



# Government Gazette Staatskoerant

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA  
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

Vol. 518

Pretoria, 22 August  
Augustus 2008

No. 31320

*N.B. The Government Printing Works will not be held responsible for the quality of "Hard Copies" or "Electronic Files" submitted for publication purposes*



**AIDS HELPLINE: 0800-0123-22 Prevention is the cure**

---

---

**CONTENTS • INHOUD**

*No.*

*Page  
No.    Gazette  
         No.*

**GENERAL NOTICE**

**Labour, Department of**

*General Notices*

943 Compensation for Occupational Injuries and Diseases Act (130/1993): Scale of fees for doctors, radiologists and pathologists.....	3	31320
---	---	-------

---

---

## GENERAL NOTICE

---

### NOTICE 943 OF 2008

#### COMPENSATION FOR OCCUPATIONAL INJURIES AND DISEASED ACT, 1993 (ACT NO. 130 OF 1993)

1. I, Membathisi Mpumzi Shepherd Mdladlana, 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 **1 April 2008**.
2. The fees appearing in the Schedule are applicable in respect of services rendered on or after **1 April 2008** and **Exclude VAT**.



MEMBATHISI MPHUMZI SHEPHERD MDLADLANA

MINISTER OF LABOUR

## 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 geneesheer 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 geregistreeer 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 waarvoor '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](http://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](http://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](http://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](http://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 werkgever 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 or account number • *Diensverskaffer se verwysing of rekening 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*

**RULES GOVERNING THE TARIFF / REËLS VAN TOEPASSING OP DIE TARIEF****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 raadgeving 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** / **Normale ure en na-ure:** Normale werksure verwys na die tydperk 08:00 tot 17:00 op Maandae tot Vrydae, 08:00 tot 13:00 op Saterdag, en alle ander tye wat die geneesheer willekeurig skeduleer (al is dit vir die pasiënt se gerief) vir die lewering van dienste. Alle ander tye geld as na-ure. Openbare vakansiedae geld nie as normale werksdae nie en werk wat op hierdie dae verrig word, geld as na-uurse werk. Dienste word onwillekeurig geskeduleer vir 'n spesifieke tyd indien die geneesheer om mediese redes nie die diens by 'n vroeëre of latere geleentheid behoort te lewer nie. **Let wel; Items 0146 en 0147 (noodkonsultasies) sowel as wysiger 0011 (nood teaterprosedures) is slegs van toepassing gedurende die na-ure periode**

- 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. 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. **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. (For COIDA patients: In the case of 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 / **Kansellasië van afspraak:** Tensy stappe vroegetydig gedoen word om 'n afspraak vir 'n konsultasie te kanselleer, kan die betrokke konsultasiegelde gehê word. (Vir BAD pasiënte: In geval van 'n beseerde werknemer, is die werknemer aanspreeklik vir die konsultasiegelde.) In die geval van 'n algemene praktisyn beteken "vroegetydig" 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 gehê nie. Indien 'n pasiënt nie opgedaag het vir 'n prosedure nie, is elke lid van die chirurgiese span geregtig om fooie 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 / **Pre-operatiewe besoeke:** Die toepaslike fooie mag gehê word vir alle pre-operatiewe besoeke met die uitsondering van 'n roetine pre-operatiewe besoek by die hospitaal
- 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 inspuittings en / of infusies:** Waar toepaslik, mag gelde vir die toediening van inspuittings en / of infusies alleenlik gehê word indien deur die praktisyn self toegedien
- G. Post-operative care / Post-operatiewe sorg:**
- 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 fooie 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)
  - 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**
  - 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, gehê word**
  - Aftercare refers to **all treatment in the post operative period** not requiring any further surgical intervention / **Nasorg verwys na alle behandeling in die na-operatiewe periode wat nie verdere sjirurgiese ingrepe verg nie**
- 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 ondersoek uitgevoer deur klinici:** Gelde vir alle patologiese ondersoek 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 fooie buite verhouding laag is in vergelyking met die werklike dienste deur 'n geneesheer gelewer, is hoër gelde onderhandelbaar. Aan die anderkant, as die fooie 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*
- 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 huisarts wat die geval hanteer. Geneesheer wat pasiënte na ander geneesheer 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 patoloog 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. Procedure planned to be performed later:** In cases where, during a consultation / visit, a procedure is planned to be performed at a later occasion, a visit may not be charged for again, at such a later occasion / **Prosedure beplan om later uit te voer:** *In gevalle waar 'n 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 fooie 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 fooie 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 motivering aan die Vergoedingsfonds voorgelê word*
- (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 / *'n Bedrag 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:**

- (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 fooie 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 geleë is, mag geen reisgelde gehef word vir dienste gelewer in sodanige hospitaal nie, behalwe in noodgevalle (onwillekeurig geskeduleerde dienste)*
- (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 (Kategorieë 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 chirurgiese fooie vir enige toestand of prosedure, sowel as 'n eerste konsultasie / besoek fooi 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 voor, 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 chemistry tests and x-rays / *Vertolking van 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** resuscitation (i.e. item 1211: Cardio-respiratory resuscitation) / **Veelvuldige orgaan versaking:** *Eenhede vir itemkodes 1208, 1209 en 1210 (Kategorie 3: Gevalle met veelvuldige orgaan versaking) sluit resussitasie in (i.e. item 1211: Kardio-respiratoriese resussitasie)*

**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: Category 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) In case where a Magnetic Resonance Imaging of any anatomical region was requested, proper written motivation by the practitioner who requested the examination must be submitted with the account upon which the Compensation Fund will consider approval for payment / *Indien 'n Magnetiese Resonansie Beelding van enige liggaamsdeel aangevra was, moet skriftelike motivering deur die praktisyn wat die ondersoek aangevra het saam met die rekening voorgelê word waarna goedkeuring vir betaling deur die Verfoegingsfonds oorweeg sal word*

- (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 goedkeuring 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 fooie kan daarvoor gehef word, bo en behalwe die fooi vir die prosedure*

**Vb.** Except where otherwise indicated, the duration of a medical psychotherapeutic session is set at 20 minutes or part thereof provided that such a part comprises 50% or more of the time of a session. This set duration is also applicable for psychiatric examination methods / *Behalwe waar anders aangedui, duur 'n mediese psigoterapeutiese sessie 20 minute of deel daarvan op voorwaarde dat sodanige gedeelte 50% of meer van die tydsduur van 'n sessie behels. Hierdie vasstelling geld ook vir psigiatriese ondersoekmetodes*

**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 kontras materiaal 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

#### **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 transurethral (T U R) prostatectomy / **Wanneer 'n sistoskopiese ondersoek 'n verwante operasie voorafgaan, geld wysiger 0013: Endoskopiese ondersoek uitgevoer tydens 'n operasie, byvoorbeeld sistoskopiese gevolg deur transurethrale prostatektomie**
- (b) When a **cystoscopy precedes 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 sistoskopiese 'n onverwante operasie voorafgaan, geld wysiger 0005: Meer as een procedure / operasie onder dieselfde narkose, byvoorbeeld sistoskopiese 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: Sistoskopiese, 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**

**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 After-hours emergency radiological services:** For involuntarily scheduled after-hours emergency radiological services (see general rule B: Normal hours and after hours), the additional fee shall be 50% of the fee for the particular service (section 19.12: Portable unit examinations excluded). For after-hours MR scans, a maximum levy of 100 Radiological units (R 1231.00) is applicable / **Na-uurse radiologiese nooddienste:** *Vir onwillekeurig geskeduleerde na-uurse radiologiese nooddienste (raadpleeg algemene reël B: Normale ure en na-ure), is die addisionele heffing 50% van die fooi vir die spesifieke diens (afdeling 19.12: Ondersoeke met mobiele eenhede uitgesluit). Vir na-uurse MR-skanderings is 'n maksimum heffing van 100 Radiologie eenhede (R 1231.00) van toepassing*

**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*
- (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 fooie van sodanige diagnostiese endoskopiese prosedures nie aangesien die fooie 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) "+" 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) / "+" *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 BEENOORPLANTINGSPROSEDURES 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 / *Beenoorplantingsprosedures 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 artrodese, 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*

**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 fooie 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 fooie 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 clinical procedure units (R176.60) 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 kliniese prosedure eenhede (R 176.60), ongeag die aantal items van toerusting wat voorsien word*

(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 clinical procedure units (R176.60) 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 kliniese prosedure eenhede (R 176.60), 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 fooie
- 0009 Assistant:** The fee for an assistant is 20% of the fee for the specialist surgeon, with a minimum of 36 clinical procedure units (R423.70) / **Assistent:** Die fooie vir 'n assistent is 20% van die spesialis chirurg se fooie met 'n minimum van 36 kliniese prosedure eenhede (R423.70)
- 0010 Local anaesthetic / Lokale verdowing:**
- (a) The 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 clinical procedure units (i.e. 31 or more clinical procedure units (R 353.10) allocated to a single item) or (2) where more than one operation or procedure is performed at the same time with a combined value of greater than 50 clinical units (R588.50) / *Fooie mag gehief 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 kliniese prosedure eenhede (d.i. 31 of meer kliniese prosedure eenhede (R 353.10) 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 kliniese prosedure eenhede (R588.50) dra*
  - (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 0036: Anaesthetic administered by a general practitioner, shall be applicable in such a case / *Die fooie 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 0036: Narkose deur 'n algemene praktisyn toegedien, sal van toepassing wees in sodanige geval*
  - (c) The fee for a **local anaesthetic** administered is not applicable to radiological procedures such as angiography and myelography / *Die fooie 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 fooie mag gehief word vir die topikale aanwending van lokale verdowing nie*
  - (e) Please note: modifier 0010: Local anaesthetic administered by the practitioner 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 gehief 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 clinical procedure units (R141.20) 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 kliniese prosedure eenhede (R141.20) gehief 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)*
- 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 anesthesioloog, mag slegs 50% van die fooie vir die endoskopiese ondersoek gehef word*

- 0014 Operations previously performed by other surgeons:** Where an operation is performed which has previously been performed by another surgeon, e.g. a revision or repeat operation, the fee shall be calculated according to the full tariff for the 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 / **Operasies voorheen uitgevoer deur ander chirurgie:** Wanneer 'n operasie uitgevoer word wat vantevore deur 'n ander chirurg uitgevoer is, byvoorbeeld 'n hersteloperasie of herhaling van 'n operasie, word die fooie bereken volgens die volle operasietarief plus addisionele fooie soos onderhandel 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

#### **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 fooie daarvoor gehef nie, omdat die nabehandeling by die globale operasiefooie 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 desensitization, intravenous, intramuscular or subcutaneous injections are administered by the practitioner him / herself to patients who attend the consulting rooms, the first injection forms part of the consultation / visit. Subsequent injections for the same condition should be charged at 7.5 consultative services units (R88.30) using modifier 0017 to reflect the amount. (NOT chargeable together with a consultation item code) / **Inspuitings deur praktisyns toegedien:** Wanneer desensitiserings-, binne-aarse, binnespiers of onderhuidse inspuitings deur die praktisyn self aan 'n pasiënt wat die spreekkamer besoek toegedien word, vorm toediening van die eerste inspuiting deel van die konsultasie / besoek. 7.5 Konsultasie eenhede (R88.30) vir daaropvolgende inspuitings vir dieselfde toestand) kan gehef word met itemkode 0017 om dit aan te dui. (NIE betaalbaar saam met 'n konsultasie kode nie)

#### **MODIFIER GOVERNING SURGERY ON PERSONS WITH A BODY MASS INDEX (BMI) OF MORE THAN 35 / 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  $\text{kg/m}^2 = \text{weight in kilograms divided by height in metres squared}$ ): Fee for the procedure +50% for surgeons; 50% increase in anaesthetic time units for anaesthesiologists / *Chirurgiese wysiger vir persone met 'n LMI van meer as 35 (bereken volgens  $\text{kg/m}^2$ ): Fooi vir die prosedure +50% vir chirurgie; verhoging van 50% in narkose tydseenhede vir anesthesioloë.*

#### **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 modifiers (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 narkosefooie:** Narkosefooie 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 anesthesioloog / 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 anaesthetic units (R110.00) 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 anaesthetic units (R165.00) 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 narkose-eenhede (R110.00) 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 narkose-eenhede (R165.00) per 15 minute of deel daarvan na die eerste uur
- 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 anesthesioloog / narkotiseur nie gevolg word deur 'n operasie nie, word die evaluasie as 'n besoek by die hospitaal of verpleeginrigting beskou en die toepaslike hospitaalbesoek fooi 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 anesthesioloog / narkotiseur die pasiënt begin voorberei vir die induksie van narkose in die operasietheater of in 'n soortgelyke area en eindig wanneer die persoonlike professionele aandag van die anesthesioloog / 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 fooi daarvoor bereken op dieselfde wyse soos hierbo

*uiteengesit ten opsigte van narkosetyd. Die anesthesioloog / 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 major 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 groter 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 / **Assistent anesthesioloë:** Wanneer die omvang van 'n narkose dit vereis, kan gebruik gemaak word van die dienste van 'n assistent anesthesioloog. Die assistent anesthesioloog 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 fooie mag vir sodanige dienste gehef word wanneer dit voor, of gedurende werklike teater- of operasietyd gelewer word nie
- 0032** **Patients in the prone position:** Anaesthesia administered to patients in the prone position shall carry a minimum of 4 basic anaesthetic units. When the basic anaesthetic units for the procedure are 3, one additional anaesthetic unit (R55.00) should be added. If the basic anaesthetic units for the procedure are 4 or more (R220.00), no additional units should be added / **Pasiënte in buikliggende posisie:** Narkose toegedien aan pasiënte in die buikliggende posisie sal 'n minimum van 4 basiese narkose-eenhede dra. Wanneer die basiese narkose-eenhede vir 'n prosedure 3 is, word een addisionele narkose-eenheid (R55.00) bygevoeg. Indien die basiese narkose-eenhede wat toegeken is aan die prosedure 4 of meer beloop (R220.00), word geen bykomende eenhede bygevoeg nie
- 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 anesthesioloog / 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-anesthesioloog / 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 basic anaesthetic units. When the basic anaesthetic units for the procedure are 3, one extra anaesthetic unit (R55.00) should be added. If the basic anaesthetic units for the procedure are 4 or more (R220.00), 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 basiese narkose eenhede dra. Wanneer die basiese narkose eenhede vir die prosedure 3 is, word een addisionele narkose eenheid (R55.00) bygevoeg. Indien die basiese narkose eenhede wat toegeken is aan die prosedure 4 of meer ibeloop (R220.00), word geen bykomende eenhede bygevoeg nie
- 0035** **Anaesthesia administered by specialist anaesthesiologists / anaesthetists:** No anaesthesia administered by a specialist anaesthesiologist / anaesthetist shall carry a **total value** of less than 7 anaesthetic units (R385.00) comprising basic units, time units and the appropriate modifiers / **Narkose toegedien deur spesialis anesthesioloë / narkotiseurs:** Geen narkose toegedien deur

*'n spesialis anesthesioloog / narkotiseur sal 'n totale waarde van minder as 7 narkose eenhede (R385.00) beloop nie insluitend basiese eenhede, tydseenhede en toepaslike wysigers*

- 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 anaesthetic units (R385.00). 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 units would be reduced to less than 11 units in total. The monetary value of the unit is the same for both anaesthesiologists / anaesthetists / **Narkose toegedien deur algemene praktisyns:** Fooie 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 anesthesioloog. Vir narkose wat langer as een uur duur sal die fooie van die algemene praktisyn bereken word teen 4/5 (80%) van die totale tarief van toepassing op die anesthesioloog met die voorbehoud dat geen narkose wat langer as een uur duur 'n totale waarde van minder as 7 narkose-eenhede (R385.00) 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 eenhede verlaag sal word na minder as 11 eenhede in totaal nie. Die geldwaarde van 'n eenheid bly dieselfde vir beide anesthesioloë / narkotiseurs
- 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 anaesthetic units (R165.00) / **Liggaamshipotermie:** Aanwending van totale liggaams-hipotermie: Voeg 3 narkose-eenhede by (R165.00)
- 0038 Peri-operative blood salvage:** Add 4 anaesthetic units (R220.00) for intra-operative blood salvage and 4 anaesthetic units for post-operative blood salvage / **Peri-operatiewe bloedherwinning:** Voeg 4 narkose-eenhede (R220.00) by vir intra-operatiewe bloedherwinning en 4 narkose-eenhede vir post-operatiewe bloedherwinning
- 0039 Control of blood pressure:** Deliberate control of blood pressure: All cases up to one hour: Add 3 anaesthetic units (R165.00), thereafter add 1 (one) additional anaesthetic unit (R55.00) per quarter hour or part thereof (PLEASE INDICATE THE TIME IN MINUTES) / **Bloeddrukbeheer:** Doelbewuste beheer van bloeddruk: Alle gevalle tot en met een uur: Voeg 3 narkose-eenhede by (R165.00), daarna word 1(een) bykomende narkose-eenheid (R55.00) bygevoeg per kwartier of gedeelte daarvan. (DUI ASSEMBLIEF DIE TYD IN MINUTE AAN)
- 0041 Hyperbaric pressurisation:** Utilisation of hyperbaric pressurisation: Add 3 anaesthetic units (R165.00) / **Hiperbariese druk:** Aanwending van hiperbariese druk: Voeg 3 narkose-eenhede by (R165.00)
- 0042 Extracorporeal circulation:** Utilisation of extracorporeal circulation: Add 3 anaesthetic units (R165.00) / **Buiteliggaamlike sirkulasie:** Aanwending van buiteliggaamlike sirkulasie: Voeg 3 narkose-eenhede by (R165.00)

#### MUSCULO-SKELETAL SYSTEM / SPIER-SKELET STELSEL

#### MODIFIERS GOVERNING ANAESTHETIC FEES FOR ORTHOPAEDIC OPERATIONS / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP NARKOSEFOOIE VIR ORTOPEDIËSE 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 anaesthetic unit (R55.00), except where the procedure refers to the skeletal bones named in modifiers 5442 to 5448 / *Voeg een 1 narkose-eenheid (R55.00) by, behalwe waar die prosedure betrekking het op die skeletbene wat genoem word in wysigers 5442 tot 5448*
- 5442** Shoulder, scapula, clavicle, humerus, elbow joint, upper 1/3 tibia, knee joint, patella, mandible and temporo-mandibular joint: Add two 2 anaesthetic units (R110.00) / *Skouer, skapula, klavikula, humerus, elmbooggewrig, boonste 1/3 van tibia, kniegewrig, patella, mandibula en temporo-mandibulêre gewrig: Voeg twee 2 narkose-eenhede (R110.00) by*
- 5443** Maxillary and orbital bones: Add three 3 anaesthetic units (R165.00) / *Maksillêre en orbitale bene: Voeg drie 3 narkose-eenhede by (R165.00)*
- 5444** Shaft of femur: Add four 4 anaesthetic units (R220.00) / *Skag van femur: Voeg vier 4 narkose-eenhede by (R220.00)*
- 5445** Spine (except coccyx), pelvis, hip, neck of femur: Add five 5 anaesthetic units (R275.00) / *Werwelkolom (behalwe koksieks), pelvis, heup, nek van femur: Voeg vyf 5 narkose-eenhede (R275.00) by.*
- 5448** Sternum and / or ribs and musculo-skeletal procedures which involve an intra-thoracic approach: Add eight 8 anaesthetic units (R440.00) / *Sternum en / of ribbe en spier-skeletprosedures wat 'n intra-torakale toegang behels: Voeg agt 8 narkose-eenhede (R440.00) by*
- 0045** **Post-operative alleviation of pain / Na-operatiewe pynverligting**
- (a) When a **regional or nerve block procedure** is performed, the appropriate item code for a patient in a hospital or nursing facility can be charged, provided that it is not the primary anaesthetic technique / *Wanneer 'n streeksblok of senuweeblok uitgevoer word, kan die toepaslike itemkode vir 'n pasiënt in 'n hospitaal of verpleeginrigting gehef word, solank genoemde blok nie die primêre narkosetegniek is nie*
- (b) When a **second medical practitioner** has administered the regional or nerve block for post-operative alleviation of pain it shall be charged according to the particular procedure for instituting therapy. Revisits shall be charged according to the appropriate hospital follow-up visit for a patient in a hospital or nursing facility / *Wanneer 'n tweede mediese praktisyn die streeksblok of senuweeblok vir na-operatiewe pynverligting toedien, sal fooie gehef word volgens die betrokke prosedure vir die toedien van die terapie. Herbesoeke word volgens die toepaslike opvolgbesoek vir 'n pasiënt by 'n hospitaal of verpleeginrigting gehef*
- (c) None of the above is applicable to **routine post-operative pain management** i.e. intramuscular, intravenous or subcutaneous administration of opiates or NSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) / *Geeneen van die bogemelde is van toepassing op roetine na-operatiewe behandeling vir pyn, bv. binnespiers, binnearse of subkutane toediening van opiate, of NSAIDS (non-steroïd anti-inflammatoriese middels) nie*

**MODIFIER GOVERNING FEES FOR AN ANAESTHESIOLOGIST UTILISING AN INTRA-AORTIC BALLOON PUMP (CARDIOVASCULAR SYSTEM) / WYSIGER VAN TOEPASSING OP FOOIE 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 clinical procedure units (R882.80) is applicable / **Intra-aortiese ballonpomp:** Waar 'n anesthesioloog verantwoordelik is vir die beheer van 'n intra-aortiese ballonpomp is 'n tarief van 75 kliniese prosedure eenhede (R 882.80) van toepassing

#### 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 fooie 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 fooie vir die aanvanklike behandeling betaalbaar*
- 0047 A fracture **NOT requiring reduction** shall be charged on a fee per service basis (<sup>o</sup>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 fooi per diens gelewer (<sup>o</sup>MIT S die kumulatiewe bedrag NIE die fooie 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 clinical procedure units (R317.80) (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 fooie vir sodanige reduksies 27 kliniese prosedure eenhede (R317.80) behoop (nasorg nie ingesluit nie)*
- 0049 Except where otherwise specified, in cases of **compound fractures**, 77 clinical procedure units (R906.30) (specialists) and 77 (R906.30) clinical procedure units (general practitioners) are to be added to the units for the fractures including debridement / *In gevalle van oop frakture word 77 kliniese prosedure eenhede (R906.30) (spesialiste) en 77 kliniese prosedure eenhede (algemene praktisyns) (R906.30) bygetel by die eenhede vir die fraktuur, behalwe waar elders anders gespesifiseer, debridement ingesluit*
- 0050 In cases of a **compound 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 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 fractures or modifier 0051: Fractures requiring open reduction, internal fixation, external skeletal fixation and / or bone grafting, as applicable) / *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 foe 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)*

- 0051 Fractures requiring **open reduction, internal fixation, external skeletal fixation and / or bone grafting**: Specialists add 77 clinical procedure units (R906.30); general practitioners add 77 clinical procedure units (R906.30) / *Frakture wat oop reduksie, interne fiksasie, buite-skeletfiksasie en / of beenoorplanting vereis: Spesialiste voeg 77 kliniese prosedure eenhede (R906.30) by; algemene praktisyne voeg 77 kliniese prosedure (R906.30) eenhede by*
- 0053 Fractures requiring **percutaneous internal fixation** [insertion and removal of fixatives (wires) into of fingers and toes]: Specialists and general practitioners add 32 clinical procedure units (R376.60) / *Frakture wat perkutane interne fiksasie vereis [inplasing en verwydering van fikseermiddels (drade) ten opsigte van vingers en tone]: Spesialiste en algemene praktisyne voeg by 32 kliniese prosedure eenhede (R376.60)*
- 0055 **Dislocation** requiring open reduction: Units for the specific joint plus 77 clinical procedure units (R906.30) for specialists for general practitioners (R906.30) / *Ontwrigting wat oop reduksie vereis: Eenhede vir die spesifieke gewrig plus 77 kliniese prosedure eenhede (R906.30) vir spesialiste en algemene praktisyne*
- 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 fooie vir die eerste voet volgens wysiger 0005: Meer as een procedure / operasie onder dieselfde narkose uitgewerk. Fooie 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% / *Hersieningsoperasie vir totale gewrigsvervanging en onmiddellike herinplasing (met of sonder infeksie): fooie soos vir totale gewrigsvervanging + 100%*

#### **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 fooie 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 / *As twee spesialiste saam aan 'n replantasie prosedure werk, is elkeen geregtig op twee derdes van die fooie 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 fooie 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 %. (Die fooie vir ander operasies waar 'n operasie-mikroskoop gebruik moet word, sluit die gebruik van 'n operasie-mikroskoop in behalwe waar anders in die Tariefreglyn 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 fooie 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 clinical procedure units (R529.70) to procedure(s) performed through a **thoracoscope** / Voeg 45 kliniese prosedure-eenhede (R529.70) by oop prosedure(s) wat **torakoskopie**s uitgevoer word

**MODIFIER GOVERNING GASTROENTEROLOGY PROCEDURES / WYSIGER VAN TOEPASSING OP GASTROENTEROLOGIESE PROSEDURES**

**0074** A reduction of 33,33% (1/3) in the fee will apply to all **fibre optic procedures** performed using hospital equipment / 'n Vermindering van 33,33% (1/3) van die fooie sal van toepassing wees op alle **veseloptiese prosedures** wat met hospitaaltoerusting uitgevoer word

**MODIFIER GOVERNING FEES FOR FIBRE OPTIC PROCEDURES / WYSIGER VAN TOEPASSING OP GELDE VIR VESELOPTIESE PROSEDURES**

**0075** The fee plus 21 clinical procedure units (R247.20) will apply where **fibre optic procedures** are performed in rooms with own equipment. Please note: Modifier 0075 is not applicable to any of the items for diagnostic procedures in the otorhinolaryngology sections of the tariff guide / Die fooie plus 21 kliniese prosedure eenhede (R247.20) sal van toepassing wees waar **veseloptiese prosedures** in spreekkamers met eie apparaat uitgevoer word. Let wel: Wysiger 0075 is nie van toepassing op enige items vir diagnostiese prosedures in die otorinolaringologie-afdelings van die tariefreglyn nie

**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 behandelingsmodaliteite waarvoor afsonderlike fooie 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 aansoek om sulke goedkeuring gedoen word

#### **MODIFIER GOVERNING THE SECTION MEDICAL PSYCHOTHERAPY / WYSIGER VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING MEDIESE PSIGOTERAPIE**

**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 fooie vir die prosedure bereken word volgens die toepaslike individuele psigoterapie kode (Items 2957, 2974 of 2975)*

#### **MODIFIERS GOVERNING THE SECTION DIAGNOSTIC RADIOLOGY / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING DIAGNOSTIESE RADIOLOGIE**

**0001** **After-hours emergency radiological services:** For involuntarily scheduled after-hours emergency radiological services (see general rule B: Normal hours and after hours), the additional fee shall be 50% of the fee for the particular service (section 19.12: Portable unit examinations, excluded). For after-hours MR scans (items 6200 to 6255), a maximum levy of 100 radiological units (R1231.00) is applicable / **Na-uurse radiologiese nooddienste:** *Vir onwillekeurig geskeduleerde na-uurse radiologiese nooddienste (raadpleeg algemene reël B: Normale ure en na-ure), is die addisionele fooi 50% van die fooie vir die spesifieke diens gelewer (afdeling 19.12: Ondersoeke met mobiele eenhede, uitgesluit). Vir na-uurse MR-skanderings (items 6200 tot 6255) is 'n maksimum heffing van 100 radiologiese eenhede (R1231.00) van toepassing*

**0002** **Written report on X-rays:** The lowest level item code for a new patient office (consulting rooms) visit, is applicable only where 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 initial hospital visit code, as appropriate, are not to be used for the routine reporting of 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 oor X-strale wat elders geneem is en aan hom voorgelê word. Die bogemelde itemkode en die laagste vlak aanvanklike hospitaal besoek kode, moet nie gebruik word vir die roetine verslaggewing van 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** "+" Means that this item code is complementary to a preceding item code and is therefore not subject to reduction / "+" *Betekend dat hierdie itemkode saam met 'n vorige itemkode gebruik word en daarom nie aan vermindering onderworpe is nie*

**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 fooie 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 fooie waar X-stale deur huisartse geneem word:**

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 huisarts 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 gebruikelike 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 huisarts X-straalfoto's met sy eie apparaat neem waar die dienste van 'n spesialis radioloog onverkrygbaar is, mag hy die voorgeskrewe fooie 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 huisarts '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 fooi 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 • *As die hospitaal se radiografis nie beskikbaar is nie en die huisarts 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 huisarts 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 huisarts 'n X-straalonderscek 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 huisarts 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

**0084** **Film costs:** In the case of radiological item codes where film are used, practitioners should adjust the fee upwards or downwards in accordance with changes in the price of film in comparison with November 1979; the calculation must be done on the basis that film costs comprise 10% of the monetary value of the unit (This information is obtainable from the Radiological Society of SA) / **Filmkoste:** In geval van radiologiese itemkodes waar van film gebruik gemaak word, moet praktisyns die fooie opwaarts of afwaarts aanpas in ooreenstemming met veranderinge in die prys van film in vergelyking met November 1979: die berekening moet gedoen word op die basis dat 10% van die eenheid se geldwaarde uit filmkoste bestaan (Hierdie inligting is verkrygbaar by die Radiologiese Vereniging van SA)

**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

#### **MODIFIER GOVERNING VASCULAR STUDIES / WYSIGER VAN TOEPASSING OP VASKULÊRE STUDIES**

**0086** **Vascular groups:** "Film series" and "Introduction of Contrast Media" are complementary and together constitute a single examination: neither fee is therefore subject to an increase in terms of modifier 0080: Multiple examinations / **Vaskulêre groepe:** "Filmreeks" en "Inplaa van Kontras= mediums" vul mekaar aan en vorm saam 'n enkele ondersoek: die fooie betaalbaar vir hierdie items is gevolglik nie onderworpe aan verhoging ooreenkomstig die bepalinge van wysiger 0080: Veelvuldige ondersoeke, nie

**PLEASE NOTE:** Modifier 0083 is not applicable to Section 19.8 of the tariff

**LET WE :** Wysiger 0083 is nie van toepassing op Afdeling 19.8 van die tarief nie

#### **Rules applicable to vascular studies • Reëls van toepassing op vaskulêre studies**

(a) The machine fee (items 3536 to 3550) includes the cost of the following / Die fooie vir toerusting gebruik (items 3536 tot 3550) sluit die koste van die volgende in:

All runs (runs may not be billed for separately) / Alle lopies (daar mag nie afsonderlik vir lopies fooie gehef word nie)

All film costs (modifier 0084 is not applicable) / Alle filmkoste (wysiger 0084 is nie van toepassing nie)

All fluoroscopies (item 3601 does not apply) / Alle fluoroskopieë (item 3601 is nie van toepassing nie)

All minor consumables (defined as any item other than catheters, guidewires, introducer sets, specialised catheters, balloon catheters, stents, anti-embolic agents, drugs and contrast media) / Alle minor wegdoenbare materiaal (gedefinieer as enige item anders as kateters, gidsrade, inplasingstoestelle, gespesialiseerde kateters, ballon kateters, stente, anti-emboliese middels, verdowingsmiddels en kontrasmedia)

(b) The machine fee (item codes 3536 to 3550) may only be charged for once per case per day by the owner of the equipment and is only applicable to radiology practices / Die toerustingstarief (itemkodes 3536 tot 3550) mag slegs een keer per geval per dag deur die eienaar van die apparaat gehef word en is slegs van toepassing vir radiologiese praktyke

(c) If a procedure is performed by a non-radiologist together with a radiologist as a team, in a facility owned by the radiologist, each member of the team should charge at their respective full rates as per modifiers and the applicable codes / Indien 'n prosedure deur 'n nie-radioloog

*en 'n radioloog as 'n span uitgevoer is in 'n fasiliteit wat deur die radioloog besit word, kan elke spanlid die respektiewe volle fooie hef volgens wysigers en die toepaslike kodes*

- (d) If a procedure is performed by a non-radiologist and a radiologist as a team, in a facility not owned by the radiologist, modifier 6301 and modifier 6302 applies / *Indien 'n prosedure uitgevoer word deur 'n nie-radioloog en 'n radioloog as 'n span in 'n fasiliteit wat nie deur die radioloog besit word nie, is wysiger 6301 en wysiger 6302 van toepassing*

**MODIFIERS GOVERNING VASCULAR STUDIES AND INTERVENTIONAL RADIOLOGY PROCEDURES / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP VASKULÊRE STUDIES EN INTERVENSIONELE RADIOLOGIE PROSEDURES**

- 6300** If a procedure lasts less than 30 minutes only 50% of the machine fees for items 3536-3550 will be allowed (specify time of procedure on account) / *Indien 'n prosedure minder as 30 minute duur word slegs 50% van die toerusting fooie vir items 3536-3550 toegelaat (spesifiseer duur van prosedure op rekening)*
- 6301** If a procedure is performed by a radiologist in a facility not owned by himself, the fee will be reduced by 40% (i.e. 60% of the fee will be charged) / *Indien 'n prosedure uitgevoer word deur 'n radioloog in 'n fasiliteit wat nie deur hom / haar besit word nie, word fooie met 40% verminder (d.w.s. 60% van die tarief word gehef)*
- 6302** When the procedure is performed by a non-radiologist, the fee will be reduced by 40% (i.e. 60% of the fee will be charged) / *Wanneer 'n prosedure deur 'n nie-radioloog uitgevoer word, word die fooie met 40% verminder (d.w.s. 60% van die tarief word gehef)*
- 6303** When a procedure is performed entirely by a non-radiologist in a facility owned by a radiologist, the radiologist owning the facility may charge 55% of the procedure units used. Modifier 6302 applies to the non radiologist performing the procedure / *Wanneer 'n prosedure in sy geheel deur 'n nie-radioloog uitgevoer word in 'n fasiliteit wat deur 'n radioloog besit word, hef die radioloog wat die fasiliteit besit 55% van die prosedure eenhede wat gebruik word. Wysiger 6302 is van toepassing op die nie-radioloog wat die prosedure uitvoer*
- 6305** When multiple catheterisation procedures are performed (item codes 3557, 3559, 3560, 3562) and an angiogram investigation is performed at each level, the unit value of each such multiple procedure will be reduced by 20 radiological units for each procedure after the initial catheterisation. The first catheterisation is charged at 100% of the unit value / *Wanneer veelvuldige kateterisasie prosedures uitgevoer word (itemkodes 3557, 3559, 3560, 3562) en 'n angiogramondersoek op elke vlak gedoen word, word die aantal eenhede van elke sodanige prosedure met 20 radiologiese eenhede verminder na die aanvanklike kateterisasie. Die volle fooie (100%) word vir die eerste kateterisasie gehef*

**MODIFIERS GOVERNING ULTRASONIC INVESTIGATIONS / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING ULTRAKLANK ONDERSOEKE**

- 0160** **Aspiration of biopsy procedure** performed under direct ultrasonic control by an ultrasonic aspiration biopsy transducer (Static Realtime): Fee for body part examined plus 30% of the units / **Aspirasie van biopsie prosedure** uitgevoer onder direkte ultrasoniese kontrole d.m.v. 'n ultrasoniese aspirasie biopsie klankkop (Statiese Reële tyd): Fooie vir die liggaamsdeel wat ondersoek word plus 30% van die eenhede
- 0165** **Use of contrast during ultrasound study:** add 6 ultrasound units (R69.80) / **Gebruik van kontras gedurende ultraklank studie:** voeg 6 ultraklankeenhede (R69.80) by

**MODIFIER GOVERNING INTERVENTIONAL RADIOLOGICAL PROCEDURES / WYSIGER VAN TOEPASSING OP INTERVENSIONELE RADIOLOGIESE PROSEDURES**

- 0090** **Radiologist's fee for participation in a team:** 30 radiology units (R369.30) per ½ hour or part thereof for all interventional radiological procedures, excluding any pre- or post-operative

angiography, catheterisation, CT-scanning, ultrasound-scanning or x-ray procedures. (Only to be charged if radiologist is personally involved, and not for interpretation of images only) / **Radioloog se fooie vir deelname in 'n span:** 30 radiologiese eenhede (R369.30) per ½ uur of gedeelte daarvan vir alle intervensionele radiologiese prosedures. Voor- of na-operatiewe angiografie, kateterisasie, rekenaartomografie, ultraklank- of x-straalondersoek is uitgesluit. (Mag slegs gehef word indien die radioloog persoonlik deelneem, en kan nie gehef word slegs vir die vertolking van beelde alleen nie)

#### **MODIFIERS GOVERNING MAGNETIC RESONANCE IMAGING / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP MAGNETIESE RESONANSIE BEELDING**

- 6100** In order to charge the full fee (600 magnetic resonance units (R7386.00) for an examination of a specific single anatomical region, the investigation should be performed with the applicable radio frequency coil including T1 and T2 weighted images on at least two planes / *Om die volle fooie (600 magnetiese resonansie-eenhede (R7386.00)) vir 'n ondersoek van 'n bepaalde enkele anatomiese liggaamsdeel te hef, moet die ondersoek uitgevoer word met die toepaslike radio frekwensielus wat T1 en T2 opnames insluit op ten minste twee vlakke*
- 6101** Where a limited series of a specific anatomical region is performed (except bone tumour), e.g a T2 weighted image of a bone for an occult stress fracture, not more than two-thirds (2/3) of the fee may be charged - also applicable to all radiotherapy planning studies, per region / *Waar 'n beperkte reeks van 'n spesifieke anatomiese liggaamsdeel uitgevoer word (been tumor uitgesluit) bv. vir 'n okkulte stres fraktuur, mag nie meer as twee-derdes (2/3) van die fooie gehef word nie - ook van toepassing op alle radioterapie beplanningstudies, per streek*
- 6102** All post-contrast studies (except bone tumour) including perfusion studies should be charged at 50% of the fee / *Alle na-kontras studies (behalwe been tumor) perfusiestudies ingesluit moet teen 50% van die tarief gehef word*

**Note:** In cases where a **Magnetic Resonance Imaging of any anatomical region** is deemed necessary, written motivation must be submitted by the practitioner who requested the examination and attached to the account upon which the Compensation Fund will consider approval of payment / **Opmerking:** Indien 'n **Magnetiese Resonansie Beelding van enige liggaamsdeel** aangevra word, moet skriftelike motivering deur die praktisyn wat die ondersoek aangevra het saam met die rekening voorgelê word waarna goedkeuring vir betaling deur die Verfoedingsfonds oorweeg sal word

#### **MODIFIERS GOVERNING THE SECTION RADIATION ONCOLOGY / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING BESTRALINGSONKOLOGIE**

- 0001** **After-hours emergency radiological services:** For involuntarily scheduled after-hours emergency radiological services (see general rule B: Normal hours and after hours), the additional fee shall be 50% of the fee for the particular services rendered (section 19.12: Portable unit examinations, excluded) / **Na-ure radiologiese nooddienste:** Vir onwillekeurig geskeduleerde na-ure radiologiese nooddienste (raadpleeg algemene reël B: Normale ure en na-ure), is die addisionele fooi 50% van die tarief vir die spesifieke diens gelewer (afdeling 19.12: Ondersoeke met mobiele eenhede, uitgesluit)
- 0093** The fees for radiation oncology shall apply only where a specialist in radiation oncology uses his **own apparatus** / *Die fooie vir bestralingsonkologie geld net waar die spesialis in bestralingsonkologie sy eie apparaat gebruik*

#### **MODIFIERS GOVERNING THE SECTION PATHOLOGY / WYSIGERS VAN TOEPASSING OP DIE AFDELING PATOLOGIE**

- 0097** **Pathology tests performed by non-pathologists:** Where item codes resorting under Clinical Pathology (section 21) and Anatomical Pathology (section 22) fall within the province of other specialists or general practitioners, the fee should be charged at two-thirds of the pathologists tariff / **Patologiese toetse uitgevoer deur nie-patoloë:** Wanneer itemkodes wat onder Kliniese

*Patologie (afdeling 21) en Anatomiese Patologie (afdeling 22) resorteer, ook deur ander spesialiste of algemene praktisyns uitgevoer word, moet die fooie teen twee derdes van die patoloog se tarief gehef word*

- 0099** **Stat basis tests:** For tests performed on a stat basis, an additional fee of 50% of the fee for the particular pathology service shall apply, with the following provisos / **Statbasistoetse:** Vir toetse uitgevoer op 'n stat basis, sal 'n bykomende fooi van 50% van die tarief vir die betrokke patologiese diens van toepassing wees, met die volgende voorwaardes:
- Stat tests may only be requested by the referring practitioner and not by the pathologist / *Versoeke vir toetse op 'n stat basis mag slegs deur die verwysende praktisyn gerig word en nie deur die patoloog nie*
  - Specimens must be collected on a stat basis where applicable / *Monsters moet, waar van toepassing, op 'n stat basis bekom word*
  - Test must be performed on a stat basis / *Toetse moet op 'n stat basis uitgevoer word*
  - Documentation (or a copy thereof) relating to the request of the referring practitioner must be retained / *Dokumentasie (of 'n kopie daarvan) met betrekking tot die versoek van die verwysende praktisyn, moet bewaar word*
  - This modifier will only apply during normal working hours and will never be used in combination with item code 4547: After-hours service / *Hierdie wysiger sal slegs van toepassing wees gedurende normale werkure en sal nooit saam met itemkode 4547: Diens buite normale werkure, gebruik word nie.*

**Notes:** For fees for Histology and Cytology refer to item codes 4561 to 4593 under section 22: Anatomical Pathology / **Opmerkings:** Vir Histologiese- en Sitologiese tariewe verwys na itemkodes 4561 tot 4593 onder Afdeling 22: Anatomiese Patologie

	Specialist		General		Anaesthetic		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
<b>CONSULTATIONS ● KONSULTASIES</b>							
<b>GENERAL PRACTITIONERS AND ALL SPECIALISTS ● ALGEMENE PRAKTISYNS EN ALLE SPESIALISTE</b>							
<p>a. Only one of items 0181-0188 as appropriate may be charged for a single service and not combinations thereof ● Slegs een van items 0181-0188 wat toepaslik is mag gehef word vir 'n diens en nie kombinasies daarvan nie</p> <p>b. These services must be <b>face-to-face with the patient</b> and excludes the time spent doing special investigations which receive additional remuneration ● Hierdie dienste moet <b>met die pasiënt persoonlik</b> wees en sluit die tyd gebruik om spesiale ondersoeke uit te voer, waarvoor bykomende vergoeding geëis kan word, uit.</p> <p>c. Only one of the items 0145, 0146 or 0147 may be charged as appropriate and not combinations thereof ● Slegs een van die items 0145, 0146 of 0147 soos toepaslik mag gehef word en nie 'n kombinasie daarvan nie.</p> <p>d. A subsequent visit refers to a voluntarily scheduled visit performed for the same condition within four (4) months after the first visit (although the symptoms or complains may differ from those presented during the first visit ● 'n Opvolgbesoek verwys na 'n willekeurig geskeduleerde besoek wat binne vier (4) maande na 'n eerste besoek in verband met dieselfde siektetoestand uitgevoer word</p> <p>e. Code 0181 includes remuneration for the completion of the first and final medical reports ● Kode 0181 sluit vergoeding in vir die voltooiing van die eerste en finale mediese verslae.</p>							
<b>NEW PATIENT ● NUWE PASIENT</b>							
0181	Visit for a new problem / new patient with problem focused history, examination and management ● Besoek vir 'n nuwe probleem / nuwe pasiënt met probleem- gefokusde geskiedenis, ondersoek en hantering.	33	395.70	33	395.70		
<b>FOLLOW-UP VISIT ● OPVOLGBESOEK</b>							
0186	Follow-up visit for the evaluation and management of a patient ● Opvolg-besoek vir die evaluering en hantering van 'n pasiënt.	25	299.80	20	239.80		
<b>CONSULTATIONS: SPECIALISTS AND GENERAL PRACTITIONERS ● KONSULTASIES : SPESIALISTE EN ALGEMENE PRAKTISYNS</b>							
0145	For consultation/visit away from the doctor's home or rooms: ADD to items 0181 or 0186 as appropriate. Confirm where visit took place. Please note that item 0145 is not applicable for pre-anaesthetic assessments and may not be added to items 0151 ● Vir konsultasie/besoek weg van die dokter se huis of kamers: VOEG BY items 0181 of 0186 soos toepaslik. Bevestig waar besoek plaasgevind het. Let asseblief daarna op dat item 0145 nie toepaslik is vir voor-narkose evaluerings nie en mag nie by item 0151 gevoeg word nie.	6	70.60	6	70.60		
0145 is not applicable for travelling to doctor's own satellite rooms ● 0145 is nie van toepassing vir reis na dokter se eie sateliet spreekkamers nie.							

	Specialist		General		Anaesthetic		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
0146 For after hours emergency or unscheduled consultation/visitat the doctors home or rooms: ADD to items 0181or 0186 as appropriate. (General Rule B refers) ● Vir 'n na-ure noodgeval of ongeskeduleerde konsultasie/besoek by die dokter se huis of kamers: VOEG BY items 0181 of 0186 soos toepaslik (Algemene Reel B verwys)	8	94.20	8	94.20			
0147 For after hours emergency or unscheduled consultation/ visit away from the doctor's home or rooms: ADD to items 0181or 0186 as appropriate as appropriate (General Rule B refers) ● Vir 'n na-ure noodgeval of ongeskuleerde konsultasie/besoek weg van die dokter se huis of kamers: VOEG BY items 0181 of 0186 soos toepaslik soos toepaslik (Algemene Reel B verwys)	14	164.80	14	164.80			
0109 Hospital follow-up visit to patient in ward or nursing facility - Refer to general rule G(a) for post-operative care) (may only be charged once per day) (not to be used with items 0111, 0146, 0147 or ICU items 1204-1214) ● Opvolgbesoek aan pasiënt by hospitaal of verpleeginrigting - Verwys na Algemene reël G(a) vir na-operatiewe sorg) (mag slegs eenmaal per dag gehêf word (nie vir gebruik saam met items 0111, 0146, 0147 of intensiewe sorg items 1204-1214)	12	141.20	12	141.20			
<b>PRE-ANAESTHETIC ASSESSMENT ● VOORNARKOSE EVALUERING</b>							
(a)Pre-anaesthetic consultations for all major vascular, cardio-thoracic and orthopaedic cases will attract a unit value of at least 15,00 units ● Vir voornarkose konsultasies van alle groot vaskulêre, kardiotorokale en ortopediese gevalle sal ten minste 'n eenheidswaarde van 15,00 eenhede gehêf word.							
(b) Only one of the items 0146 or 0147 may be charged and not combinations thereof. Please note: Item 0145 is not applicable to pre-anaesthetic assessments ● Slegs een van die items 0146 of 0147 mag gehêf word en nie 'n kombinasie daarvan nie. Let wel: Item 0145 is nie toepaslik vir voornarkose evaluering nie.							
0151 Pre-anaesthetic assessment of patient(all hours). Problem focused history, clinical examination and decision making ● Voor-narkose evaluering van pasiënt (alle ure). Probleemtoegespitste pasiëntgeskiedenis, kliniese ondersoek en besluitneming.	32	383.70	32	383.70			
<b>GENERAL ● ALGEMEEN</b>							
0136 Special medical examination requested by the Compensation Commissioner ● Spesiale mediese ondersoek versoek deur die Vergoedingskommissaris :							
- Amount applicable from 2003/03/03 until 2005/01/27 (VAT inclusive) ● Bedrag van toepassing vir ondersoeke vanaf 2003/3/3 tot 2005/01/27 (BTW Ingesluit)		1,100.00					
- Amount applicable from 2005/01/28 until further notice (VAT inclusive) ● Bedrag van toepassing vir ondersoeke vanaf 2005/01/28 tot verdere kennisgewing (BTW Ingesluit)		1,800.00					
2918 Non-operative supervision of head/brain injuries, spinal injuries (including paraplegics) or burns for all disciplines, except urologists ● Nie-operatiewe toesig van kop/brein beserings, spinale beserings (paraplieë ingesluit) of brandwonde vir alle dissiplines, behalwe uroloë.	244	2,871.90	195	2,297.50			

	Specialist		General		Anaesthetic		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
<p><b>2058</b> Urologist : Non-surgical supervision of head/brain injuries, spinal injuries (including paraplegics) or burns. All urodynamic studies excluded and charged for separately under items 1979, 1981, 1991 and 1992 of the Tariff ● Uroloë : Nie-operatiewe toesig van kop/brein beserings, spinale beserings (insluitend peraplieë) of brandwonde. Alle urodinamiese ondersoeke uitgesluit en kan afsonderlik voor gevra word onder items 1979, 1981, 1991 en 1992 in Tarief</p> <p><b>Note</b> : these codes are applicable to non-operational supervision of head/brain injuries, spinal injuries or burns for all disciplines if patient is in a hospital or step-down facility. This code must be claimed where the occurrence of code 0109 exceeds 20 within a period of 4 calendar months. (General Rule G and N(c) refers). ● <b>Neem Kennis</b> : hierdie kodes is van toepassing by nie operatiewe toesig van kop/brein beserings, spinale beserings of brandwonde as die patient in 'n hospitaal "step-down" fasiliteit is. Die kode word ge-eis waar die gebruik van kode 0109 meer as 20 is binne 'n periode van 4 kalender maande. (Algemene Reel G en N(c) verwys).</p>	117	1,377.10	93.6	1,101.70			
<p><b>MEDICINE, MATERIAL, AND SUPPLIES ● MEDIKASIE, MATERIAAL EN VOORRAAD</b></p>							
<p><b>0196</b> Chronic medicine and/or material indicator: Use this item to indicate medicine and/or material that are dispensed for chronic conditions. ● Kroniese medikasie en/of materiaal indikator : Gebruik hierdie item om kroniese medikasie en/of materiaal verskaf vir kroniese toestande aan te dui</p>							
<p><b>0200</b> Cost of prostheses and/or internal fixation cost price + 20% with a maximum markup of R2334.40 ● Koste van prosteses en/of interne fikasie apparaat. Kosprys + 20% met 'n maksimum winsgrens van R2334.40</p>							
<p><b>0201</b> (a) Cost of material: This item provides for a charge for material and special medicine used in treatment. Material to be charged for at cost price plus 35%. Charges for medicine used in treatment not to exceed the retail Ethical Price List ● Koste van materiaal: Hierdie item maak voorsiening vir die hef van gelde vir materiaal en spesiale medisyne wat gedurende behandeling gebruik word. Kosprys plus 35% kan gehef word vir materiaal. Heffings vir medisyne gebruik by behandeling mag nie die Etiese Pryslis se kleinhandelsprys oorskry nie.</p> <p>(b) External fixation apparatus (disposable): An amount equivalent to 25% of the purchase price of the apparatus may be charged where such apparatus is used ● Eksterne fiksasie-apparaat (wegdoenbaar): 'n Bedrag gelyk aan 25% van die aankoopprys van die apparaat kan gehef word waar sulke apparaat gebruik word.</p> <p>(c) External fixation apparatus (non-disposable): An amount equivalent to 20% of the purchase price of the apparatus may be charged where such apparatus is used ● Eksterne fiksasie apparaat (nie-wegdoenbaar): 'n Bedrag gelyk aan 20% van die aankoopprys van die apparaat kan gehef word waar sulke apparaat gebruik word.</p> <p>(d) In case of minor injuries requiring additional material (e.g. suturing material) payment shall be considered provided the claim is motivated. ● In gevalle van geringe beserings wat bykomstige materiaal (bv. hegtingsmateriaal) benodig sal betaling oorweeg word mits die eis van 'n motivering vergesel word.</p>							

	Specialist		General		Anaesthetic		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
(e) Medicine, bandages and other essential material for home-use by the patient must be obtained from a chemist on prescription or, if a chemist is not readily available, the practitioner may supply it from his own stock provided a relevant prescription is attached to his account. Charges for medicine used in treatment not to exceed the retail Ethical Price List ● Medisyne, verbande en noodsaaklike materiaal vir tuisgebruik deur die pasient, word op voorskrif van 'n apteek bekom en as 'n apteek nie geredelik beskikbaar is nie, kan die geneesheer dit uit sy eie voorraad voorsien, mits hy 'n toepaslike voorskrif vir die medisyne aan sy rekening heg. Heffings vir medisyne gebruik by behandeling mag nie die Etiese Pryslys se kleinhandelsprys oorskry nie.							
0202 Setting of sterile tray: A fee of 10,00 clinical procedure units may be charged for the setting of a sterile tray where a sterile procedure is performed in the rooms. Cost of stitching material, if applicable, shall be charged for according to item 0201. ● Stel van 'n steriele blad: 'n Tarief van 10,00 kliniese prosedure eenhede kan gehef word vir die stel van 'n steriele blad waar 'n steriele prosedure in die spreekkamers uitgevoer word. Koste van heftingsmateriaal, indien van toepassing, word volgens item 0201 gehef	10	117.70	10	117.70			

	Specialist Spesialis		General practitioner Huisarts		Anaesthetic Narkose		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
6999 Unlisted procedure / service code: A procedure / service may be provided that is not listed in the CF tariffs. Please quote the correct SAMA code with code 6999 • Ongespesifiseerde prosedure / diens kode: 'n Prosedure / diens mag gelewer word wat nie in die VF tarief gelys word nie. Dui asseblief die korrekte SAMA kode aan saam met item 6999.							
<b>1. INTRAVENOUS TREATMENT / BINNEAARSE-BEHANDELING</b>							
0206 Intravenous infusions (push-in) Insertion of cannula— chargeable once per 24 hour • Intravenouse infuus (instoot) Inplaas van kannule—fooie hefbaar vir een uitvoering per 24 uur	6	70.60	6	70.60			
0207 Intravenous infusions (cut-down): Cut-down and insertion of cannula—chargeable once per 24 hours • Intravenouse infuus (Insnyding) : Insny en inplaas van kannule—fooie hefbaar vir een uitvoering per 24 uur	8	94.20	8	94.20			
<b>VENESECTION • VENESEKSIE</b>							
0208 Therapeutic venesection (Not to be used when blood is drawn for the purpose of laboratory investigations) • Terapeutiese veneseksie (Kan nie gebruik word wanneer bloed getrek word met die oog op laboratorium ondersoek nie)	6	70.60	6	70.60			
<p><b>Note: How to charge for intravenous infusions:</b> Practitioners are entitled to charge according to the appropriate item whenever they personally insert the cannula (but may only charge for this service once every 24 hours) For managing the infusion as such e.g. checking it when visiting the patient or prescribing the substance, no fee may be charged since this service is regarded as part of the services the doctor renders during consultation</p> <p><b>Opmerking: Hoe om gelde te hef vir intravenouse infusies:</b> Praktisyns is geregtig om gelde volgens die toepaslike item te hef elke keer wanneer hulle persoonlik die kannule inplaas (maar mag nie meer dikwels as een maal per 24 uur vir hierdie diens hef nie. Geen gelde mag gehef word vir slegs die instandhouding van die infuus nie, byvoorbeeld kontrolering van die vloeï of voorskryf van die inhoud, aangesien dit gereken word as deel van die dienste wat tydens konsultasies gelewer word</p>							
0210 Collection of blood specimen(s) by medical practitioner for pathology examination, per venesection • Verkryging van bloed monster(s) deur mediese praktisyn vir patologie-ondersoek, per veniseksie	3.25	38.30	3.25	38.30			
<b>2. INTEGUMENTARY SYSTEM • HUIDSTELSEL</b>							
<b>2.1 Allergy • Allergie</b>							
<b>Patch Tests • Plaktoetse:</b>							
0217 First patch • Eerste plaktoets	4	47.10	4	47.10			
0219 Each additional patch • Elke bykomende toets	2	23.50	2	23.50			
<b>Skin Prick Tests • Velpriktoetse:</b>							
0218 Skin-prick testing: Insect venom, latex and drugs • Velpriktoets: Insekgif, latex en geneesmiddels	2.8	33.00	2.8	33.00			
0220 Immediate hypersensitivity testing (Type I reaction): per antigen: Inhalant and food allergens • Onmiddellike hipersensiwiteitstoetsing (Tipe 1 reaksie): per antigeen, inaseming en voedsel allergene.	1.9	22.40	1.9	22.40			
0221 Delayed hypersensitivity testing (Type IV reaction): per antigen • Vertraagde hipersensiwiteitstoetsing (Tipe IV reaksie): per antigeen	2.8	33.00	2.8	33.00			

	Specialist Spesialis		General practitioner Huisarts		Anaesthetic Narkose		
	U/E	R	U/E	R	U/E	R	T/M
<b>2.2 Skin (general) • Vel (algemeen)</b>							
0255 Drainage of subcutaneous abscess, onychia, paronychia, pulp space or avulsion of nail • Dreinerings van onderhuidse abses, onikie, paronikie of avulsie van nael	20	235.40	20	235.40	3	165.00	+T+M
0257 Drainage of major hand or foot infection; drainage of major abscess with necrosis of tissue, involving deep fascia or requiring debridement; complete excision of pilonidal cyst or sinus • Dreinerings van groot hand- of voetinfeksies; dreinerings van groot abses met nekrose van weefsel, wat diep fascia betrek of wat debridement benodig; algehele uitsnyding van pilonidale sist of sinus	87	1,024.00	87	1,024.00	3	165.00	+T
0259 Removal of foreign body superficial to deep fascia (except hands). • Verwydering van vreemde voorwerp oppervlakkig tot diep-fascia (buiten hande)	20	235.40	20	235.40	3	165.00	+T
0261 Removal of foreign body deep to deep fascia (except hands). • Verwydering van vreemde voorwerp diep-tot-diep-fascia (buiten hande)	31	364.90	31	364.90	3	165.00	+T
(Note: See item 0922 and 0923 for removal of foreign bodies in hands • Let wel: Sien item 0922 en 0923 vir verwydering van vreemde voorwerpe uit hand)							
<b>2.3 Major plastic repair • Groot plastiese herstel</b>							
Note: The tariff does not cover elective or cosmetic operations, since these procedures may not have the effect of reducing the percentage of permanent disablement as laid down in the Second Schedule to the Act. It is incumbent upon the treating doctor to obtain the prior consent of the Commissioner before embarking upon such treatment • Opmerking: Hierdie tarieflys voorsien nie vir elektiewe of kosmetiese operasies nie aangesien sodanige prosedures nie altyd 'n vermindering in die graad van blywende arbeidsongeskiktheid, soos in die Tweede Bylae tot die Wet beoog, tot gevolg mag hê nie. Die geneesheer is verplig om vooraf die Kommissaris se goedkeuring te verkry, alvorens met sulke behandeling begin word							
0289 Large skin graft, composite skin graft, large full thickness free skin graft • Groot veltransplantaat, saamgestelde vel- transplantaat, groot volle dikte vry veltransplantaat	234	2,754.20	187.2	2,203.30	4	220.00	+T
0290 Reconstructive procedures (including all stages) and skin graft by myocutaneous or fascio-cutaneous flap • Rekonstruktiewe prosedures (alle stadiums ingesluit) en veloorplanting met behulp van miokutane- of fassiokutane flap	410	4,825.70	328	3,860.60	4	220.00	+T
0291 Reconstructive procedures (including all stages) grafting by micro-vascular re-anastomosis • Rekonstruktiewe prosedures (insluitende alle stadiums) weefseloordraging met behulp van mikrovaskulêre heranastomoses	800	9,416.00	640	7,532.80	4	220.00	+T
0292 Distant flaps: First stage • Velflappe uit afgeleë posisie: Eerste stadium	206	2,424.60	164.8	1,939.70	4	220.00	+T
0293 Contour grafts (excluding cost of material) • Kontoertransplantasie (uitgesonderd koste van materiaal)	206	2,424.60	164.8	1,939.70	4	220.00	+T
0294 Vascularised bone graft with or without soft tissue with one or more sets micro-vascular anastomoses • Gevaskulariseerde beenoordrag met of sonder sagte weefsel met een of meer stelle mikro-vaskulêre anastomoses	1200	14,124.00	960	11,299.20	6	330.00	+T
0295 Local skin flaps (large, complicated) • Plaaslike velflappe (groot,	206	2,424.60	164.8	1,939.70	4	220.00	+T
0296 Other procedures of major technical nature • Ander groot tegniese prosedures	206	2,424.60	164.8	1,939.70	4	220.00	+T
0297 Subsequent major procedures for repair of same lesion (M0006 not applicable) • Daaropvolgende groot prosedures vir herstel van dieselfde letsel (W 0006 nie van toepassing nie)	104	1,224.10	104	1,224.10	4	220.00	+T