GOVERNMENT NOTICE

DEPARTMENT OF LABOUR

No. 352 **9 May 2012**

labour

Department:
Labour
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

COMPENSATION FUND

P O Box 955, Pretoria, 0001 Tel: (012) 319 9111, Fax: (012) 323 6627/326 7889/325 6666/323 6986
Compensation House, Cnr. Hamilton and Soutpansberg Road, Website: http://www.labour.co.za

COMPENSATION FOR OCCUPATIONAL INJURIES AND DISEASES ACT, 1993

(ACT NO. 130 OF 1993), AS AMENDED

ANNUAL INCREASE IN MEDICAL TARIFFS FOR MEDICAL SERVICE PROVIDERS, PHARMACIES AND HOSPITAL GROUPS

1. I, Nelisiwe Mildred Oliphant, Minister of Labour, hereby give notice that, after consultation with the Compensation Board and acting under the powers vested in me by section 97 of the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act, 1993 (Act No. 130 of 1993), I prescribe the scale of "Fees for Medical Aid" payable under section 76, inclusive of the General Rules applicable thereto, appearing in the Schedule to this notice, with effect from the **1 April 2012**.

2. The fees appearing in the Schedule are applicable in respect of services rendered on or after **1 April 2012** and **Exclude VAT**.

N M OLIPHANT

MINISTER OF LABOUR

07/02/2012

GENERAL INFORMATION / *ALGEMENE INLIGTING*

THE EMPLOYEE AND THE MEDICAL SERVICE PROVIDER

The employee is permitted to freely choose his own service provider e.g. doctor, pharmacy, physiotherapist, hospital, etc. and no interference with this privilege is permitted, as long as it is exercised reasonably and without prejudice to the employee or to the Compensation Fund. The only exception to this rule is in case where an employer, with the approval of the Compensation Fund, provides comprehensive medical aid facilities to his employees, i.e. including hospital, nursing and other services — section 78 of the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act refers.

In terms of section 42 of the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act the Compensation Fund may refer an injured employee to a specialist medical practitioner of his choice for a medical examination and report. Special fees are payable when this service is requested.

In the event of a change of medical practitioner attending to a case, the first doctor in attendance will, except where the case is transferred to a specialist, be regarded as the principal. **To avoid disputes regarding the payment for services rendered, medical practitioners should refrain from treating an employee already under treatment by another doctor without consulting / informing the first doctor.** As a general rule, changes of doctor are not favoured by the Compensation Fund, unless sufficient reasons exist.

According to the National Health Act no 61 of 2003, Section 5, a health care provider may not refuse a person emergency medical treatment. Such a medical service provider should not request the Compensation Fund to authorise such treatment before the claim has been submitted to and accepted by the Compensation Fund. **Pre-authorisation of treatment is not possible and no medical expense will be approved if liability for the claim has not been accepted by the Compensation Fund.**

An employee seeks medical advice at his own risk. If an employee represented to a medical service provider that he is entitled to treatment in terms of the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act, and yet failed to inform the Compensation Commissioner or his employer of any possible grounds for a claim, the Compensation Fund cannot accept responsibility for medical expenses incurred. The Compensation Commissioner could also have reasons not to accept a claim lodged against the Compensation Fund. In such circumstances the employee would be in the same position as any other member of the public regarding payment of his medical expenses.

Please note that from 1 January 2004 a certified copy of an employee's identity document will be required in order for a claim to be registered with the Compensation Fund. If a copy of the identity document is not submitted the claim will not be registered but will be returned to the employer for attachment of a certified copy of the employee's identity document. Furthermore, all supporting documentation submitted to the Compensation Fund must reflect the identity number of the employee. If the identity number is not included such documents can not be processed but will be returned to the sender to add the ID number.

The tariff amounts published in the tariff guides to medical services rendered in terms of the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act do not include VAT. All accounts for services rendered will be assessed without VAT. Only if it is indicated that the service provider is registered as a VAT vendor and a VAT registration number is provided, will VAT be calculated and added to the payment, without being rounded off.

The only exception is the "per diem" tariffs for Private Hospitals that already include VAT.

Please note that there are VAT exempted codes in the private ambulance tariff structure.

DIE WERKNEMER EN DIE MEDIESE DIENSVERSKAFFER

Die werknemer het 'n vrye keuse van diensverskaffer bv. dokter, apteek, fisioterapeut, hospitaal ens. *en geen inmenging met hierdie voorreg word toegelaat nie, solank dit redelik en sonder benadeling van die werknemer self of die Vergoedingsfonds uitgeoefen word. Die enigste uitsondering op hierdie reël is in geval waar die werkgewer met die goedkeuring van die Vergoedingskommissaris omvattende geneeskundige dienste aan sy werknemers voorsien, d.i. insluitende hospitaal-, verplegings- en ander dienste — artikel 78 van die Wet op Vergoeding vir Beroepsbeserings en Siektes verwys.*

Kragtens die bepalings van artikel 42 van die Wet op Vergoeding vir Beroepsbeserings en Siektes mag die Vergoedingskommissaris 'n beseerde werknemer na 'n ander geneesheer deur homself aangewys verwys vir 'n mediese ondersoek en verslag. Spesiale fooie is betaalbaar vir hierdie diens wat feitlik uitsluitlik deur spesialiste gelewer word.

In die geval van 'n verandering in geneesheer wat 'n werknemer behandel, sal die eerste geneesheer wat behandeling toegedien het, behalwe waar die werknemer na 'n spesialis verwys is, as die lasgewer beskou word. ***Ten einde geskille rakende die betaling vir dienste gelewer te voorkom, moet geneeshere hul daarvan weerhou om 'n werknemer wat reeds onder behandeling is te behandel sonder om die eerste geneesheer in te lig****. Oor die algemeen word verandering van geneesheer, tensy voldoende redes daarvoor bestaan, nie aangemoedig nie.*

Volgens die Nasionale Gesondheidswet no 61 van 2003 Afdeling 5, mag 'n gesondheidswerker of diensverskaffer nie weier om noodbehandeling te verskaf nie. Die Vergoedingskommissaris kan egter nie sulke behandeling goedkeur alvorens aanspreeklikheid vir die eis kragtens die Wet op Vergoeding vir Beroepsbeserings en Siektes aanvaar is nie. ***Vooraf goedkeuring vir behandeling is nie moontlik nie en geen mediese onkoste sal betaal word as die eis nie deur die Vergoedingsfonds aanvaar word nie.***

Dit moet in gedagte gehou word dat 'n werknemer geneeskundige behandeling op sy eie risiko aanvra. As 'n werknemer dus aan 'n geneesheer voorgee dat hy geregtig is op behandeling in terme van die Wet op Vergoeding vir Beroepsbeserings en Siektes en tog versuim om die Vergoedingskommissaris of sy werkgewer in te lig oor enige moontlike gronde vir 'n eis, kan die Vergoedingsfonds geen aanspreeklikheid aanvaar vir geneeskundige onkoste wat aangegaan is nie. Die

Vergoedingskommissaris kan ook rede hê om 'n eis teen die Vergoedingsfonds nie te aanvaar nie. Onder sulke omstandighede sou die werknemer in dieselfde posisie verkeer as enige lid van die publiek wat betaling van sy geneeskundige onkoste betref.

Neem asseblief kennis dat 'n ***gesertifiseerde afskrif van die werknemer se identiteitsdokument benodig word vanaf 1 Januarie 2004*** *om 'n eis by die Vergoedingsfonds aan te meld. Indien 'n afskrif van die identiteitsdokument nie aangeheg is nie, sal die eis nie geregistreer word nie en die dokumente sal teruggestuur word aan die werkgewer vir die aanheg van die ID dokument. Alle ander dokumentasie wat aan die kantoor gestuur word moet ook die identiteitsnommer aandui. Indien nie aangedui nie, sal die dokumentasie nie verwerk word nie, maar teruggestuur word vir die aanbring van die identiteitsnommer.*

Die bedrae gepubliseer in die handleiding tot tariewe vir dienste gelewer in terme van die Wet op Vergoeding vir Beroepsbeserings en Siektes, sluit BTW uit. Die rekenings vir dienste gelewer word aangeslaan en bereken sonder BTW.

Indien BTW van toepassing is en 'n BTW registrasienommer voorsien is, word BTW bereken en by die betalingsbedrag gevoeg sonder om afgerond te word.

Die enigste uitsondering is die "per diem" tarief vir Privaat Hospitale, wat BTW insluit.

Neem asseblief kennis dat daar tariewe in die kodestruktuur vir privaat ambulanse is waarop BTW nie betaalbaar is nie.

CLAIMS WITH THE COMPENSATION FUND ARE PROCESSED AS FOLLOWS •
EISE TEEN DIE VERGOEDINGSFONDS WORD AS VOLG GEHANTEER

1. New claims are registered by the Compensation Fund and the **employer is notified of the claim number** allocated to the claim. The allocation of a claim number by the Compensation Fund, does not constitute acceptance of liability for a claim, but means that the injury on duty has been reported to and registered by the Compensation Commissioner. Enquiries regarding claim numbers should be directed to the employer and not to the Compensation Fund. The employer will be in the position to provide the claim number for the employee as well as indicate whether the claim has been accepted by the Compensation Fund • *Nuwe eise word geregistreer deur die Vergoedingsfonds en die **werkgewer word in kennis gestel van die eisnommer**. Navrae aangaande eisnommers moet aan die werkgewer gerig word en nie aan die Vergoedingskommissaris nie. Die werkgewer kan die eisnommer verskaf en ook aandui of die Vergoedingsfonds die eis aanvaar het of nie*

2. If a claim is **accepted** as a COIDA claim, **reasonable medical expenses** will be paid by the Compensation Commissioner • *As 'n eis deur die Vergoedingsfonds **aanvaar** is, sal **redelike mediese koste** betaal word deur die Vergoedingsfonds.*

3. If a claim is **rejected (repudiated)**, accounts for services rendered will not be paid by the Compensation Commissioner. The employer and the employee will be informed of this decision and the injured employee will be liable for payment. • *As 'n eis deur die Vergoedingsfonds afgekeur (**gerepudieer**) word, word rekenings vir dienste gelewer nie deur die Vergoedingsfonds betaal nie. Die betrokke partye insluitend die diensverskaffers word in kennis gestel van die besluit. Die beseerde werknemer is dan aanspreeklik vir betaling van die rekenings.*

4. If **no decision** can be made regarding acceptance of a claim due to inadequate information, the outstanding information will be requested and upon receipt, the claim will again be adjudicated on. Depending on the outcome, the accounts from the service provider will be dealt with as set out in 2 and 3. Please note that there are claims on which a decision might never be taken due to lack of forthcoming information • *Indien **geen besluit** oor die aanvaarding van 'n eis weens 'n gebrek aan inligting geneem kan word nie, sal die uitstaande inligting aangevra word. Met ontvangs van sulke inligting sal die eis heroorweeg word. Afhangende van die uitslag, sal die rekening gehanteer word soos uiteengeset in punte 1 en 2. Ongelukkig bestaan daar eise waaroor 'n besluit nooit geneem kan word nie aangesien die uitstaande inligting nooit verskaf word nie.*

BILLING PROCEDURE • *EISPROSEDURE*

1. The **first account** for services rendered for an injured employee (INCLUDING the First Medical Report) must be submitted to the employer who will collate all the necessary documents and submit them to the Compensation Commissioner • *Die **eerste rekening** (INSLUITEND die Eerste Mediese Verslag) vir dienste gelewer aan 'n beseerde werknemer moet aan die werkgewer gestuur word, wat die nodige dokumentasie sal versamel en dit aan die Vergoedingskommissaris sal voorlê*

2. Subsequent accounts must be submitted or posted to the closest Labour Centre. It is important that all requirements for the submission of accounts, including supporting information, are met • Daaropvolgende rekeninge moet ingedien of gepos word aan die naaste Arbeidsentrum. Dit is belangrik dat al die voorskrifte vir die indien van rekeninge nagekom word, insluitend die voorsiening van stawende dokumentasie

3. If accounts are still outstanding after 60 days following submission, the service provider should complete an enquiry form, W.Cl 20, and submit it ONCE to the Labour Centre. All relevant details regarding Labour Centres are available on the website www.labour.gov.za • *Indien rekenings nog uitstaande is na 60 dae vanaf indiening en ontvangserkenning deur die Vergoedingskommissaris, moet die diensverskaffer 'n navraag vorm, W.Cl 20 voltooi en EENMALIG indien by die Arbeidsentrum.* Alle inligting oor Arbeidsentrums is beskikbaar op die webblad www.labour.gov.za

4. If an account has been **partially paid** with no reason indicated on the remittance advice, a duplicate account with the unpaid services clearly marked can be submitted to the Labour Centre, accompanied by a WCl 20 form. (*see website for example of the form). • *Indien 'n rekening **gedeeltelik betaal** is met geen rede voorsien op die betaaladvies nie, kan 'n duplikaatrekening met die wanbetaling duidelik aangedui, vergesel van 'n WCl 20 vorm by die Arbeidsentrum ingedien word (*sien webblad vir 'n voorbeeld van die vorm)*

5. **Information NOT to be reflected** on the account: Details of the employee's medical aid and the practice number of the referring practitioner • ***Inligting wat NIE aangedui moet word** op die rekening nie: Besonderhede van die werknemer se mediese fonds en die verwysende geneesheer se praktyknommer*

6. Service providers **should not generate** • *Diensverskaffers **moenie die volgende lewer nie**:*

    a. **Multiple accounts** for services rendered on the **same date** i.e. one account for medication and a second account for other services • ***Meer as een rekening** vir dienste gelewer op **dieselfde datum**, bv. medikasie op een rekening en ander dienste op 'n tweede rekening*
    b. **Accumulative accounts** - submit a separate account for every month • ***Aaneenlopende rekeninge** –lewer 'n aparte rekening vir elke maand*
    c. **Accounts on the old documents** (W.Cl 4 / W.Cl 5/ W.Cl 5F) New *First Medical Report (W.Cl 4) and Progress / Final Medical Report (W.Cl 5 / W.Cl 5F) forms

are available. The use of the old reporting forms combined with an account (W.CL11) has been discontinued. **Accounts on the old medical reports will not be processed** • ***Rekeninge op die ou voorgeskrewe dokumente*** *van die Vergoedingskommissaris. Nuwe *Eerste Mediese Verslag (W.Cl 4) en Vorderings / Finale Mediese Verslag (W.Cl 5) vorms is beskikbaar. Die vorige verslagvorms gekombineer met die rekening (W.CL11) is vervang.* ***Rekeninge op die ou vorms word nie verwerk nie.***

*** Examples of the new forms (W.Cl 4 / W.Cl 5 / W.Cl 5F) are available on the website www.labour.gov.za •**

*** *Voorbeelde van die nuwe vorms* (W.Cl 4 / W.Cl 5 / W.Cl 5F) *is beskikbaar op die webblad www.labour.gov.za***

MINIMUM REQUIREMENTS FOR ACCOUNTS RENDERED • MINIMUM VEREISTES VIR REKENINGE GELEWER

Minimum information to be indicated on accounts submitted to the Compensation Fund • ***Minimum besonderhede*** *wat aangedui moet word op rekeninge gelewer aan die Vergoedingsfonds*

- Name of employee and ID number • *Naam van werknemer en ID nommer*
- Name of employer and registration number if available • *Naam van werkgewer en registrasienommer indien beskikbaar*
- Compensation Fund claim number • *Vergoedingsfonds eisnommer*
- DATE OF ACCIDENT (not only the service date) • *DATUM VAN BESERING (nie slegs die diensdatum nie)*
- Service provider's reference and **invoice number** • *Diensverskaffer se verwysing of* ***faktuur nommer***
- The practice number (changes of address should be reported to BHF) • *Die praktyknommer (adresveranderings moet by BHF aangemeld word)*
- VAT registration number (VAT will not be paid if a VAT registration number is not supplied on the account) • *BTW registrasienommer (BTW sal nie betaal word as die BTW registrasienommer nie voorsien word nie)*
- Date of service (the actual service date must be indicated: the invoice date is not acceptable) • *Diensdatum (die werklike diensdatum moet aangedui word: die datum van lewering van die rekening is nie aanvaarbaar nie)*
- Item codes according to the officially published tariff guides • *Item kodes soos aangedui in die amptelik gepubliseerde handleidings tot tariewe*
- Amount claimed per item code and total of account • *Bedrag geëis per itemkode en totaal van rekening.*
- It is important that all requirements for the submission of accounts are met, including supporting information, e.g • *Dit is belangrik dat alle voorskrifte vir die indien van rekeninge insluitend dokumentasie nagekom word bv.*
    - All pharmacy or medication accounts must be accompanied by the original scripts • *Alle apteekrekenings vir medikasie moet vergesel word van die oorspronklike voorskrifte*
    - The referral notes from the treating practitioner must accompany all other medical service providers' accounts. • *Die verwysingsbriewe van die behandelende geneesheer moet rekeninge van ander mediese diensverskaffers vergesel*

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	RULES GOVERNING THE TARIFF • REëLS VAN TOEPASSING OP DIE TARIEF							
	PLEASE NOTE: The interpretations/comments as published in the SAMA Doctors' Billing Manual (DBM) must also be adhered to when rendering health care services under the Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act, 1993							
A.	**Consultations: Definitions • Konsultasies: Definisies** (a) **New and established patients:** A consultation/visit refers to a clinical situation where a medical practitioner personally obtains a patient's medical history, performs an appropriate clinical examination and, if indicated, administers treatment, prescribes or assists with advice. These services must be face-to-face with the patient and excludes the time spent doing special investigations which receives additional remuneration • **Nuwe en bestaande pasiënte:** 'n Konsultasie/besoek verwys na 'n kliniese situasie waar 'n mediese praktisyn persoonlik 'n pasiënt se siektegeskiedenis afneem, 'n toepaslike kliniese ondersoek uitvoer en indien aangedui behandeling toedien of voorskryf, of die pasiënt van raad bedien. Hierdie dienste moet met die pasiënt persoonlik wees en sluit die tyd gebruik om spesiale ondersoeke uit te voer, waarvoor bykomende vergoeding geëis kan word, uit							
	(b) **Subsequent visits:** Refers to a voluntarily scheduled visit performed within four (4) months after the first visit. It may imply taking down a medical history and/or a clinical examination and/or prescribing or administering of treatment and/or counselling • **Opvolgbesoeke:** Verwys na 'n willekeurig geskeduleerde besoek wat binne vier (4) maande na 'n eerste konsultasie uitgevoer word. Dit kan die afneem van 'n siektegeskiedenis en/of kliniese ondersoek en /of die voorskryf of toedien van behandeling en/of raadgewing behels							
	(c) **Hospital visits:** Where a procedure or operation was performed, hospital visits are regarded as part of the normal after care and no fees may be levied (unless otherwise indicated). Where no procedure or operation was carried out, fees may be charged for hospital visits according to the appropriate hospital or inpatient follow-up visit code • **Hospitaalbesoeke:** In gevalle waar 'n prosedure of operasie deur 'n geneesheer uitgevoer is, word hospitaalbesoeke beskou as deel van die normale nasorg en mag geen gelde gehef word nie (behalwe waar anders aangedui). In gevalle waar daar nie 'n prosedure of operasie uitgevoer is nie, mag gelde volgens die toepaslike hospitaalopvolgbesoek item gehef word							
B.	**Normal hours and after hours:** Normal working hours comprise the periods 08:00 to 17:00 on Mondays to Fridays, 08:00 to 13:00 on Saturdays, and all other periods voluntarily scheduled (even when for the convenience of the patient) by a medical practitioner for the rendering of services. All other periods are regarded as after hours. Public holidays are not regarded as normal working days and work performed on these days is regarded as after-hours work. Services are scheduled involuntarily for a specific time, if for medical reasons the doctor should not render the service at an earlier or later opportunity. Please note: Items 0146 and 0147 (emergency consultations) as well as modifier 0011 (emergency theatre procedures) are only applicable in the after hours period)							

			Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
			U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	Nood en ongekeduleer konsultasie								
C.	**Comparable services:** The fee that may be charged in respect of the rendering of a service not listed in this tariff of fees or in the SAMA guideline, shall be based on the fee in respect of a comparable service. For procedures/services not in this tariff of fees but in the SAMA guideline, item 6999 (unlisted procedure or service code), should be used with the SAMA code. Motivation for the use of a comparable item must be provided. Note: Rule C and item 6999 may not be used for comparable pathology services (sections 21, 22 and 23) ●								
	Vergelykbare dienste: Die bedrag wat gehef kan word ten opsigte van die lewering van 'n diens wat nie in hierdie tariefhandleiding of in die SAMA riglyn ingesluit is nie, moet gebaseer wees op die bedrag vir 'n vergelykbare diens. Vir prosedures en dienste nie in hierdie tarief maar wel in die SAMA riglyn, moet item 6999: (ongespesifiseerde procedure/diens), gebruik word saam met die SAMA item om hierdie diens aan te dui. Motivering vir die gebruik van 'n vergelykbare item moet verskaf word. Let Wel: Reël C en item 6999 is nie van toepassing op vergelykbare patologiese dienste (afdeling 21, 22 en 23) nie								
D.	**Cancellation of appointments:** Unless timely steps are taken to cancel an appointment for a consultation the relevant consultation fee may be charged. In the case of an injured employee, the relevant consultation fee is payable by the employee.) In the case of a general practitioner "timely" shall mean two hours and in the case of a specialist 24 hours prior to the appointment. Each case shall, however, be considered on merit and, if circumstances warrant, no fee shall be charged. If a patient has not turned up for a procedure, each member of the surgical team is entitled to charge for a visit at or away from doctor's rooms as the case may be ●								
	Kansellasie van afsprake: Tensy stappe vroegtydig gedoen word om 'n afspraak vir 'n konsultasie te kanselleer, kan die betrokke konsultasiegelde gehef word. In geval van 'n beseerde werknemer, is die werknemer aanspreeklik vir die konsultasiegelde. In die geval van 'n algemene praktisyn beteken "vroegtydig" twee ure en in die geval van 'n spesialis 24 ure voor die afspraak. Elke geval word egter op meriete hanteer en, indien omstandighede dit regverdig, word geen gelde gehef nie. Indien 'n pasiënt nie opgedaag het vir 'n prosedure nie, is elke lid van die chirurgiese span geregtig om gelde te hef vir 'n besoek by of weg van die dokter se spreekkamers na gelang van die geval								
E.	**Pre-operative visits:** The appropriate fee may be charged for all pre-operative visits with the exception of a routine pre-operative visit at the hospital, as that routine pre-operative visit is included in the global surgical fee for the procedure ● **Pre-operatiewe besoeke:** Die toepaslike gelde mag gehef word vir alle pre-operatiewe besoeke met die uitsondering van 'n roetine pre-operatiewe besoek by die hospitaal, aangesien daardie roetine pre-operatiewe besoek by die globale chirurgiesegelde vir die prosedure ingesluit is.								
F.	**Administering of injections and/or infusions:** Where applicable, fees for administering injections and/or infusions may only be charged when done by the practitioner himself ● **Toediening van inspuitings en/of infusies:** Waar toepaslik, mag gelde vir die toediening van inspuitings en/of infusies alleenlik gehef word indien deur die praktisyn self toegedien								
G.	**Post-operative care ● Post-operatiewe sorg:**								

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	(a) Unless otherwise stated, the fee in respect of an operation or procedure shall include normal after care for a period not exceeding FOUR months (after-care is excluded from pure diagnostic procedures during which no therapeutic procedures were performed) • Tensy anders vermeld, sluit die gelde ten opsigte van 'n operasie of prosedure normale nasorg in oor 'n tydperk wat nie VIER maande oorskry nie (nasorg is uitgesluit van suiwer diagnostiese prosedures waartydens geen terapeutiese prosedures uitgevoer is nie)							
	(b) If the normal after-care is delegated to any other registered health professional and not completed by the surgeon it shall be his/her own responsibility to arrange for the service to be rendered without extra charge • Indien die normale nasorg aan 'n ander geregistreerde gesondheidswerker gedelegeer word en nie deur die chirurg voltooi word nie, sal dit sy/haar verantwoordelikheid wees om te reël dat die diens gelewer word sonder enige bykomende betaling							
	(c) When the care of post-operative treatment of a prolonged or specialised nature is required, such fee as may be agreed upon between the surgeon and the Compensation Fund may be charged • Wanneer na-operatiewe behandeling van 'n langdurige of gespesialiseerde aard benodig word, mag gelde waaroor die chirurg en die Vergoedingsfonds ooreengekom het, gehef word							
	(d) Normal aftercare refers to uncomplicated post-operative period not requiring any further surgical incision							
	(e) Abnormal aftercare refers to post-operative complications and treatment not requiring any further incisions and will be considered for payment.							
H.	**Removal of lesions:** Items involving removal of lesions include follow-up treatment for four months • **Verwydering van letsels:** Waar 'n letsel verwyder word, sluit die vergoeding ook vier maande opvolg in							
I.	**Pathological investigations performed by clinicians**: Fees for all pathological investigations performed by members of other disciplines (where permissible) - refer to modifier 0097: Items that resort under Clinical and Anatomical Pathology: See section for Pathology • **Patologiese ondersoeke uitgevoer deur klinici**: Gelde vir alle patologiese ondersoeke wat uitgevoer word deur lede van ander dissiplines (waar toelaatbaar) - verwys na wysiger 0097: Items wat onder Kliniese en Anatomiese Patologie resorteer: Raadpleeg afdeling Patologie							
J.	**Disproportionately low fees:** In exceptional cases where the fee is disproportionately low in relation to the actual services rendered by a medical practitioner, a higher fee may be negotiated. Conversely, if the fee is disproportionately high in relation to the actual services rendered, a lower fee than that in the tariff should be charged • **Buite verhouding lae gelde:** In buitengewone gevalle waar die gelde buite verhouding laag is in vergelyking met die werklike dienste deur 'n geneesheer gelewer, is hoër gelde onderhandelbaar. Aan die anderkant, as die gelde buite verhouding hoog is met betrekking tot die werklike dienste gelewer, moet 'n laer bedrag as dié wat in die tariefkode aangegee word, gehef word							

			Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
			U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
K.	**Services of a specialist, upon referral:** Save in exceptional cases the services of a specialist shall be available only on the recommendation of the attending general practitioner. Medical practitioners referring cases to other medical practitioners shall, if known to them, indicate in the referral letter that the patient was injured in an "accident" and this shall also apply in respect of specimens sent to pathologists ● **Dienste van 'n spesialis, na verwysing:** Behalwe in buitengewone gevalle is die dienste van 'n spesialis beskikbaar slegs op aanbeveling van die algemene praktisyn wat die geval hanteer. Geneeshere wat pasiënte na ander geneeshere verwys, moet, indien hulle daarvan bewus is dat die pasiënt in 'n "ongeval" beseer is, dit in die verwysingsbrief meld en dieselfde geld ten opsigte van monsters wat na patoloë gestuur word								
L.	**Procedures performed at time of visits:** If a procedure is performed at the time of a consultation/visit, the fee for the visit PLUS the fee for the procedure is charged ● **Prosedures uitgevoer tydens besoeke:** Indien 'n prosedure uitgevoer word tydens 'n konsultasie/besoek, word die bedrag vir die besoek SOWEL as die bedrag vir die prosedure gehef								
M.	**Surgical procedure planned to be performed later:** In cases where, during a consultation/visit, a surgical procedure is planned to be performed at a later occasion, a visit may not be charged for again, at such a later occasion ● **Chirurgiese prosedure beplan om later uit te voer:** In gevalle waar 'n chirurgiese prosedure tydens 'n konsultasie/besoek beplan word om by 'n latere geleentheid uitgevoer te word, mag by sodanige latere uitvoering van die prosedure nie weer gelde gehef word vir 'n besoek nie								
N.	**Rendering of accounts for occupational injuries and diseases ● Lewering van rekeninge vir beroepsbeserings en siektes** (a) "Per consultation": No additional fee may be charged for a service for which the fee is indicated as "per consultation". Such services are regarded as part of the consultation/visit performed at the time the condition is brought to the doctor's attention ● "Per konsultasie": Geen bykomende gelde kan vir dienste waarvoor die tarief aangedui word as "per konsultasie", gehef word nie. Sulke dienste word gereken as deel van die konsultasie/besoek waartydens die toestand onder die geneesheer se aandag gebring word (b) Where a fee for a service is prescribed in this guideline, the medical practitioner shall not be entitled to payment calculated on a basis of the number of visits or examinations made where such calculation would result in the prescribed fee being exceeded ● Waar gelde ten opsigte van enige diens in hierdie handleiding voorgeskryf is, is die geneesheer nie op betaling, bereken op die aantal besoeke afgelê of die aantal ondersoeke gedoen, geregtig as so 'n berekening die voorgeskrewe tarief oorskry nie								
	(c) The number of consultations/visits must be in direct relation to the seriousness of the injury and should more than 20 visits be necessary, the Compensation Fund must be furnished with a detailed motivation ● Die aantal konsultasies/besoeke moet in direkte verhouding staan tot die erns van die besering en indien meer as 20 besoeke benodig word, moet volledige motivenng aan die Vergoedingsfonds voorgelê word								

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	(d) A single fee for a consultation/visit shall be paid to a medical practitioner for the once-off treatment of an injured employee who thereafter passes into the permanent care of another medical practitioner, not a partner or assistant of the first. The responsibility of furnishing the First Medical Report in such a case rests with the second practitioner ● Gelde ten opsigte van een konsultasie/besoek word aan 'n geneesheer betaal vir die eenmalige behandeling van 'n beseerde werknemer wat daarna na die permanente sorg van 'n ander geneesheer wat nie 'n vennoot of assistent van eersgenoemde geneesheer is nie, oorgeplaas word. In so 'n geval berus die verantwoordelikheid om die Eerste Mediese Verslag te verstrek op die tweede praktisyn							
O.	**Costly or prolonged medical services or procedures ● Duur of landurige mediese dienste of prosedures** (a) An employee should be hospitalised only when and for the length of period that his condition justifies full time medical assistance ● Hospitalisasie van 'n werknemer moet slegs geskied indien en vir solank as wat sy toestand voltydse geneeskundige hulp vereis							
	(b) Occupational therapy/Physiotherapy: The same principals as set out in modifier 0077: Two areas treated simultaneously for totally different conditions, will apply when an employee is referred to a therapist ● Arbeidsterapie/Fisioterapie: Indien 'n werknemer verwys word na 'n terapeut sal dieselfde beginsels geld soos in wysiger 0077: Twee afsonderlike areas wat tegelykertyd behandel word vir heeltemal verskillende toestande							
	(c) In case of costly or prolonged medical services or procedures the medical practitioner shall first ascertain in writing from the Compensation Fund if liability is accepted for such treatment ● In geval van duur of langdurige mediese dienste of prosedures, moet die geneesheer skriftelik vooraf by die Vergoedingsfonds vasstel of verantwoordelikheid vir die betaling aanvaar word vir die spesifieke behandeling							
P.	**Travelling fees ● Reisgelde:** (a) Where, in cases of emergency, a practitioner was called out from his residence or rooms to a patient's home or the hospital, travelling fees can be charged according to the section on travelling expenses (section IV) if the practitioner had to travel more than 16 kilometres in total ● Waar 'n praktisyn in noodgevalle vanaf sy huis of kamers na 'n pasiënt se woning of 'n hospitaal uitgeroep word, kan reisgelde gehef word volgens die afdeling aangaande reiskoste (afdeling IV) indien die praktisyn meer as 16 kilometers in totaal moes aflê							
	(b) If more than one patient is attended to during the course of a trip, the full travelling expenses must be divided between the relevant patients ● Indien meer as een pasiënt tydens 'n reis aandag geniet, moet die volle reisgeld pro rata tussen die pasiënte verdeel word							
	(c) A practitioner is not entitled to charge for any travelling expenses or travelling time to his rooms ● 'n Praktisyn is nie geregtig om gelde te hef vir enige reiskoste of reistyd na sy kamers nie							
	(d) Where a practitioner's residence is more than 8 kilometres away from a hospital, no travelling fees may be charged for services rendered at such a hospital, except in cases of emergency (services not voluntarily scheduled) ● Waar 'n praktisyn se woning meer as 8 kilometer vanaf 'n hospitaal gelee is, mag geen reisgelde gehef word vir dienste gelewer in sodanige hospitaal nie, behalwe in noodgevalle (onwillekeurig geskeduleerde dienste)							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	(e) Where a practitioner conducts an itinerant practice, he is not entitled to charge fees for travelling expenses except in cases of emergency (services not voluntarily scheduled) ● As 'n praktisyn 'n rondreisende praktyk bedryf, is hy nie geregtig om reisgelde te hef nie, behalwe in noodgevalle (onwillekeurig geskeduleerde dienste)							
	INTENSIVE CARE ● INTENSIEWE SORG **RULES GOVERNING THIS SPECIFIC SECTION OF THE TARIFF CODE ● REëLS VAN TOEPASSING OP HIERDIE SPESIFIEKE AFDELING VAN DIE TARIEFKODE**							
Q.	**Intensive care/High care:** Units in respect of item codes 1204 to 1210 (Categories 1 to 3) EXCLUDE the following ● **Intensiewe sorg/Hoë sorg:** Eenhede vir itemkodes 1204 tot 1210 (Kategoneë 1 tot 3) SLUIT die volgende UIT:							
	(a) Anaesthetic and/or surgical fees for any condition or procedure, as well as a first consultation/visit fee for the initial assessment of the patient, while the daily intensive care/high care fee covers the daily care in the intensive care/high care unit ● Narkose en/of chirurgiesegelde vir enige toestand of prosedure, sowel as 'n eerste konsultasie/besoekgelde wat die eerste evaluasie van die pasiënt dek terwyl die intensiewe sorg/hoë sorg tarief die daaglikse sorg in die intensiewe sorgeenheid insluit							
	(b) Cost of any drugs and/or materials ● Koste van medisyne en /of materiaal							
	(c) Any other cost that may be incurred before, during or after the consultation/visit and/or the therapy ● Enige ander koste wat ontstaan voör, tydens of na die konsultasie/besoek en/of terapie							
	(d) Blood gases and chemistry tests, including arterial puncture to obtain specimens ● Bloedgasondersoeke of chemiese bloedtoetse, insluitend arteriële punksie om bloedmonsters te verkry							
	(e) Procedural item codes 1202 and 1212 to 1221 ● Prosedure itemkodes 1202 en 1212 tot 1221							
	but INCLUDE the following ● maar SLUIT die volgende IN:							
	(f) Performing and interpreting of a resting ECG ● Uitvoering en vertolking van 'n rustende EKG							
	(g) Interpretation of blood gases, chemistry tests and x-rays ● Vertolking van bloedgasse, biochemiese toetse en x-strale							
	(h) Intravenous treatment (item codes 0206 and 0207) ● Intraveneuse behandeling (itemkodes 0206 en 0207)							
R.	**Multiple organ failure:** Units for item codes 1208, 1209 and 1210 (Category 3: Cases with multiple organ failure) include cardio-respiratory resuscitation (item 1211) ● **Veelvuldige orgaan versaking:** Eenhede vir itemkodes 1208, 1209 en 1210 (Kategorie 3: Gevalle met veelvuldige orgaan versaking) sluit kardio-respiratonese resussitasie (item 1211) in							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
S.	**Ventilation:** Units for item codes 1212, 1213 and 1214 (ventilation) include the following ● **Ventilasie:** Eenhede vir itemkodes 1212, 1213 en 1214 (ventilasie) sluit die volgende in:							
	(a) Measurement of minute volume, vital capacity, time- and vital capacity studies ● Bepaling van minuutvolume, vitale kapasiteit, tyd- en vitale kapasiteitstudies							
	(b) Testing and connecting the machine ● Toets en verbinding van masjien							
	(c) Setting up and coupling patient to machine: setting machine, synchronising patient with machine ● Pasiënt aan die masjien verbind: stel van masjien en sinchronisasie van pasiënt met masjien							
	(d) Instruction to nursing staff ● Opdragte aan verpleegpersoneel							
	(e) All subsequent visits for the first 24 hours ● Alle daaropvolgende besoeke gedurende die eerste 24 uur							
T.	Ventilation (item codes 1212 to 1214) does not form part of normal post-operative care, but may not be added to item code 1204: Catogory 1: Cases requiring intensive monitoring ● Ventilasie (itemkodes 1212 tot 1214) maak nie deel uit van normale na-operatiewe sorg nie, maar mag nie by itemkode 1204: Kategorie 1: Gevalle wat intensiewe monitering vereis gevoeg word nie							
	RULES GOVERNING THE SECTION RADIOLOGY: MAGNETIC RESONANCE IMAGING ● REëLS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING RADIOLOGIE: MAGNETIESE RESONANSIE BEELDING							
W.	**Magnetic Resonance Imaging ● Magnetiese Resonansie Beelding**							
	(a) Complete Annexure A and Annexure B, submit report of the investigation and an invoice. ● Voltooi Bylaag A en Bylaag B voorsien verslag van die ondersoek en 'n rekening							
	(b) Item code 6270 - Proper motivation must be submitted upon which the Compensation Fund will consider approval for payment ● Itemkode 6270 - Mediese motivering moet voorgelê word waarna goedkeuring vir betaling deur die Vergoedingsfonds oorweeg sal word							
	RULES GOVERNING THE SECTION MEDICAL PSYCHOTHERAPY ● REëLS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING MEDIESE PSIGOTERAPIE							
	Note ● Opmerking:							
	(a) Prior approval must be obtained from the Compensation Fund before any treatment resorting under this section is carried out ● Enige behandeling ingevolge hierdie afdeling moet vooraf deur die Vergoedingsfonds goedgekeur word							
	(b) Where approval has been obtained, treatment must be limited to 12 sessions only, after which the patient must be referred back to the referring doctor for an evaluation and report to the Compensation Fund ● Waar goedkeunng verleen is moet die behandeling beperk word tot 12 sessies waarna die pasient na die verwysende geneesheer terugverwys moet word vir evaluasie en verslag aan die Vergoedingsfonds							
Va.	**Electro-convulsive treatment:** Visits at hospital or nursing home during a course of electro-convulsive treatment are justified and may be charged for in addition to the fees for the procedure ● **Elektro-konvulsiewe behandeling:** Besoeke by 'n hospitaal of verpleeginrigting tydens 'n kursus elektro-konvulsiewe behandeling is geregverdig en gelde kan daarvoor gehef word, bo en behalwe die gelde vir die prosedure							

			Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
			U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
Vb.	When adding psychotherapy items to a first or follow-up consultation item, the clinician must ensure that the time stipulated in the psychotherapy items are adhered to (i.e. item 2957 - minimum 10 minutes, item 2974 - minimum 30 minutes, and item 2975 - minimum 50 minutes) ● Indien psigoterapie items by 'n eerste of opvolgkonsultasie gevoeg word, moet die klinikus verseker dat die tyd soos gestipuleer in die psigoterapie items toegepas word (i.e item 2957 - minimum 10 minute, item 2974 - minimum 30 minute en item 2975 - minimum 50 minute)								
	RULES GOVERNING THE SECTION RADIOLOGY ● REëLS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING RADIOLOGIE								
Y.	Except where otherwise indicated, radiologists are entitled to charge for contrast material used ● Behalwe waar anders aangedui, mag radioloë eis vir die koste van kontrasmateriaal wat gebruik is								
Z.	No fee to is subject to more than one reduction ● Geen gelde is onderworpe aan meer as een vermindering nie								
	RULE GOVERNING THE SUBSECTION ON DIAGNOSTIC PROCEDURES REQUIRING THE USE OF RADIO-ISOTOPES ● REëL VAN TOEPASSING OP DIAGNOSTIESE PROSEDURES WAT DIE GEBRUIK VAN RADIO-ISOTOPE VEREIS								
AA.	Procedures exclude the cost of isotope used ● Prosedures sluit die koste van die isotoop gebruik uit								
	RULE GOVERNING THE SECTION RADIATION ONCOLOGY ● REëL VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING STRALINGSONKOLOGIE								
BB.	The fees in this section (radiation oncology) do NOT include the cost of radium or isotopes ● Die tariewe in hierdie afdeling (stralingsonkologie) sluit NIE die koste van radium of isotope in NIE								
	RULE GOVERNING ULTRASOUND EXAMINATIONS ● REëL VAN TOEPASSING OP ULTRASONIESE ONDERSOEKE								
EE.	(a) In case of a referral, the referring doctor must submit a letter of motivation to the radiologist or other practitioner performing the scan. A copy of the letter of motivation must be attached to the first account rendered to the Compensation Fund by the radiologist ● In geval van 'n verwysing, moet die verwysende geneesheer 'n skriftelike motivering verskaf aan die radioloog of ander geneesheer wat die ondersoek doen. 'n Afskrif van die motivering moet aangeheg word aan die eerste rekening wat aan die Vergoedingsfonds voorgelê word deur die radioloog								
	(b) In case of a referral to a radiologist, no motivation is required from the radiologist himself ● In geval van 'n verwysing na 'n radioloog, word geen motivering van die radioloog self vereis nie								

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	RULES GOVERNING THE SECTION URINARY SYSTEM ● REëLS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING URIENSTELSEL							
FF.	(a) When a cystoscopy precedes a related operation, modifier 0013: Endoscopic examination done at an operation, applies, e.g. cystoscopy followed by transuretral (T U R) prostatectomy ● Wanneer 'n sistoskopie 'n verwante operasie voorafgaan, geld wysiger 0013: Endoskopiese ondersoek uitgevoer tydens 'n operasie, byvoorbeeld sistoskopie gevolg deur transuretrale prostatektomie							
	(b) When a cystoscopy preceeds an unrelated operation, modifier 0005: Multiple procedures/operations under the same anaesthetic, applies, e.g. cystoscopy for urinary tract infection followed by inguinal hernia repair ● Wanneer 'n sistoskopie 'n onverwante operasie voorafgaan, geld wysiger 0005: Meer as een procedure/operasie onder dieselfde narkose, byvoorbeeld sistoskopie vir urinêre infeksie gevolg deur liesbreukherstel							
	(c) No modifier applies to item code 1949: Cystoscopy, when performed together with any of item codes 1951 to 1973 ● Geen wysiger is van toepassing op itemkode 1949: Sistoskopie, wanneer dit saam met enige van itemkodes 1951 tot 1973 uitgevoer word nie							
	RULE GOVERNING THE SECTION RADIOLOGY ● REëL VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING RADIOLOGIE							
GG.	**Capturing and recording of examinations:** Images from all radiological, ultrasound and magnetic resonance imaging procedures must be captured during every examination and a permanent record generated by means of film, paper, or magnetic media. A report of the examination, including the findings and diagnostic comment, must be written and stored for five years ● **Vaslegging en rekordhouding van ondersoeke:** Beelde van alle radiologiese, ultraklank-, en magnetiese resonansiebeeldingprosedures moet tydens elke ondersoek vasgelê word en 'n permanente rekord moet deur middel van film, papier, of magnetiese media gegenereer word. 'n Skriftelike verslag van die ondersoek, insluitende die bevindings en diagnostiese kommentaar, moet opgestel en vir vyf jaar geberg word							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	MODIFIERS GOVERNING THE TARIFF CODES ● WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE TARIEFKODES							
	MODIFIER GOVERNING THE RADIOLOGY AND RADIATION ONCOLOGY SECTIONS OF THE TARIFF CODES ● WYSIGER VAN TOEPASSING OP DIE RADIOLOGIE- EN STRALINGSONKOLOGIE-AFDELINGS VAN DIE TARIEFKODES							
0001	**Emergency or unscheduled radiological services:** For emergency or unscheduled radiological services (Refer to rule B) the additional fee shall be 50% of the fee for the particular service (section 19.12: Portable unit examinations excluded). Emergency and unscheduled MR scans, a maximum levy of 100.00 Radiological units is applicable	*100*	**1,719.00**					
	MODIFIER GOVERNING A RADIOLOGIST REQUESTED TO PROVIDE A REPORT ON X-RAYS ● WYSIGER VAN TOEPASSING OP 'N RADIOLOOG WAT VERSOEK IS OM 'N VERSLAG OOR X-STRALE TE VOORSIEN							
0002	**Written report on X-rays:** The lowest level item code for a new patient (consulting rooms) consultation is applicable only when a radiologist is requested to provide a written report on X-rays taken elsewhere and submitted to him. The above mentioned item code and the lowest level item code for an initial hospital consultation are not to be utilised for the routine reporting on X-rays taken elsewhere ● Geskrewe verslag oor X-strale: Die laagste vlak itemkode vir 'n nuwe pasiënt (spreekkamer) besoek, is van toepassing slegs wanneer 'n radioloog gevra word om 'n skriftelike verslag te voorsien aangaande X-strale wat elders geneem is en aan hom voorgelê word. Die bogemelde item en die laagste vlak itemkode vir 'n aanvanklike hospitaal besoek, moet nie gebruik word vir die roetine verslaggewing aangaande X-strale wat elders geneem is nie							
0005	**Multiple therapeutic procedures/operations under the same anaesthetic ● Meer as een terapeutiese procedure/operasie onder dieselfde narkose:** (a) Unless otherwise stated in the tariff code, when multiple procedures/operations add significant time and/or complexity, and when each procedure/operation is clearly identifiable and defined, the following rule shall prevail: 100% (full value) for the first or major procedure/operation, plus 50% (half of) the tariff fee in respect of each additional operation or procedure with a maximum of four additional operations or procedures ● Wanneer meer as een prosedure/operasie heelwat addisionele tyd en/of ingewikkeldheid meebring, en as elke prosedure/operasie duidelik identifiseerbaar en gedefinieer is, sal die volgende reël geld, behalwe waar anders gespesifiseer is in die tariefkode: 100% (volle tarief) vir die eerste of groter prosedure/operasie plus 50% (helfte van) tariefgelde ten opsigte van elke bykomende operasie of prosedure tot 'n maksimum van vier bykomende operasies of prosedures (b) In case of multiple fractures and/or dislocations the above rule shall prevail ● In geval van meer as een fraktuur en/of ontwrigting sal die bostaande reël van toepassing wees							

	Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
(c) When purely diagnostic endoscopic procedures or diagnostic endoscopic procedures unrelated to any therapeutic procedure are performed under the same general anaesthetic, modifier 0005 is not applicable to the fees for such diagnostic endoscopic procedures as the fees for endoscopic procedures do not provide for after-care. Specify the unrelated endoscopic procedures and provide a diagnosis to identify and indicate the diagnostic endoscopic procedure(s) unrelated to other therapeutic procedures performed under the same anaesthetic • Wanneer suiwer diagnostiese endoskopiese prosedures of diagnostiese endoskopiese prosedures onverwant aan enige terapeutiese prosedure onder dieselfde narkose uitgevoer word, is wysiger 0005 nie van toepassing op die gelde van sodanige diagnostiese endoskopiese prosedures nie aangesien die gelde vir endoskopiese prosedures nie nasorg insluit nie. Spesifiseer die onverwante endoskopiese prosedure en voorsien 'n diagnose om die diagnostiese endoskopiese prosedure(s) onverwant aan ander terapeutiese prosedures onder dieselfde narkose uitgevoer, te identifiseer en aan te dui.								
(d) Please note: When more than one small procedure are performed and the tariff code provides for item codes for "subsequent" or "maximum for multiple additional procedures" (see Section 2. Integumentary System) modifier 0005 is not applicable as the fee is already a reduced fee • Neem asseblief kennis: Wanneer meer as een klein prosedure uitgevoer word en die tariefkode voorsiening maak vir items vir "daaropvolgende" of "maksimum vir veelvuldige bykomende prosedures" (raadpleeg Afdeling 2. Huidstelsel) is wysiger 0005 nie van toepassing nie, aangesien die tarief reeds verminder is.								
(e) Plus ("+") means that this item code is used in addition to another definitive procedure and is therefore not subject to reduction according to modifier 0005 (see also modifier 0082) • Plus ("+") beteken dat hierdie itemkode bykomend tot 'n ander bepalende prosedure itemkode gebruik word en daarom nie aan vermindering onderworpe is volgens wysiger 0005 nie (raadpleeg ook wysiger 0082)								
APPLICATION OF MODIFIER 0005 IN CASES WHERE BONE GRAFT PROCEDURES AND INSTRUMENTATION ARE PERFORMED IN COMBINATION WITH ARTHRODESIS (FUSION) • TOEPASSING VAN WYSIGER 0005 IN GEVALLE WAAR BEENOORPLANTINGS-PROSEDURES EN INSTRUMENTASIE IN KOMBINASIE MET ARTRODESE (FUSIE) UITGEVOER WORD								
(f) Modifier 0005 (multiple procedures/operations under the same anaesthetic) is not applicable if the following procedures are performed together • Wysiger 0005 (veelvuldige prosedures/operasies onder dieselfde narkose), is nie van toepassing wanneer die volgende prosedures saam uitgevoer word nie:								
1. Bone graft procedures and instrumentation are to be charged in addition to arthrodesis • Beenoorplantings-prosedures en instrumentasie word bykomend tot artrodese gehef								
2. When vertebral procedures are performed by arthrodesis, bone grafts and instrumentation may be charged for additionally • Indien vertebrale prosedures uitgevoer word deur artodese, mag beenoorplantings en instrumentasie addisioneel voor gehef word								
(g) Modifier 0005 (Multiple procedures/operations under the same anaesthetic) would be applicable when an arthrodesis is performed in addition to another procedure, e.g. osteotomy or laminectomy • Wysiger 0005 (veelvuldige prosedures onder dieselfde narkose), sal van toepassing wees waar 'n artrodese saam met 'n ander prosedure bv. osteotomie of laminektomie uitgevoer word								

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0006	A 25% reduction in the fee for a subsequent operation for the same condition within one month shall be applicable if the operations are performed by the same surgeon (an operation subsequent to a diagnostic procedure is excluded). After a period of one month the full fee is applicable ● 'n 25% vermindering in die gelde van 'n daaropvolgende operasie, binne een maand, vir dieselfde siektetoestand, is van toepassing indien die operasies deur dieselfde chirurg uitgevoer word ('n operasie wat volg op 'n diagnostiese prosedure is uitgesluit). Indien 'n daaropvolgende operasie na meer as een maand uitgevoer word, is die volle gelde betaalbaar							
0007	(a) **Use of own monitoring equipment in the rooms:** Remuneration for the use of any type of own monitoring equipment in the rooms for procedures performed under intravenous sedation – 15.00 clinical procedure units irrespective of the number of items of equipment provided ● **Gebruik van eie monitering toerusting in die kamers:** Vergoeding vir die gebruik van enige tipe eie monitering toerusting in kamers vir prosedures wat onder intraveneuse sedasie uitgevoer word – 15.00 kliniese prosedure eenhede, ongeag die aantal items van toerusting wat voorsien word	15	**246.60**	15	**246.60**			
	(b) **Use of own equipment in hospital or unattached theatre unit:** Remuneration for the use of any type of own equipment for procedures performed in a hospital theatre or unattached theatre unit when appropriate equipment is not provided by the hospital - 15.00 clinical procedure units irrespective of the number of items of equipment provided ● **Gebruik van eie toerusting in hospitaalteater or losstaande teatereenheid:** Vergoeding vir die gebruik van enige tipe eie toerusting vir prosedures wat in 'n hospitaalteater of losstaande teatereenheid uitgevoer word, indien sodanige toerusting nie deur die hospitaal verskaf word nie – 15.00 kliniese prosedure eenhede, ongeag die aantal items van toerusting wat voorsien word							
0008	**Specialist surgeon assistant:** Where a procedure **REQUIRES** a registered specialist surgeon assistant, the tariff is 33,33% (1/3) of the fee for the specialist surgeon ● **Spesialis chirurgiese assistent:** Waar 'n prosedure 'n geregistreerde spesialis chirurgiese assistent**VEREIS**, is die tarief 33,33% (1/3) van die spesialis chirurg se gelde							
0009	**Assistant:** The fee for an assistant is 20% of the fee for a specialist surgeon, with a minimum of 36.00 clinical procedure units - the minimum fee payable may not be less than 36,00 clinical procedures units ● **Assistent:** Die gelde vir 'n assistent is 20% van 'n spesialis chirurg se gelde met 'n minimum van 36.00 kliniese prosedure eenhede - die minimum gelde betaalbaar mag nie minder as 36,00 kliniese prosedure eenhede beloop nie.			36	**591.84**			
0010	**Local anaesthesic ● Lokale verdowing:** (a) A fee for a local anaesthetic administered by the practitioner may only be charged for (1) an operation or a procedure with a value of greater than 30.00 clinical procedure units (i.e. 31.00 or more clinical procedure units allocated to a single item) or (2) where more than one operation or procedure is done at the same time with a combined value of greater than 50.00 clinical procedure units ● Gelde mag gehef word vir plaaslike verdowing toegedien deur die praktisyn wat die operasie uitvoer, slegs vir 'n operasie of prosedure met 'n waarde van meer as 30.00 kliniese prosedure eenhede (d.i. 31.00 of meer kliniese prosedure eenhede) toegeken aan 'n enkele item) of (2) waar meer as een operasie of prosedure wat terselfder tyd uitgevoer word, 'n gekombineerde waarde van meer as 50.00 kliniese prosedure eenhede dra	31	**509.64**	31	**509.64**			

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	(b) The fee for a local anaesthetic administered shall be calculated according to the basic anaesthetic units for the specific operation. Anaesthetic time may not be charged for, but the minimum fee as per modifier 0035: Anaesthetic administered by an anaesthesiologist/anaesthetist, shall be applicable in such a case ● Die gelde vir plaaslike verdowing toegedien word bereken volgens die basiese narkose-eenhede van die spesifieke operasie, met weglating van die narkose tydsfaktor, maar die minimum tarief soos per wysiger 0035: Narkose toegedien deur 'n anestesioloog/narkotiseur, sal van toepassing wees in sodanige geval	50	**822.00**	50	**822.00**			
	(c) The fee for a local anaesthetic administered is not applicable to radiological procedures such as angiography and myelography ● Die gelde vir plaaslike verdowing toegedien is nie van toepassing op radiologiese prosedures soos angiografie en miëlografie nie							
	(d) No fee may be levied for the topical application of local anaesthetic ● Geen gelde mag gehef word vir die topikale aanwending van lokale verdowing nie							
	(e) Please note: Modifier 0010: Local anaesthetic administered by the operator may not be added onto the surgeon's account for procedures that were performed under general anaesthetic ● Let wel: Wysiger 0010: Plaaslike verdowing toegedien deur die praktisyn wat die operasie uitvoer, mag nie saam met prosedures wat onder algemene narkose uitgevoer is op die chirurg se rekening gehef word nie							
0011	**Theatre procedures for emergency surgery:** Any bona fide, justifiable emergency procedure, only applicable during after-hour periods – **see general rule B,** undertaken in an operating theatre, will justify the charging of an additional 12.00 clinical procedure units per half-hour or part thereof, of the operating time for all members of the surgical team. Modifier 0011 does not apply to patients on scheduled lists (PLEASE INDICATE TIME IN MINUTES) ● **Teaterprosedures vir noodchirurgie:** Vir enige bona fide, regverdigbare noodprosedure - slegs van toepassing gedurende na-ure periodes (vergelyk **algemene reël B**) - wat in 'n operasieteater uitgevoer word, kan 'n bykomende 12.00 kliniese prosedure eenhede gehef word per halfuur of deel daarvan wat die operasie duur, deur alle lede van die chirurgiese span. Wysiger 0011 is nie van toepassing op pasiënte op geskeduleerde lyste nie. (DUI ASSEBLIEF DIE TYDSDUUR IN MINUTE AAN)	12	**197.28**	12	**197.28**			
0013	**Endoscopic examinations done at operations**: Where a related endoscopic examination is performed at an operation by the surgeon or the attending anaesthesiologist, only 50% of the fee for the endoscopic examination may be charged ● **Endoskopiese ondersoeke tydens prosedures**: Waar 'n verwante endoskopiese ondersoek uitgevoer word by 'n operasie deur die chirurg of die anestesioloog, mag slegs 50% van die gelde vir die endoskopiese ondersoek gehef word							
0014	**Operations previously performed by other surgeons ● Operasies voorheen uitgevoer deur ander chirurge**: (a) Use modifier 0014(a) for information only as an indicator that the operation was previously performed by another surgeon ● Wysiger 0014(a) is slegs vir inligtingsdoeleindes en dui aan dat die prosedure voorheen deur 'n ander chirurg uitgevoer is.							
	(b) Where an operation is performed which has previously been performed by another surgeon, e.g. a revision or repeat operation, the fee maybe calculated according to the tariff for the full operation plus an additional fee to be negotiated under general rule J: In exceptional cases where the fee is disproportionately low in relation to actual service rendered, except where already specified in the tariff ● Wanneer 'n operasie uitgevoer word wat vantevore deur 'n ander chirurg uitgevoer is, byvoorbeeld 'n herstelloperasie of herhaling van 'n operasie, kan die gelde bereken word volgens die volle operasietarief plus addisionele gelde onderhandelbaar ingevolge algemene reël J: In buitengewone gevalle waar die gelde buite verhouding laag is in vergelyking met die werklike dienste gelewer, behalwe in gevalle waar dit alreeds gespesifiseer is in die tarief							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	INJECTIONS, INFUSIONS AND INHALATION SEDATION • INSPUITINGS, INFUSIES EN INHALASIE SEDASIE MODIFIERS GOVERNING THIS SPECIFIC SECTION OF THE TARIFF CODE • WYSIGERS VAN TOEPASSING OP HIERDIE SPESIFIEKE AFDELING VAN DIE TARIEFKODE							
0015	**Intravenous infusions**: Where intravenous infusions (including blood and blood cellular products) are administered as part of the after-treatment after an operation, no extra fees shall be charged as the after-treatment is included in the global fee for the procedure. Should the practitioner performing the operation prefer to request another practitioner to perform post-operative intravenous infusions, the practitioner himself (and not the Compensation Fund) shall be responsible for remunerating such practitioner for the infusions • **Binne-aarse infusies**: Waar binne-aarse infusie (bloed en bloedselprodukte ingesluit) as deel van die nabehandeling van 'n operasie toegedien word, word geen ekstra gelde daarvoor gehef nie, omdat die nabehandeling by die globale operasiegelde ingesluit is. Indien die geneesheer wat die operasie hanteer, verkies om 'n ander geneesheer te vra om binne-aarse infusie na die operasie toe te dien, is hyself (en nie die Vergoedingsfonds nie) teenoor sodanige geneesheer vir die vergoeding vir die infusies verantwoordelik.							
0017	**Injections administered by practitioners:** When desensitisation, intravenous, intramuscular or subcutaneous injections are administered by the practitioner him-/herself to patients who attend the consulting rooms, a first injection forms part of the consultation/visit and only all subsequent injections for the same condition should be charged according to item 0131 (not chargeable together with a consultation item) • **Inspuitings deur praktisyns toegedien:** Wanneer desensitiserings-, binne-aarse, binnespierse of onderhuidse inspuitings deur die praktisyn self aan pasiënte toegedien word wat die spreekkamers besoek, vorm toediening van 'n eerste inspuiting deel van die konsultasie/besoek en slegs vir alle daaropvolgende inspuitings vir dieselfde toestand word gelde volgens item 0131 gehef (nie hefbaar saam met 'n konsultasie kode nie)							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	MODIFIER GOVERNING SURGERY ON PERSONS WITH A BODY MASS INDEX (BMI) OF MORE THAN 35 I WYSIGER VAN TOEPASSING OP CHIRURGIE OP PERSONE MET 'N LIGGAAMSMASSAINDEKS (LMI) VAN MEER AS 35							
0018	Surgical modifier for persons with a BMI of higher than 35 (calculated according to kg/m2 = weight in kilograms divided by height in metres squared): Fee for the procedure +50% of the fee for surgeons; 50% increase in anaesthetic time units for anaesthesiologists I Chirurgiese wysiger vir persone met 'n LMI van meer as 35 (bereken volgens kg/m2): Gelde vir die prosedure +50% van die gelde vir chirurge; verhoging van 50% in narkose tydseenhede vir anestesioloë.							
	MODIFIERS GOVERNING THE ADMINISTRATION OF ANAESTHESIA FOR ALL THE PROCEDURES AND OPERATIONS INCLUDED IN THIS GUIDE TO TARIFFS • WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE TOEDIENING VAN NARKOSE VIR ALLE PROSEDURES EN OPERASIES WAT IN HIERDIE TARIEF HANDLEIDING OPGENEEM IS							
0021	**Determination of anaesthetic fees:** Anaesthetic fees are determined by adding the basic anaesthetic units (allocated to each procedure that can be performed under anaesthesia indicated in the anaesthetic column) and the time units (calculated according to the formula in modifier 0023) and the appropriate modifers (see modifiers 0037-0044). In case of operative procedures on the musculo-skeletal system, open fractures and open reduction of fractures or dislocations, add units as laid down by modifiers 5441 to 5448 • **Bepaling van narkosegelde:** Narkosegelde word bereken deur die som te verkry van die basiese narkose-eenhede (toegeken aan elke prosedure wat onder narkose uitgevoer kan word en aangedui in die narkose kolom) en die tydeenhede (bereken volgens die formule in wysiger 0023) en die toepaslike wysigers (verwys na wysigers 0037-0044). In geval van operatiewe prosedures aan die spier-skeletstelsel, oop frakture en oop reduksie van frakture en ontwrigtings, tel eenhede by soos uitgelê in wysigers 5441 tot 5448							
0023	The basic anaesthetic units are laid down in the guide to tariffs and are reflected in the anaesthetic column. These basic anaesthetic units reflect the anaesthetic risk, the technical skill required of the anaesthesiologist/anaesthetist and the scope of the surgical procedure, but exclude the value of the actual time spent administering the anaesthetic. The time units (indicated by "T") will be added to the listed basic anaesthetic units in all cases on the following basis • Die basiese narkose-eenhede word in die riglyn tot tariewe voorgeskryf en word in die narkose kolom aangedui. Hierdie basiese narkose-eenhede is 'n weergawe van die narkoserisiko, die tegniese vaardigheid benodig deur die anestesioloog/narkotiseur en die omvang van die chirurgiese prosedure, maar sluit nie die waarde van die tyd in wat deur die toediening van narkose in beslag geneem word nie. Tydeenhede (aangedui deur "T") sal in alle gevalle by die voorgeskrewe basiese narkose-eenhede gevoeg word, en wel op die volgende wyse:							
	Anaesthetic time: The remuneration for anaesthetic time shall be per 15 minute period or part thereof, calculated from the commencement of the anaesthesia, at 2.00 anaesthetic units is (R153.62) per 15 minute period or part thereof for the first hour. Should the duration of the anaesthesia be longer than one (1) hour the number of units shall be increased to 3.00 anaesthetic units (R230.43) per 15 minute period or part thereof after the first hour • **Narkosetyd:** Vergoeding vir narkosetyd word bepaal per 15-minuutperiode of deel daarvan, bereken vanaf die aanvang van die narkose teen 2.00 narkose-eenhede is (R153.62) per 15-minuutperiode of deel daarvan vir die eerste uur. Indien die narkose langer as een (1) uur duur word die aantal eenhede verhoog na 3.00 narkose-eenhede (R230.43) per 15 minute of deel daarvan na die eerste uur		2	**153.62**	2	**153.62**		

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
		3	230.43	3	230.43			
0024	**Pre-operative assessment not followed by a procedure:** If a pre-operative assessment of a patient by the anaesthesiologist/anaesthetist is not followed by an operation, the assessment will be regarded as a consultation at a hospital or nursing home and the appropriate hospital consultation fee should be charged ● **Voor-narkose evaluasie wat nie deur 'n operasie gevolg word nie:** Indien 'n voor-narkose evaluasie van 'n pasiënt deur die anestesioloog/narkotiseur nie gevolg word deur 'n operasie nie, word die evaluasie as 'n besoek by die hospitaal of verpleeginrigting beskou en die toepaslike hospitaalbesoek gelde behoort gehef te word							
0025	**Calculation of anaesthesia time:** Anaesthesia time is calculated from the time that the anaesthesiologist/ anaesthetist begins to prepare the patient for the induction of anaesthesia in the operating theatre or in a similar equivalent area and ends when the anaesthesiologist/anaesthetist is no longer required to give his/her personal professional attention to the patient, i.e. when the patient may, with reasonable safety, be placed under the customary post-operative nursing supervision. Where prolonged personal professional attention is necessary for the well-being and safety of a patient, the additional time spent can be charged for at the same rate as indicated above for anaesthesia time. The anaesthesiologist/anaesthetist must record the exact anaesthesia time and the additional time spent supervising the patient on the account submitted ●							
	Berekening van narkosetyd: Narkosetyd word bereken vanaf die tydstip waarop die anestesioloog/narkotiseur die pasiënt begin voorberei vir die induksie van narkose in die operasieteater of in 'n soortgelyke area en eindig wanneer die persoonlike professionele aandag van die anestesioloog/narkotiseur nie meer deur die pasiënt benodig word nie; wanneer die pasiënt binne redelike perke van veiligheid aan die gewone na-operatiewe verpleegsorg toevertrou kan word. Waar persoonlike, professionele aandag vir die beswil en veiligheid van die pasiënt vir 'n langer tydperk benodig word, word die gelde daarvoor bereken op dieselfde wyse soos hierbo uiteengesit ten opsigte van narkosetyd. Die anestesioloog/narkotiseur moet op die rekening die presiese narkosetyd asook die bykomende versorgingstyd wat die pasiënt benodig het aandui							
0027	**More than one procedure under the same anaesthesia:** Where more than one operation is performed under the same anaesthesia, the basic anaesthetic units will be that of the operation with the highest number of units ● **Meer as een operasie onder dieselfde narkose:** Wanneer meer as een operasie onder dieselfde narkose uitgevoer word, sal die basiese narkose-eenhede gelykstaan aan dié van die operasie wat die hoogste aantal eenhede dra							
0029	**Assistant anaesthesiologists:** When rendered necessary by the scope of the anaesthesia, an assistant anaesthesiologist may be employed. The remuneration of the assistant anaesthesiologist shall be calculated on the same basis as in the case of a general practitioner administering the anaesthesia ● **Assistant anestesioloë:** Wanneer die omvang van 'n narkose dit vereis, kan gebruik gemaak word van die dienste van 'n assistant anestesioloog. Die assistant anestesioloog se vergoeding sal op dieselfde basis bereken word as in die geval van 'n algemene praktisyn wat narkose toedien							
0031	**Intravenous infusion and transfusions:** Administering intravenous infusions and transfusions are considered to be a normal part of administering anaesthesia. No additional fees may be charged for such services when rendered either prior to, or during actual theatre or operating time ● **Intraveneuse infusies en transfusies:** Intraveneuse infusies en transfusies word beskou as deel van die normale toediening van 'n narkose. Geen bykomende gelde mag vir sodanige dienste gehef word wanneer dit voor, of gedurende werklike teater- of operasietyd gelewer word nie							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0032	**Patients in the prone position:** Anaesthesia administered to patients in the prone position shall carry a minimum of 4.00 basic anaesthetic units. When the basic anaesthetic units for the procedure are 3.00, one additional anaesthetic unit (R76.81) should be added. If the basic anaesthetic units for the procedure are 4.00 or more (R307.24), no additional units should be added • **Pasiënte in bukliggende posisie:** Narkose toegedien aan pasiënte in die buikliggende posisie sal 'n minimum van 4.00 basiese narkose-eenhede dra. Wanneer die basiese narkose-eenhede vir 'n prosedure 3.00 is, word een addisionele narkose-eenheid (R73.81) bygevoeg. Indien die basiese narkose-eenhede wat toegeken is aan die prosedure 4.00 of meer beloop (R307.24), word geen bykomende eenhede bygevoeg nie	1	76.81	1	76.81			
		4	307.24	4	307.24			
0033	**Participating in the general care of patients**: When an anaesthesiologist/anaesthetist is required to participate in the general care of a patient during a surgical procedure, but does not administer the anaesthesia, such services may be remunerated at full anaesthetic rate, subject to the provisions of modifier 0035: Anaesthetic administered by a specialist anaesthesiologist/ anaesthetist and modifier 0036: Anaesthetic administered by a general practitioner • **Deelname aan die algemene sorg van pasiënte**: Wanneer dit van 'n anestesioloog/narkotiseur verlang word om deel te hê aan die algemene sorg van 'n pasiënt gedurende 'n chirurgiese prosedure, maar hy dien nie die narkose toe nie, mag sodanige dienste vergoed word teen die volle narkose tarief, onderworpe aan die bepalings van wysiger 0035: Narkose toegedien deur 'n spesialis-anestesioloog/narkotiseur en wysiger 0036: Narkose toegedien deur 'n algemene praktisyn							
0034	**Head and neck procedures:** All anaesthesia administered for diagnostic, surgical or X-ray procedures on the head and neck shall carry a minimum of 4.00 basic anaesthetic units. When the basic anaesthetic units for the procedure are 3.00, one extra anaesthetic unit (R76.81) should be added. If the basic anaesthetic units for the procedure are 4.00 or more (R307.24), no extra units should be added • **Kop- en nekprosedures:** Alle narkose wat toegedien word vir diagnostiese, chirurgiese of X-straal prosedures aan die kop en nek, sal 'n minimum van 4.00 basiese narkose eenhede dra. Wanneer die basiese narkose eenhede vir die prosedure 3.00 is, word een addisionele narkose eenheid (R76.81) bygevoeg. Indien die basiese narkose eenhede wat toegeken is aan die prosedure 4.00 of meer beloop (R307.24), word geen bykomende eenhede bygevoeg nie	1	76.81	1	76.81			
		4	307.24	4	307.24			
0035	**Anaesthesia administered by an anaesthesiologist/ anaesthetist:** No anaesthesia administered by an anaesthesiologist/anaesthetist shall carry a total value of less than 7.00 anaesthetic units (R537.67) comprising basic units, time units and the appropriate modifiers • **Narkose toegedien deur 'n anestesioloog/narkotiseur:** Geen narkose toegedien deur 'n anestesioloog/narkotiseur sal 'n totale waarde van minder as 7.00 narkose eenhede (R537.67) beloop nie insluitend basiese eenhede, tydseenhede en toepaslike wysigers	7	537.67	7	537.67			

			Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
			U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0036	**Anaesthesia administered by general practitioners:** The anaesthetic units (basic units plus time units plus the appropriate modifiers) used to calculate the fee for anaesthesia administered by a general practitioner lasting one hour or less shall be the same as that for an anaesthesiologist. For anaesthesia lasting more than one hour, the units used to calculate the fee for anaesthesia administered by a general practitioner will be 4/5 (80%) of that applicable to a specialist anaesthesiologist, provided that no anaesthesia lasting longer than one hour shall carry a total value of less than 7.00 anaesthetic units (R537.67). Please note that the 4/5 (80%) principle will be applied to all anaesthesia administered by general practitioners with the provision that no anaesthesia totalling more than 11.00 units would be reduced to less than 11.00 units in total. The monetary value of the unit is the same for both anaesthesiologists/anaesthetists ●		7	**537.67**	7	**537.67**			
	Narkose toegedien deur algemene praktisyns: Gelde vir narkose deur 'n algemene praktisyn toegedien wat een uur of korter duur sal bereken word op dieselfde wyse (basiese eenhede plus tyd eenhede plus die toepaslike wysigers) as van toepassing op die anestesioloog. Vir narkose wat langer as een uur duur sal die gelde van die algemene praktisyn bereken word teen 4/5 (80%) van die totale tarief van toepassing op die anestesioloog met die voorbehoud dat geen narkose wat langer as een uur duur 'n totale waarde van minder as 7.00 narkose-eenhede (R537.67) sal beloop nie. Let asseblief op dat die 4/5 (80%) beginsel toegepas sal word op alle narkose toegedien deur algemene praktisyns met die voorwaarde dat geen narkose met 'n totale waarde van meer as 11.00 eenhede verlaag sal word na minder as 11.00 eenhede in totaal nie. Die geldwaarde van 'n eenheid bly dieselfde vir beide anestesioloë/narkotiseurs								

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	Note: Modifying units may be added to the basic anaesthetic unit value according to the following modifiers (0037-0044, 5441-5448) **Opmerking:** Wysigerseenhede mag tot die basiese narkose-eenhede bygevoeg word volgens die volgende wysigers (0037-0044, 5441-5448)							
0037	**Body hypothermia:** Utilisation of total body hypothermia: Add 3.00 anaesthetic units ● **Liggaamshipotermie:** Aanwending van totale liggaams-hipotermie: Voeg 3.00 narkose-eenhede by					3	230.43	
0038	Peri-operative blood salvage: Add 4.00 anaesthetic units for intra-operative blood salvage and 4.00 anaesthetic units for post-operative blood salvage ● **Peri-operatiewe bloedherwinning:** Voeg 4.00 narkose-eenhede by vir intra-operatiewe bloedherwinning en 4.00 narkose-eenhede vir post-operatiewe bloedherwinning					4	307.24	
0039	Deliberate control of blood pressure: All cases up to one hour: Add 3.00 anaesthetic units, thereafter add 1 (one) additional anaesthetic unit (R76.81) per quarter hour or part thereof (PLEASE INDICATE THE TIME IN MINUTES) ● **Doelbewuste beheer van bloeddruk:** Alle gevalle tot en met een uur: Voeg 3.00 narkose-eenhede by, daarna word 1(een) bykomende narkose-eenheid (R76.81) bygevoeg per kwartier of gedeelte daarvan.(DUI ASSEBLIEF DIE TYD IN MINUTE AAN)					3	230.43	
0041	**Hyperbaric pressurisation:** Utilisation of hyperbaric pressurisation: Add 3.00 anaesthetic units ● **Hiperbariese druk:** Gebruik van hiperbariese druk: Voeg 3.00 narkose-eenhede by					3	230.43	
0042	Extracorporeal circulation: Utilisation of extracorporeal circulation: Add 3.00 anaesthetic units I Buiteliggaamlike sirkulasie: Gebruik van buiteliggaamlike sirkulasie: Voeg 3.00 narkose-eenhede by					3	230.43	
	MUSCULO-SKELETAL SYSTEM ● SPIER-SKELET STELSEL **MODIFIERS GOVERNING ANAESTHETIC FEES FOR ORTHOPAEDIC OPERATIONS ● WYSIGERS VAN TOEPASSING OP NARKOSEGELDE VIR ORTOPEDIESE OPERASIES** **Modifiers 5441 to 5448 ● Wysigers 5441 tot 5448** Modification of the anaesthetic fee in cases of operative procedures on the musculo-skeletal system, open fractures and open reduction of fractures and dislocations is governed by adding units indicated by modifiers 5441 to 5448. (The letter "M" is annotated next to the number of units of the appropriate items, for facilitating identification of the relevant items) ● Wysiging van die narkosetarief in gevalle van operatiewe prosedures op die spier-skeletstelsel, oop frakture en oop reduksie van frakture en ontwrigtings word gereël deur die byvoeging van eenhede soos deur wysigers 5441 tot 5448 aangedui. (Die letter "M" is aangeteken by die eenhede van die toepaslike items, ten einde identifikasie van die betrokke items te vergemaklik)							
5441	Add one (1.00) anaesthetic unit, except where the procedure refers to the skeletal bones named in modifiers 5442 to 5448 ● Voeg een (1.00) narkose-eenheid by, behalwe waar die prosedure betrekking het op die skeletbene wat genoem word in wysigers 5442 tot 5448					1	76.81	
5442	Shoulder, scapula, clavicle, humerus, elbow joint, upper 1/3 tibia, knee joint, patella, mandible and tempero-mandibular joint: Add two (2.00) anaesthetic units ● Skouer, skapula, klavikula, humerus, elmbooggewrig, boonste 1/3 van tibia, kniegewrig, patella, mandibula en tempero-mandibulêre gewrig: Voeg twee (2.00) narkose-eenhede by					2	153.62	
5443	Maxillary and orbital bones: Add three (3.00) anaesthetic units ● Maksillêre en orbitale bene: Voeg drie (3.00) narkose-eenhede by					3	230.43	
5444	Shaft of femur: Add four (4.00) anaesthetic units ● Skag van femur: Voeg vier (4.00) narkose-eenhede by					4	307.24	
5445	Spine (except coccyx), pelvis, hip, neck of femur: Add five (5.00) anaesthetic units ● Werwelkolom (behalwe koksieks), pelvis, heup, nek van femur: Voeg vyf (5.00) narkose-eenhede by					5	384.05	
5448	Sternum and/or ribs and musculo-skeletal procedures which involve an intra-thoracic approach: Add eight (8.00) anaesthetic units ● Sternum en/of ribbe en spier-skeletprosedures wat 'n intra-torakale toegang behels: Voeg agt (8.00) narkose-eenhede by					8	614.48	

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0045	**Post-operative alleviation of pain • Na-operatiewe pynverligting** (a) When a regional or nerve block is performed in theatre for post-operative pain relief, the appropriate procedure item (items 2799-2804) will be charged, provided that it was not the primary anaesthetic technique • Wanneer 'n streeksblok of senuweeblok in die teater uitgevoer word vir post-operatiewe pynverligting, kan die toepaslike itemkode (items 2799-2804) gehef word, solank genoemde blok nie die primêre narkosetegniek is nie (b) When a regional or nerve block procedure is performed in the ward or nursing facility, the appropriate procedure item (items 2799-2804) will be charged, provided that it was not the primary anaesthetic technique • Wanneer 'n streeksblok of senuweeblok in die saal of verpleeginrigting uitgevoer word vir post-operatiewe pynverligting, kan die toepaslike itemkode (items 2799-2804) gehef word, solank genoemde blok nie die primêre narkosetegniek is nie (c) When a second medical practitioner has administered the regional or nerve block for post-operative alleviation of pain in the ward or nursing facility, it will be charged according to the particular procedure for instituting therapy. Revisits shall be charged according to the appropriate hospital follow-up visit to patient in ward or nursing facility • Wanneer 'n tweede mediese praktisyn die streeksblok of senuweeblok vir na-operatiewe pynverligting in die saal of verpleeginrigting toedien, sal gelde gehef word volgens die betrokke prosedure vir die toedien van die terapie. Herbesoeke word volgens die toepaslike opvolgbesoek vir 'n pasiënt by 'n saal of verpleeginrigting gehef (d) None of the above is applicable for routine post-operative pain management i.e. intramuscular, intravenous or subcutaneous administration of opiates or NSAID's (non-steroidal anti-inflammatory drugs) • Geeneen van die bogemelde is van toepassing op roetine na-operatiewe behandeling vir pyn, bv. binnespierse, binneaarse of subkutane toediening van opiate, of NSAIDS (non-steroïd anti-inflammatoriese middels) nie							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	MODIFIER GOVERNING FEES FOR AN ANAESTHESIOLOGIST UTILISING AN INTRA-AORTIC BALLOON PUMP (CARDIOVASCULAR SYSTEM) • WYSIGER VAN TOEPASSING OP GELDE VIR 'N ANESTESIOLOOG WAT GEBRUIK MAAK VAN 'N INTRA-AORTIESE BALLONPOMP (KARDIO-VASKULêRESTELSEL)							
0100	**Intra-aortic balloon pump:** Where an anaesthesiologist would be responsible for operating an intra-aortic balloon pump, a fee of 75.00 clinical procedure units is applicable • **Intra-aortiese ballonpomp:** Waar 'n anestesioloog verantwoordelik is vir die beheer van 'n intra-aortiese ballonpomp is 'n tarief van 75.00 kliniese prosedure eenhede van toepassing					75	1,233.00	
	MUSCULO-SKELETAL SYSTEM • SPIER-SKELETSTELSEL MODIFIERS GOVERNING THIS SPECIFIC SECTION OF THE TARIFF • WYSIGERS VAN TOEPASSING OP HIERDIE SPESIFIEKE AFDELING VAN DIE TARIEF							
0046	Where in the treatment of a specific fracture or dislocation (compound or closed) an initial procedure is followed **within one month** by an open reduction, internal fixation, external skeletal fixation or bone grafting on the same bone, the fee for the initial treatment of that fracture or dislocation shall be reduced by 50%. Please note: This reduction does not include the assistant's fee where applicable. After one month, the full fee for the initial treatment is applicable • Waar gedurende die behandeling van 'n spesifieke fraktuur of ontwrigting (oop of geslote) 'n aanvanklike prosedure **binne een maand** gevolg word deur 'n oop reduksie of interne fiksasie, buite-skeletfiksasie of beenoorplanting aan dieselfde been, word die gelde vir die aanvanklike behandeling van die spesifieke fraktuur of ontwrigting met 50% verminder. Let wel: Hierdie vermindering sluit nie die assistentsgelde in waar van toepassing nie. Na verloop van 'n maand is die volle gelde vir die aanvanklike behandeling betaalbaar							
0047	A fracture NOT requiring reduction shall be charged on a fee per service basis PROVIDED that the cumulative amount does NOT exceed the fee for a reduction • Vir 'n fraktuur wat NIE reduksie vereis nie word 'n bedrag bereken volgens die gelde per diens gelewer MITS die kumulatiewe bedrag NIE die gelde vir 'n reduksie oorskry nie							
0048	Where in the treatment of a fracture or dislocation an initial closed reduction is followed within one month by further closed reductions under general anaesthesia, the fee for such subsequent reductions will be 27.00 clinical procedure units (not including after-care) • Indien die aanvanklike geslote behandeling van 'n fraktuur of ontwrigting binne een maand opgevolg word deur verdere geslote reduksies onder algemene narkose, sal die gelde vir sodanige reduksies 27.00 kliniese prosedure eenhede beloop (nasorg nie ingesluit nie)	27	**443.88**	27	**443.88**			
0049	Except where otherwise specified, in cases of compound [open] fractures, 77.00 clinical procedure units (specialists and general practitioners) are to be added to the units for the fractures including debridement [a fee for the debridement may not be charged for separately] • In gevalle van oop frakture word 77.00 kliniese prosedure eenhede (R906.30) (spesialiste en algemene praktisyns) bygetel by die eenhede vir die fraktuur, behalwe waar elders anders gespesifiseer, debridement ingesluit [gelde vir die debridement mag nie addisioneel voor gehef word nie]	77	**1,265.88**	77	**1,265.88**			
0050	In cases of a compound [open] fracture where a debridement is followed by internal fixation (excluding fixation with Kirschner wires, as well as fractures of hands and feet), the full amount according to either modifier 0049: Cases of compound [open] fractures, or modifier 0051: Fractures requiring open reduction, internal fixation, external skeletal fixation and/or bone grafting, may be added to the fee for the procedure involved, plus half of the amount according to the second modifier (either modifier 0049: Cases of compound [open] fractures or modifier 0051: Fractures requinng open reduction, internal fixation, external skeletal fixation and/or bone grafting, as applicable) •							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	In geval van 'n oop fraktuur waar 'n debridement gevolg word deur interne fiksasie (uitgesluit fiksasie met Kirschner drade, sowel as frakture van hande en voete), mag die volle bedrag volgens wysiger 0049: Gevalle van oop frakture, of wysiger 0051: Frakture wat oop reduksie, interne fiksasie, buite-skeletfiksasie en/of beenoorplanting vereis, by die gelde vir die betrokke prosedure gevoeg word, plus die helfte van die bedrag volgens die tweede wysiger (of wysiger 0049: Gevalle van oop frakture, of wysiger 0051: Frakture wat oop reduksie, interne fiksasie, buite-skeletfiksasie en/of beenoorplanting vereis, soos toepaslik)	115.5	**1,898.82**	115.50	**1,898.82**			
0051	Fractures requiring open reduction, internal fixation, external skeletal fixation and/or bone grafting: Specialists and general practitioners add 77.00 clinical procedure units • Frakture wat oop reduksie, interne fiksasie, buite-skeletfiksasie en/of beenoorplanting vereis: Spesialiste en algemene praktisyns voeg 77.00 kliniese prosedure eenhede by	77	**1,265.88**	77	**1,265.88**			
0053	Fractures requiring percutaneous internal fixation [insertion and removal of fixatives (wires) into of fingersand toes]: Specialists and general practitioners add 32.00 clinical procedure units • Frakture wat perkutane interne fiksasie vereis [inplasing en verwydering van fikseermiddels (drade) ten opsigte van vingers en tone]: Spesialiste en algemene praktisyns voeg by 32.00 kliniese prosedure eenhede	32	**526.08**	32	**526.08**			
0055	Dislocation requiring open reduction: Units for the specific joint plus 77.00 clinical procedure units for specialists and general practitioners • Ontwrigting wat oop reduksie vereis: Eenhede vir die spesifieke gewrig plus 77.00 kliniese prosedure eenhede vir spesialiste en algemene praktisyns	77	**1,265.88**	77	**1,265.88**			
0057	Multiple procedures on feet: In multiple procedures on feet, fees for the first foot are calculated according to modifier 0005: Multiple procedures/operations under the same anaesthetic. Calculate fees for the second foot in the same way, reduce the total by 50% and add to the total for the first foot • Veelvuldige prosedures op voete: Met veelvuldige prosedures op voete word die gelde vir die eerste voet volgens wysiger 0005: Meer as een procedure/operasie onder dieselfde narkose uitgewerk. Gelde vir die tweede voet word op dieselfde manier uitgewerk, die tweede totaal word na 50% verminder en by die totaal vir die eerste voet getel							
0058	Revision operation for total joint replacement and immediate re-substitution (infected or non-infected): per fee for total joint replacement + 100% of the fee • Hersieningsoperasie vir totale gewrigsvervanging en onmiddellike herinplasing (met of sonder infeksie): gelde soos vir totale gewrigsvervanging + 100% van die gelde							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	MODIFIER GOVERNING COMBINED PROCEDURES ON THE SPINE • WYSIGER VAN TOEPASSING OP GEKOMBINEERDE PROSEDURES OP DIE WERWELKOLOM							
0061	**Combined procedures on the spine:** In cases of combined procedures on the spine, both the orthopaedic surgeon and the neurosurgeon are entitled to the full fee for the relevant part of the operation performed • **Gekombineerde prosedures op die werwelkolom:** In gevalle van gekombineerde prosedures op die werwelkolom, is beide die ortopediese chirurg en die neurochirurg geregtig op die volle gelde vir die deel van die operasie deur elkeen verrig							
	MODIFIERS GOVERNING THE SUBSECTION REPLANTATION SURGEY • WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE ONDERAFDELING REPLANTASIE CHIRURGIE							
0063	Where two specialists work together on a replantation procedure, each shall be entitled to two-thirds of the fee for the procedure • Indien twee spesialiste saam aan 'n replantasie prosedure werk, is elkeen geregtig op twee derdes van die gelde vir die prosedure							
0064	Where a replantation procedure (or toe to thumb transfer) is unsuccessful no further surgical fee is payable for amputation of the non-viable parts • Indien 'n replantasie prosedure (of toon na duim verplanting) onsuksesvol is, is geen verdere gelde betaabaar vir amputasie van die nie-lewensvatbare dele nie							
	MODIFIER GOVERNING THE SECTION LARYNX • WYSIGER VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING LARINKS							
0067	Microsurgery of the larynx: Add 25% to the fee for the procedure performed. (For other operations requiring the use of an operation microscope, the fee shall include the use of the microscope, except where otherwise specified in the Tariff Guide) • Mikrochirurgie aan die larinks: Die bedrag soos vir die prosedure uitgevoer plus 25 % van die gelde (Die gelde vir ander operasies waar 'n operasiemikroskoop gebruik moet word, sluit die gebruik van 'n operasiemikroskoop in behalwe waar anders in die Tariefriglyn gespesifiseer)							
	MODIFIERS GOVERNING NASAL SURGERY • WYSIGERS VAN TOEPASSING OP CHIRURGIE VAN DIE NEUS							
0069	When endoscopic instruments are used during intranasal surgery: Add 10% of the fee for the procedure performed. Only applicable to items 1025, 1027, 1030, 1033, 1035, 1036, 1039, 1047, 1054 and 1083 • Wanneer endoskopiese instrumente tydens intranasale chirurgie gebruik word: Voeg 10% van die gelde vir die prosedure wat uitgevoer is by. Slegs van toepassing op items 1025, 1027, 1030, 1033, 1035, 1036, 1039, 1047, 1054 en 1083							
	MODIFIER GOVERNING OPEN PROCEDURE(S) WHEN PERFORMED THROUGH THORACOSCOPE • WYSIGER VAN TOEPASSING OP OOP PROSEDURE(S) WANNEER TORAKOSKOPIES UITGEVOER WORD							
0070	Add 45.00 clinical procedure units to procedure(s) performed through a thoracoscope • Voeg 45.00 kliniese prosedure-eenhede by oop prosedure(s) wat torakoskopies uitgevoer word	45	739.80	45	739.80			

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
	MODIFIER GOVERNING GASTROENTEROLOGY PROCEDURES • WYSIGER VAN TOEPASSING OP GASTROENTEROLOGIESE PROSEDURES							
0074	Endoscopic procedures performed with own equipment: The basic procedure fee plus 33,33% (1/3) of that fee (plus ("+") codes excluded) will apply where endoscopic procedures are performed with own equipment • Die basiese gelde vir die prosedure plus 33.33% (1/3)van die gelde (plus ("+") kodes uitgesluit) sal van toepassing wees op alle endoskopiesee prosedures wat met eie toerusting uitgevoer word							
	MODIFIER GOVERNING FEES FOR ENDOSCOPIC PROCEDURES • WYSIGER VAN TOEPASSING OP GELDE VIR ENDOSKOPIESE PROSEDURES							
0075	Endoscopic procedures performed in own procedure room: The fee plus 21.00 clinical procedure units will apply where endoscopic procedures are performed in own procedure rooms. This fee is chargeable by medical practitioners who own or rent the facility. Please note: Modifier 0075 is not applicable to any of the items for diagnostic procedures in the otorhinolaryngology sections of the tariff guide • Die gelde, plus 21.00 kliniese prosedure eenhede, sal van toepassing wees waar endoskopiese prosedures in eie prosedure kamers uitgevoer word. Let wel: Wysiger 0075 is nie van toepassing op enige items vir diagnostiese prosedures in die otorinolaringologie-afdelings van die tariefriglyn nie	21	345.24	21	345.24			
	MODIFIER GOVERNING THE SECTION ON PHYSICAL TREATMENT • WYSIGER VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING FISIESE BEHANDELING							
0077	(a) When two separate areas are treated simultaneously for totally different conditions, such treatment shall be regarded as two treatment modalities for which separate fees may be charged (Only applicable if services are provided by a specialist in physical medicine) • Wanneer twee afsonderlike areas tegelykertyd vir heeltemal verskillende toestande behandel word, word sodanige behandeling beskou as twee behandelingmodaliteite waarvoor afsonderlike gelde gehef kan word (Slegs van toepassing indien dienste deur 'n spesialis in fisiese geneeskunde gelewer word)							
	(b) The number of treatment sessions for a patient for which the Commissioner shall accept responsibility is limited to 20. If further treatment sessions are necessary liability for payment must be arranged in advance with the Compensation Fund • Die aantal behandelingsessies vir 'n pasient waarvoor die Vergoedingsfonds aanspreeklikheid aanvaar word tot 20 beperk. Indien verdere behandelingsessies benodig is, moet aanspreeklikheid vir betaling daarvoor vooraf met die Vergoedingsfonds onderhandel word							
	Note: Physiotherapy administered by a non-specialist medical practitioner who is already in charge of the general treatment of the employee concerned, or by any partner, assistant or employee of such practitioner, or any other practitioner or radiologist should be embarked upon only with the express approval of the Commissioner. Such approval should be requested in advance							
	Opmerking: Fisioterapie wat toegedien word deur 'n geneesheer wat nie 'n spesialis is nie en wat reeds vir die algemene behandeling van die betrokke werknemer verantwoordelik is, of wat toegedien word deur 'n vennoot, assistent of werknemer van so 'n geneesheer of enige ander algemene praktisyn of radioloog behoort slegs te geskied met die uitdruklike goedkeuring van die Vergoedingsfonds. Daar behoort vooraf goedkeuring gedoen te word							
	MODIFIER GOVERNING THE SECTION MEDICAL PSYCHOTHERAPY • WYSIGER VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING MEDIESE PSIGOTERAPIE							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0079	When a first consultation/visit proceeds into, or is immediately followed by a medical psychotherapeutic procedure, fees for the procedure are calculated according to the appropriate individual psychotherapy code (Items 2957, 2974 or 2975): Individual psychotherapy (specify type) ● Indien 'n eerste konsultasie/besoek onmiddellik gevolg word deur, of oorgaan in 'n mediese psigoterapeutiese prosedure, sal die gelde vir die prosedure bereken word volgens die toepaslike indivduele psigoterapie kode (Items 2957, 2974 of 2975)							
	MODIFIERS GOVERNING THE SECTION DIAGNOSTIC RADIOLOGY ● WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING DIAGNOSTIESE RADIOLOGIE							
0001	**Emergency or unscheduled radiological services:** For emergency or unscheduled radiological services (Refer to rule B) the additional fee shall be 50% of the fee for the particular service (section 19.12: Portable unit examinations excluded). Emergency and unscheduled MR scans, a maximum levy of 100.00 Radiological units is applicable	*100*	**1,719.00**					
0002	**Written report on X-rays:** The lowest level item code for a new patient (consulting rooms) consultation is applicable only when a radiologist is requested to provide a written report on X-rays taken elsewhere and submitted to him. The above mentioned item code and the lowest level item code for an initial hospital consultation are not to be utilised for the routine reporting on X-rays taken elsewhere ● **Geskrewe verslag oor X-strale:** Die laagste vlak itemkode vir 'n nuwe pasiënt (spreekkamer) besoek, is van toepassing slegs wanneer 'n radioloog gevra word om 'n skriftelike verslag te voorsien aangaande X-strale wat elders geneem is en aan hom voorgelê word. Die bogemelde item en die laagste vlak itemkode vir 'n aanvanklike hospitaal besoek, moet nie gebruik word vir die roetine verslaggewing aangaande X-strale wat elders geneem is nie							
0080	Multiple examinations: Full Fee ● Veelvuldige ondersoeke: Volle tarief							
0081	Repeat examinations: No reduction ● Her-ondersoeke: Geen vermindering							
0082	Plus ("+") means that this item code is complementary to a preceding item code and is therefore not subject to reduction. The amount for plus ("+") procedures must not be added to the amount for the definitive item and must appear on a separate line on the account ● Plus ("+") beteken dat hierdie itemkode saam met 'n vorige itemkode gebruik word en daarom nie aan vermindering onderworpe is nie. Hierdie plus ("+") item word nie ingereken in die gelde vir die prosedure nie en moet op 'n aparte reël op die rekening aangedui word.							
0083	A reduction of 33.33% (1/3) in the fee will apply to radiological examinations as indicated in section 19: Radiology where hospital equipment is used ● 'n Vermindering van 33,33% (1/3) van die gelde sal van toepassing wees op radiologiese ondersoeke, soos aangedui in afdeling 19: Radiologie wat met hospitaaltoerusting uitgevoer word							
	Note in respect of fees payable when X-rays are taken by general practitioners ● Opmerking met betrekking tot betaling van gelde waar X-stale deur algemene praktisyns geneem word:							

		Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
		U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
If the services of a radiologist were normally available, it is expected that these should be utilised. Should circumstances be unfavourable for obtaining such services at the time of the first consultation, the general practitioner may take the initial X-ray photograph himself provided he submitted a report to the effect that it was in the best interest of the employee for him to have done so. Subsequent X-ray photographs of the same injury, however, must be taken by a radiologist who has to submit the relevant reports in the normal manner • As die dienste van 'n radioloog normaalweg beskikbaar is word verwag dat daarvan gebruik gemaak sal word. As omstandighede ten tyde van die eerste konsultasie ongunstig is om sodanige dienste te bekom, kan die algemene praktisyn self die eerste X-straalfoto's neem mits hy 'n verslag indien te dien effekte dat dit in die beste belang van die werknemer was dat die foto's deur hom geneem is. Daaropvolgende X-straalfoto's van dieselfde besering moet egter deur 'n radioloog geneem word wat die toepaslike verslae op die gebruiklike wyse moet indien								
1. When a general practitioner takes X-ray photographs with his own equipment, if the services of a specialist radiologist were not available, he may claim at the prescribed fee • Indien 'n algemene praktisyn X-straalfoto's met sy eie apparaat neem waar die dienste van 'n spesialis radioloog onverkrygbaar is, mag hy die voorgeskrewe gelde vir die neem van die foto's eis								
2. (i) If a general practitioner ordered an X-ray examination at a provincial hospital where the services of a specialist radiologist are available, it is expected that the radiologist shall read the photographs for which he is entitled to one third of the prescribed fee • Indien 'n algemene praktisyn 'n X-straalonderscek by 'n provinsiale hospitaal aanvra waar die dienste van 'n spesialis radioloog beskikbaar is word verwag dat die radioloog die X-straalfoto's sal lees waarvoor hy een derde van die voorgeskrewe gelde mag eis								
(ii) If the radiographer of the hospital was not available and the general practitioner had to take the X-ray photographs himself, he may claim 50% of the prescribed fee for the service. In that case, however, he should get written confirmation of his X-ray findings from the radiologist as soon as possible. The radiologist may then claim one third of the prescribed fee for such service • Indien die hospitaal se radiografis nie beskikbaar is nie en die algemene praktisyn moet self die X-straalfoto's neem, kan hy 50% van die voorgeskrewe tarief vir daardie diens eis. In so 'n geval egter moet die radioloog so gou doenlik die algemene praktisyn se X-straalbevindings in 'n geskrewe verslag bevestig waarvoor die radioloog dan een derde van die voorgeskrewe tarief mag eis								
3. If a general practitioner ordered an X-ray examination at a provincial hospital where no specialist radiological services are available, the general practitioner will not be paid for reading the X-ray photographs as such a service is considered to be an integral part of routine diagnosis, but if he was requested by the Compensation Fund to submit a written report on the X-ray findings, he may claim two thirds of the prescribed fee in respect thereof • Indien die algemene praktisyn 'n X-straalondersoek by 'n provinsiale hospitaal aanvra waar daar geen dienste deur 'n spesialis radioloog gelewer word nie sal hy nie vir die lees van die foto's vergoed word nie aangesien dit as 'n integrale deel van die diagnose beskou word, maar indien hy deur die Vergoedingsfonds versoek word om 'n skriftelike verslag oor die X-straal bevindinge in te dien, kan hy twee derdes van die voorgeskrewe tarief daarvoor eis								
4. If a general practitioner had to take and read X-ray photographs at a provincial hospital where the services of a radiographer and a specialist radiologist are not available he/she may claim 50% of the prescribed fee for such service • Indien 'n algemene praktisyn self X-straalfoto's moet neem en lees by 'n provinsiale hospitaal waar die dienste van 'n radiografis en 'n spesialis radioloog nie beskikbaar is nie kan hy/sy 50% van die voorgeskrewe tarief vir daardie diens eis								

			Specialist Spesialis		General practitioner Algemene Praktisyn		Anaesthetic Narkose		
			U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0084	**Charging for films and thermal paper by non-radiologists:** In the case of radiological services rendered by non-radiologists where film, thermal paper or magnetic media are used, these media is charged for according to the film price of 2002, as compiled by the Radiological Society of South Africa (This list is available on request at coding@samedical.org) ● **Verhaling van films en ultraklankpapier koste deur nie-radioloë:** In geval van radiologiese dienste wat deur nie-radioloë gelewer word en waar van film, ultraklankpapier of magnetiese band gebruik gemaak word, word die filmkoste verhaal volgens die 2002 filmprysiys. soos saamgestel deur die Radiologiese Vereniging van SA. (Hierdie inligting is verkrygbaar op versoek van coding@samedical.org)								
0085	**Left side:** Add to items 6500-6519 as appropriate when the left side is examined. The absence of the modifier indicates that the right side is examined ● **Linkerkant:** Voeg by items 6500-6519 soos toepaslik wanneer die linkerkant ondersoek is. Afwesigheid van die wysiger dui aan dat die regterkant ondersoek is								