

FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN

Richtlinien für die direkte Erstattung an Gesundheitsdienstleister 2023



FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN

Caring For Your Health Worldwide®

Health Plan Accredited by



The **FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN** has
Health Plan Accreditation from the Accreditation
Association for Ambulatory Healthcare, Inc.



FSBP-Richtlinien für die direkte Rückerstattung

Die American Foreign Service Protective Association (AFSPA), der selbstfinanzierte Träger des **FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN (FSBP)**, hat mit Ihnen eine Vereinbarung über die direkte Abrechnung für die im Versicherungsumfang enthaltenen Leistungen abgeschlossen. Diese Vereinbarung ermöglicht es Ihnen, **FSBP**-Mitglieder zu behandeln, ohne für die im Versicherungsumfang enthaltenen Leistungen eine Vorauszahlung zu verlangen, und die **FSBP** kann Ihnen die Kosten dann direkt erstatten.

Diese Richtlinien sollen Ihnen bei folgenden Fragen helfen:

- Wie stellen Sie fest, ob jemand **FSBP**-Mitglied ist?
- Wie werden Forderungen oder Korrespondenz an den **FSBP** geschickt?
- Was muss eine Forderung enthalten, um bearbeitet werden zu können?
- Wie werden Sie für Leistungen bezahlt, die von der **FSBP** abgedeckt sind?
- Wie können Sie Ihre Fragen an uns übermitteln?
- **FSBP**-Leistungen und Versicherungsumfang für Vereinbarungen über direkte Abrechnung

Wie stellen Sie fest, ob jemand **FSBP**-Mitglied ist?

- Bitten Sie das Mitglied um seine Ausweiskarte. Diese sollte den Namen unserer Versicherung, die Gruppen-ID-Nummer, den Namen des Mitglieds und die Mitgliedsnummer enthalten.
- Bitten Sie das Mitglied, Ihnen seine Ausweiskarte auf der Aetna Health-App auf seinem Handy oder Tablet vorzuzeigen.
- Bitten Sie das Mitglied, Ihnen eine Kopie eine seiner letzten **FSBP**-Leistungerklärungen (Explanation of Benefits, EOB) zu zeigen.

Wie schicke ich Forderungen oder Korrespondenz an die FSBP?

Option 1 Elektronisch senden Sicher, schnell und einfach

1. Gehen Sie online auf www.afspa.org/fsbp/OverseasPartnersBillingForm
2. Füllen Sie im sicheren Formular alle Pflichtfelder aus
3. Um Forderungen oder Korrespondenz hochzuladen, klicken Sie auf „Browse“ (Durchsuchen), um Ihre Datei(en) auszuwählen. Die hochzuladenden Dateien müssen im PDF-Format sein. Die PDF-Dateien dürfen nicht größer als 25 MB sein.
4. Schließen Sie Ihre Einreichung ab, indem Sie auf „Submit“ (Senden) unten auf der Seite klicken.
5. Auf der nächsten Seite sehen Sie folgende Bestätigung: „*Your secure message was delivered to our secure server.*“ (Ihre sichere Nachricht wurde an unseren sicheren Server übermittelt.) Hierdurch wird bestätigt, dass wir die eingereichten Forderungen oder gesendete Korrespondenz erhalten haben.

Option 2 Per Post schicken Wenn Sie Forderungen in Papierform einreichen müssen, schicken Sie diese bitte an:

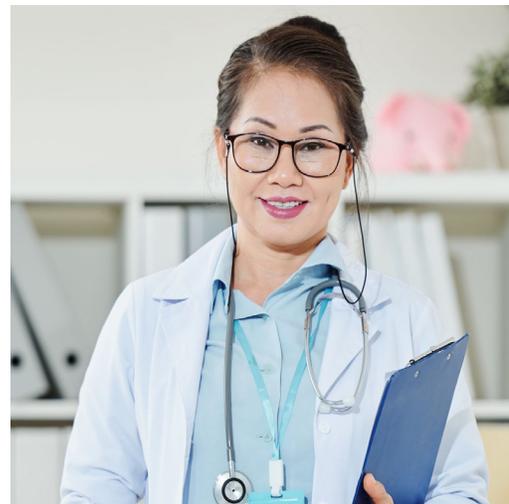
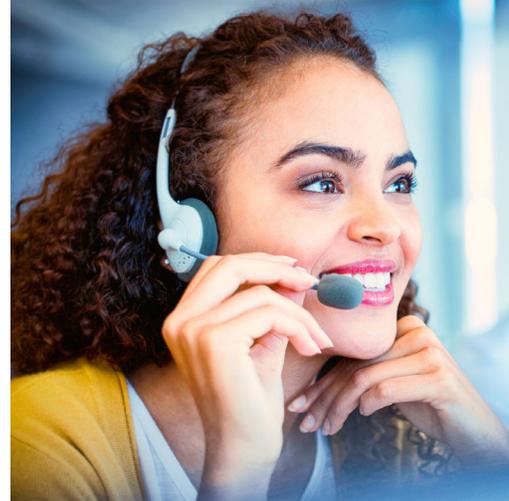
FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN

ATTN: Shalonda Hunter, Manager, Direct Billing & Correspondence & Quality Assurance
1620 L Street, NW, Suite 800
Washington, DC 20036, USA

Was muss eine Forderung enthalten, um bearbeitet werden zu können?

Bei der Geltendmachung einer Forderung für erbrachte Leistungen sind die Rechnungen aufzulisten und müssen Folgendes enthalten:

- Name des Mitglieds, Geburtsdatum und Anschrift
- Mitgliedsnummer
- Vollständiger Name und Anschrift des Leistungserbringers
- Datum der Erbringung der Leistungen oder Lieferung
- Diagnose/Grund für den Besuch
- Art jeder einzelnen Leistung oder Lieferung
- Kosten jeder einzelnen Leistung oder Lieferung



Wenn nicht alle hier genannten Informationen vorliegen, kann die **FSBP** diese von Ihnen anfordern, wodurch sich die Bearbeitung der Forderung verzögern könnte.

Übersetzungen sind **nicht** erforderlich. Wir übersetzen alle Rechnungen und Unterlagen. Wenn Sie uns keinen Wechselkurs mitteilen, verwenden wir den Wechselkurs basierend auf dem Datum der Erbringung der Leistung.

Wir möchten Ihnen helfen, einwandfreie Forderungen einzureichen.



Vielen Dank für
Ihre Partnerschaft
mit **FSBP**.



Wie werden Sie direkt für Leistungen bezahlt, die abgedeckt sind?

- **FSBP** leistet Zahlungen an Leistungserbringer für im Versicherungsumfang enthaltene medizinische Leistungen.
- **FSBP** leistet Zahlungen an das Krankenhaus für erbrachte professionelle Leistungen und Lieferungen, die in der Krankenhausrechnung aufgeführt sind.
- **FSBP** leistet die Zahlungen per elektronischen Geldüberweisung (EFT) in Ihrer Landeswährung oder in US-Dollar (US\$), wenn Sie EFT mit uns vereinbart haben. Andernfalls leisten wir die Zahlungen per bei einer US-Bank in US-Dollar (US\$) ausgestelltem Scheck. Wenn Sie sich für EFT-Zahlungen anmelden möchten, setzen Sie sich bitte per E-Mail an compliance@afspa.org mit uns in Verbindung.
- **FSBP** leistet die Zahlungen nach Erhalt und Bearbeitung Ihrer Einzelrechnungen direkt an Sie. Wenn Sie eine EFT erhalten, schicken wir Ihnen per E-Mail eine Leistungserklärung mit den Angaben zu Ihrer Zahlung. Wenn Sie keine EFT erhalten, schicken wir Ihnen Ihre Leistungserklärung per Post.

Wie können Sie eine Frage an **FSBP** übermitteln?

Über eine sichere Online-Nachricht:

- Gehen Sie zum sicheren Online-Formular für allgemeine Fragen von **FSBP**-Gesundheitsdienstleistern im Ausland auf unserer Website unter <https://www.afspa.org/fsbp/OverseasProviderQuestionForm>.
- Geben Sie die Informationen, die Sie benötigen, in das Online-Formular ein.
- Klicken Sie auf „Browse“ (Durchsuchen), um den PDF-Anhang auszuwählen, in dem Ihre Frage erklärt ist. **Anmerkung:** Wir nehmen nur Dokumente im PDF-Format an und diese dürfen nicht größer als 25 MB sein.
- Klicken Sie auf „Submit“ (Senden). Auf der nächsten Seite sehen Sie folgende Bestätigung: „Your secure message was delivered to our secure server.“ (Ihre sichere Nachricht wurde an unseren sicheren Server übermittelt.) Dies ist die Bestätigung, dass wir die von Ihnen eingereichte Frage erhalten haben.

Zusammenfassung von Leistungen und Versicherungsumfang für Vereinbarung über direkte Abrechnung der FSBP*

Leistung	Patient zahlt	FSBP zahlt	Beschränkungen und Erwartungen
STATIONÄRE LEISTUNGEN			
Unterkunft und Verpflegung sowie andere Krankenhauskosten	Nichts	100 % der Rate für Mehrbettzimmer 100 % der sonstigen Krankenhauskosten (Anmerkung: Wenn Kosten für Chirurgen, Anästhesisten oder sonstige Fachkräfte auf der Krankenhausrechnung angegeben sind, übernehmen wir diese zu 100 %.)	Keine
Kosten für Chirurgen bei stationärer Behandlung	10 % des Rechnungsbetrags	90 % des Rechnungsbetrags (Anmerkung: Eine Operation zur Geschlechtsumwandlung bedarf der vorherigen Genehmigung. Sie müssen zuvor von der Krankenversicherung die Genehmigung einholen.)	Keine
Arztkosten bei stationärer Behandlung	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine
Entbindungsstation (stationär)	Nichts	100 % des Rechnungsbetrags	Keine
AMBULANTE LEISTUNGEN			
Unfallverletzung	Nichts	100 % des Rechnungsbetrags für Leistungen, die aufgrund einer Unfallverletzung in Anspruch genommen wurden für: Gebühren für ambulante Notaufnahme, Notärzte oder sonstiges Gesundheitsfachpersonal und zusätzliche Leistungen, die zum Zeitpunkt der Behandlung in der Notaufnahme erbracht wurden; oder Besuch in der Praxis und zusätzliche Leistungen, die zum Zeitpunkt des ursprünglichen Besuchs in der Praxis wegen der Unfallverletzung erbracht wurden. (Anmerkung: Im Anschluss an den ursprünglichen Besuch beim Notarzt oder in der Praxis gelten die regulären ambulanten medizinischen Leistungen.)	Keine
Ambulante chirurgische Eingriffe (einschließlich Endoskopie)	10 % des Rechnungsbetrags (Kein Selbstbehalt für chirurgische Leistungen des Arztes. Anmerkung: Ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr wird für Leistungen der Einrichtung, wie beispielsweise Operationssaal, Verbrauchsmaterial usw., veranschlagt.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine

*Beachten Sie bitte, dass einige der in diesen Übersichten aufgeführten Dienstleistungen möglicherweise nicht auf Ihre Vereinbarung über direkte Abrechnung zutreffen. Sämtliche Leistungen unterliegen den in der **FSBP** enthaltenen Definitionen, Beschränkungen und Ausschlüssen. Bestimmte abgedeckte Ausgaben sind in diesen Übersichten zusammengefasst.

Zusammenfassung von Leistungen und Versicherungsumfang für Vereinbarung über direkte Abrechnung der FSBP*

Leistung	Patient zahlt	FSBP zahlt	Beschränkungen und Erwartungen
AMBULANTE LEISTUNGEN			
Ambulante medizinische, Labor-, Röntgen- und andere diagnostische Untersuchungen Telemedizinische Sprechstunden	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine
Jährliche körperliche Routineuntersuchung	Nichts	100 % des Rechnungsbetrags	Keine
Ambulante Geburtsbetreuung	Nichts	100 % des Rechnungsbetrags	Keine
Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	125 kombinierte Besuche pro Kalenderjahr
Chiropraktik	Nichts bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und alle Kosten über 6 US\$ pro Besuch und/oder 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und bis zu 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Beschränkt auf 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr
LEISTUNGEN FÜR MENTALE GESUNDHEIT UND BEI ERKRANKUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SUBSTANZKONSUM			
Stationäres Krankenhaus oder andere Einrichtungen, die abgedeckt sind	Nichts	100 % des Rechnungsbetrags	Keine
Ambulante Klinik und sonstige ambulante Leistungen	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine
Professionelle Dienstleistungen, einschließlich telemedizinischer Sprechstunden	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags (Anmerkung: Die Beurteilung oder Behandlung mit angewandter Verhaltensanalyse bedarf der vorherigen Genehmigung. Sie müssen zuvor von der Krankenversicherung die Genehmigung einholen.)	Keine
ORTHOPÄDISCHE HILFSMITTEL UND PROTHESEN:			
Fuß-Orthesen Künstliche Gliedmaßen und Augen Externe Brustprothesen und chirurgische BHs	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine
Hörgeräte für Erwachsene	Nichts bis zum versicherten Höchstbetrag von 4.000 US\$ pro Person oder einem Ersatz pro Person alle 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahre sowie alle Kosten nach Erreichen des Höchstbetrags	100 % des in Rechnung gestellten Betrags bis zum versicherten Höchstbetrag von 4.000 US\$ pro Person oder ein Ersatz pro Person alle 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahre	Beschränkt auf ein Hörgerät oder einen Ersatz pro Person alle 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahre

*Beachten Sie bitte, dass einige der in diesen Übersichten aufgeführten Dienstleistungen möglicherweise nicht auf Ihre Vereinbarung über direkte Abrechnung zutreffen. Sämtliche Leistungen unterliegen den in der **FSBP** enthaltenen Definitionen, Beschränkungen und Ausschlüssen. Bestimmte abgedeckte Ausgaben sind in diesen Übersichten zusammengefasst.

Zusammenfassung von Leistungen und Versicherungsumfang für Vereinbarung über direkte Abrechnung der FSBP*

Leistung	Patient zahlt	FSBP zahlt	Beschränkungen und Erwartungen
LANGLEBIGE MEDIZINISCHE GERÄTE (DME)			
Rollstühle Krücken Beinschienen	10 % des Rechnungsbetrags (Es gilt ein Selbstbehalt von 300 US\$ pro Kalenderjahr.)	90 % des Rechnungsbetrags	Keine
Geräte für unterstützte Kommunikation (ACC) wie z. B.: • Computer-Storyboards • Elektronische Sprechhilfen • Vergrößerungssystem	Nichts bis zu einem Gerät pro Person und Kalenderjahr bis zu einem Versichertenfreibetrag von 1.000 US\$ pro Gerät, pro Person, pro Kalenderjahr und allen Kosten über 1.000 US\$ pro Gerät hinaus	100 % des Rechnungsbetrags bis zu einem Versichertenfreibetrag von 1.000 US\$ pro Gerät, pro Person und Kalenderjahr	Beschränkt auf ein Gerät pro Person und Kalenderjahr
ALTERNATIVE BEHANDLUNGEN			
Akupunktur	Nichts bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und alle Kosten über 6 US\$ pro Besuch und/oder 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und bis zu 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Beschränkt auf 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr
Massagebehandlung	Nichts bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und alle Kosten über 6 US\$ pro Besuch und/oder 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Bis zum versicherten Höchstbetrag von 60 US\$ pro Besuch und bis zu 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr.	Beschränkt auf 50 Besuche pro Person und Kalenderjahr



*Beachten Sie bitte, dass einige der in diesen Übersichten aufgeführten Dienstleistungen möglicherweise nicht auf Ihre Vereinbarung über direkte Abrechnung zutreffen. Sämtliche Leistungen unterliegen den in der **FSBP** enthaltenen Definitionen, Beschränkungen und Ausschlüssen. Bestimmte abgedeckte Ausgaben sind in diesen Übersichten zusammengefasst.



afspa.org/fsbp

Für weitere Informationen oder bei weiteren Fragen, kontaktieren Sie uns bitte:

FOREIGN SERVICE BENEFIT PLAN

1620 L Street NW, Suite 800
Washington, DC 20036, USA

Sichere Nachricht: afspa.org/fsbp411

Website: afspa.org/fsbp

Telefon: 202-833-4910

Protective Association

Geschäftszeiten: Montag – Freitag
8:30 Uhr bis 17:30 Uhr (EST)

E-Mail: health@afspa.org

Website: afspa.org