή θα μειώσει τις περιόδους αναμονής.

Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες χειρίζονται την κάλυψη των πρόσθετων παροχών «extras» με αρκετά διαφορετικό τρόπο, επομένως θα πρέπει πάντα να επανελέγχετε τις παροχές καθώς και τυχόν ετήσια όρια και πώς λειτουργούν. Αξίζει να ρωτήσετε αν η νέα ασφαλιστική εταιρεία θα σας παραχωρήσει οποιαδήποτε επιπλέον όρια που ίσως έχετε συσσωρεύσει με την παλιά σας ασφαλιστική εταιρεία.

Ωστόσο, τα μπόνους πελατειακής πίστης – για παράδειγμα, υψηλότερες παροχές μετά από 5 χρόνια ως μέλος – δεν μεταφέρονται γενικά από τη μία ασφαλιστική εταιρεία στην άλλη.

απαλλαγή από το επιπλέον 1% των τελών Medicare

Οι περισσότεροι Αυστραλοί φορολογούμενοι πληρώνουν Τέλη Medicare (Medicare Levy) ύψους 1,5% επί του φόρου εισοδήματός τους.

Ωστόσο, αν το φορολογητέο σας εισόδημα υπερβαίνει ένα ορισμένο όριο, οφείλετε να καταβάλετε ένα επιπλέον ποσό 1% Προσαύξησης Τελών Medicare (Medicare Levy Surcharge) εκτός αν έχετε εγκεκριμένη νοσοκομειακή ασφάλιση με μια αναγνωρισμένη εταιρεία ασφάλισης υγείας.

Αν ισχύει αυτό στην περίπτωσή σας, θα χρειαστεί να βεβαιωθείτε ότι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που εξετάζετε θα σας απαλλάξει από τα επιπλέον τέλη.

Για να αποφύγετε την Προσαύξηση, πρέπει να έχετε νοσοκομειακή ασφάλιση που να καλύπτει εσάς και τους εξαρτώμενους από εσάς, και η οποία έχει μια μικρή επιπρόσθετη εισφορά (excess).

Η επιπρόσθετη εισφορά πρέπει να είναι:

- ▶ Ίση ή λιγότερη από \$500 ετησίως για ατομικά συμβόλαια, ή
- ▶ Ίση ή λιγότερη από \$1.000 ετησίως για οικογένειες/ζευγάρια.

Το όριο της Προσαύξησης αναπροσαρμόζεται τιμαριθμικά κάθε χρόνο. Κατά το οικονομικό έτος 2010-11, το όριο θα είναι \$77.000 για άτομα χωρίς σύντροφο και \$154.000 για οικογένειες. Για

τρέχουσες πληροφορίες, απευθυνθείτε στο www.privatehealth.gov.au ή επικοινωνήστε με το Australian Taxation Office.

ισόβια κάλυψη υγείας

Η Ισόβια Κάλυψη Υγείας (Lifetime Health Cover) αποσκοπεί να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να κάνουν νοσοκομειακή κάλυψη νωρίς στη ζωή τους και να την διατηρούν. Οι εταιρείες ασφάλισης υγείας ως εκ τούτου υποχρεούνται να χρεώνουν επιπλέον για όσους κάνουν νοσοκομειακή ασφάλιση μετά την ηλικία των 31 ετών. (Υπάρχουν κάποιες ειδικές ρυθμίσεις για νέους κατοίκους και άτομα που ήταν στο εξωτερικό όταν συμπλήρωσαν τα 31.)

Η επιπλέον χρέωση είναι 2% πάνω από τα κανονικά ασφάλιστρα για κάθε χρόνο που είστε άνω των 30 ετών. Για παράδειγμα:

- ▶ Αν δεν κάνετε νοσοκομειακή ασφάλιση μέχρι τα 40 σας, θα πληρώσετε 20% επιπλέον.
- ▶ Αν περιμένετε μέχρι να φθάσετε στην ηλικία των 50 ετών, θα πληρώσετε 40% επιπλέον.

Η επαύξηση Ισόβιας Κάλυψης Υγείας δεν ισχύει πλέον αφού την έχετε καταβάλει για περίοδο 10 συνεχόμενων ετών.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Ισόβια Κάλυψη Υγείας επισκεφθείτε το www.privatehealth.gov.au ή ρωτήστε το ταμείο υγείας σας.

επωφεληθείτε από την ασφάλιση υγείας σας (και αποφύγετε προβλήματα)

- ▶ Σκεφτείτε αν θα πρέπει να επιλέξετε το υψηλότερο δυνατό επίπεδο νοσοκομειακής κάλυψης που έχετε τη δυνατότητα να πληρώσετε: Επιλέξτε υψηλότερη επιπρόσθετη εισφορά (excess) αντί περιορισμού, για να εξοικονομήτε χρήματα σε ασφάλιστρα.
- ▶ Κάνετε εμπρόθεσμα τις πληρωμές των ασφαλιστρών σας: Είναι δική σας ευθύνη να εξασφαλίζετε ότι καταβάλλονται εμπρόθεσμα οι πληρωμές των ασφαλιστρών σας. Εάν καθυστερήσετε πολύ τις πληρωμές σας (συνήθως 2 μήνες ή περισσότερο), η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να ακυρώσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας και να αρνηθεί να σας πληρώσει οποιοσδήποτε παροχές. Εάν ακυρωθεί το ασφαλιστήριό σας, μπορεί να ισχύουν περίοδοι αναμονής για εσάς όταν ξαναγίνετε μέλος.
- ▶ Επικοινωνήστε με την ασφαλιστική εταιρεία σας αν πρόκειται να πάτε στο νοσοκομείο: Εάν πρόκειται να μείνετε στο νοσοκομείο ως ιδιωτικός ασθενής, επικοινωνήστε με την ασφαλιστική εταιρεία σας για να βεβαιωθείτε ότι θα καλύπτεστε για το λογαριασμό του νοσοκομείου, καθώς και τους λογαριασμούς των όποιων γιατρών, και πόσα θα χρειαστεί να πληρώσετε εσείς. Ζητήστε από τον/την γιατρό σας να σας δώσει τους αριθμούς των υπηρεσιών Medicare που θα χρησιμοποιήσει, πριν επικοινωνήσετε με την ασφαλιστική εταιρεία σας.
- ▶ Διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες που σας στέλνει η ασφαλιστική εταιρεία σας: Σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας θα σταλούν σε προσωπική επιστολή και δεν θα πρέπει να τις αγνοήσετε.
- ▶ Ελέγχετε το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας κάθε χρόνο: Βεβαιωθείτε ότι καλύπτεστε για τις υπηρεσίες και θεραπείες που ίσως χρειαστείτε.
- ▶ Ενημερώστε την ασφαλιστική εταιρεία σας: Αν αλλάξετε διεύθυνση, προσθέσετε ένα σύντροφο ή προσθέσετε ένα παιδί.

Για περαιτέρω πληροφορίες, ανατρέξτε στο φυλλάδιό μας Δέκα Χρυσοί Κανόνες

περισσότερες πληροφορίες

Τηλέφωνο: 1300 737 299

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: website@phio.org.au

Ιστοσελίδα: www.privatehealth.gov.au

www.phio.org.au

Οι καταναλωτές που είναι κωφοί, έχουν προβλήματα ακοής ή ομιλίας θα πρέπει να επικοινωνούν μαζί μας μέσω της National Relay Service (Τηλ: 13 25 44).

Οι καταναλωτές που δεν μιλούν Αγγλικά θα πρέπει να επικοινωνούν μαζί μας μέσω της Υπηρεσίας Μεταφραστών και Διερμηνέων (TIS) (Τηλ: 13 14 50).

Το παρόν φυλλάδιο έχει εκδοθεί από το Private Health Insurance Ombudsman