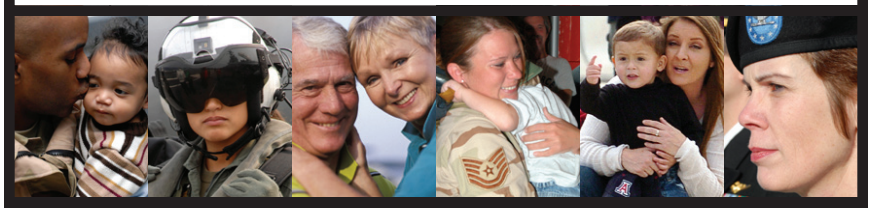
TRICARE Europe

TRICARE Europe Host Nation Provider Handbook

Wichtige Informationen für die medizinische Versorgung von US-Militär-angehörigen

TRICARE Area Office-Europe



Wichtige Kontakte

Military Treatment Facility

Um Kontaktinformationen für Ihren lokalen Network Coordinator zu finden, geben Sie Ihren Namen in das TRICARE Europe Network Search Tool im Internet unter der Adresse www.europe.tricare.osd.mil/ppn/ppnsearch.asp ein, und klicken Sie auf Begin Search (Suche starten). Klicken Sie auf Ihren Namen in der Liste, um Ihren detaillierten Eintrag anzuzeigen. Name, Adresse und Telefonnummer Ihres lokalen Network Coordinator sind im Eintrag verzeichnet.

Wenn Sie weitere Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an das TRICARE Area Office-Europe.

TRICARE Area Office-Europe

- **Telefon:** (+49) (0)6302-67-6312
- **E-Mail:** teoweb@europe.tricare.osd.mil
- **Website:** www.europe.tricare.osd.mil
- **Anschrift:** TRICARE Europe
  Sembach Flugplatz
  Gebäude 214, 4. Stock
  67681 Heuberg, Deutschland

Wisconsin Physician Services (Claims Processor)

- **Telefon:** Allgemein: 001-608-301-2310
  Diese Anschlüsse sind während der standardmäßigen mitteleuropäischen Öffnungszeiten besetzt.
  Deutschland: 0800-1-8-23215 (deutschsprachig)
  Italien: 800-8-75982 (italienischsprachig)
  Großbritannien: 0800-9660574
- **Website:** www.tricare4u.com
- **Anschrift:** WPS/TRICARE
  P.O. Box 8976
  Madison, WI 53708-8976
  USA

TRICARE Global Remote Overseas (International SOS)

- **Telefon:** (+44) (0)20-8762-8133
- **E-Mail:** tricarelon@internationalsos.com
- **Website:** www.internationalsos.com/private/tricare/europe/

Zivilisten, Vertragsnehmer und ausländische Staatsangehörige

Zivilisten, Vertragsnehmer und ausländische (nicht US–) Staatsangehörige sind nicht TRICARE-versichert, falls sie nicht anderweitig berechtigt sind. Ist dies der Fall, müssen sie einen entsprechenden Ausweis haben, auf dem dies verzeichnet ist, z. B. einen Ausweis für Familienmitglieder einer Person im aktiven Dienst, einen Ruhestandsausweis oder eine Karte für Familienmitglieder ehemaliger Militärangehöriger im Ruhestand. Wenn kein Ausweis vorgelegt werden kann, der besagt, dass die Person für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unter dem zivilen Programm berechtigt ist, erstattet TRICARE keine Ansprüche, die für solche Personen eingereicht werden.

Preferred Provider werden gebeten, diese Patienten zu behandeln. Provider sollten allerdings eine persönliche Zahlungsgarantie von dem Patienten oder eine Vorauszahlung für alle medizinischen Leistungen verlangen, bei denen es sich nicht um einen Notfall handelt.

Sonstige Krankenversicherung

Laut U.S. Federal Law darf TRICARE erst zahlen, wenn alle anderen primären Versicherungen ihren Anteil gezahlt haben. Dazu gehört auch die National Health Insurance (Gesetzliche Krankenversicherung). Es ist daher wichtig, vor Bereitstellung von medizinischen Leistungen Abschnitt 11 auf dem TRICARE Claim Form (DD Form 2642) zu überprüfen. Der Patient muss in diesem Feld alle anderen Krankenversicherungen aufführen.

Wenn der Patient eine weitere Krankenversicherung hat, können Sie Folgendes tun:

- Dem Patienten helfen, zuerst den Anspruch bei seiner anderen Krankenversicherung einzureichen.
- Eine persönliche Zahlungsgarantie oder eine Vorauszahlung verlangen und dem Patienten die Möglichkeit geben, den Anspruch bei seiner anderen Krankenversicherung einzureichen.
- Das TRICARE Service Center um Hilfe ersuchen.

Einige Hinweise zu Betrug

Krankenversicherungsbetrug ist auf der ganzen Welt ein ständig wachsendes Problem. TRICARE stellt in allen Fällen von Betrug energisch Ermittlungen an und lässt Betrüger strafrechtlich verfolgen. Programme zur Erkennung und Unterbindung von Betrug haben die höchste Wirksamkeit, wenn Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen, Provider und Patienten zusammenarbeiten.

Preferred Provider erhalten eine detaillierte Explanation of Benefits für alle Rechnungen, die für sie eingereicht werden, und sind gehalten, sich bei Diskrepanzen an TRICARE zu wenden. Wenn Sie bei einer Explanation of Benefits ein Problem finden oder aus irgendeinem Grund einen Betrugsverdacht haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Network Coordinator oder den Claims Processor (Wisconsin Physician Services) unter einer der auf der Rückseite dieses Handbuchs aufgeführten Telefonnummern.

Inhaltsverzeichnis

Eine Einführung in TRICARE

- Was ist TRICARE? 3
- Der Aufbau von TRICARE 3

TRICARE-Programme & -Leistungen

- TRICARE-Programme 4
- Anspruchsberechtigung: Wer ist anspruchsberechtigt? 4
- Grundlegende Programm–Leistungen (Basic Program) 5
- Leistungen, die besondere Aufmerksamkeit erfordern 5
- Deckungseinschränkungen 7
- Ausschlüsse 8

Das Preferred Provider Network

- Was ist ein Preferred Provider? 9
- Vorteile des Preferred Provider Network 9
- Beitritt zum Preferred Provider Network 9
- Verpflichtungen des Preferred Providers 9
- Provider-Datei auf dem neuesten Stand halten 10
- Qualitätsaufsicht 10

Behandlung von TRICARE–Patienten

- Wie Patienten an Sie überwiesen werden 11
- Identifizieren von TRICARE–Patienten und deren Versicherungsdeckung 11
- Patientenakten & Datenschutz 14
- Kulturelle Unterschiede und Host Nation-Verbindungsleute 14

Abrechnung und Einreichen von Ansprüchen

- Abrechnung für medizinische Leistungen 15
- Active Duty U.S. Service Members 15
- TRICARE Prime Active Duty Family Members 15
- TRICARE Standard-Anspruchsberechtigte 16
- Zivilisten, Vertragsnehmer und ausländische Staatsangehörige 17
- Sonstige Krankenversicherung 17
- Einige Hinweise zu Betrug 17

Wichtige Kontakte 18

Eine Einführung in TRICARE

Was ist TRICARE?

TRICARE ist ein umfassendes Gesundheitsversorgungsprogramm für aktive und ehemalige Angehörige des Militärs der Vereinigten Staaten von Amerika, deren Ehegatten und Kinder, Hinterbliebene und verschiedene andere Berechtigte.

TRICARE-Anspruchsberechtigte sind gehalten, ihre Gesundheitsfürsorge direkt von US-Militärkrankenhäusern, -Kliniken und -Providern zu beziehen, wo immer dies möglich ist. Wenn dies nicht möglich ist, kann die Versorgung auch am Wohnort durch zivile Provider erfolgen. TRICARE übernimmt die Kosten für zahlbare medizinische Leistungen unter der Voraussetzung, dass der Patient anspruchsberechtigt ist und die Leistung ordnungsgemäß genehmigt wurde.

Der Aufbau von TRICARE

Außerhalb der Vereinigten Staaten agiert TRICARE in der Form einer Partnerschaft zwischen den medizinischen Abteilungen von U.S. Army, Navy und Air Force und dem TRICARE Area Office-Europe.

U.S. Military Treatment Facilities (MTF)

Für die meisten TRICARE–Berechtigten in Europa ist die Gesundheitsfürsorge auf eine Military Treatment Facility vor Ort konzentriert. Berechtigte erhalten den größten Teil ihrer Gesundheitsfürsorge in einem Krankenhaus oder einer Klinik vor Ort, und für die meisten Berechtigten ist eine von dieser Einrichtung ausgestellte Genehmigung erforderlich, bevor sie Leistungen von Providern des Gastgeberlandes in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus ist der Kommandeur der Military Treatment Facility dafür verantwortlich, ein Netzwerk von Providern des Gastgeberlands aufzubauen und zu unterhalten, um medizinische Bedürfnisse zu erfüllen, die von der Militäreinrichtung nicht erfüllt werden können. Ein lokales TRICARE Service Center (TSC) dient als Verbindung zwischen der Military Treatment Facility, den Berechtigten und den Providern des Gastgeberlandes.

TRICARE Area Office-Europe

TRICARE Area Office-Europe verwaltet groß angelegte Prozesse wie die Erarbeitung von Ansprüchen und stellt Mittel und Unterstützung bereit, um den lokalen Military Treatment Facilities bei der Verwaltung und Handhabung des TRICARE-Programms zu helfen. Einige Beispiele dafür sind medizinische Übersetzungsdienste, Qualitätssicherungsprogramme, Bereitstellung von Informationen für Berechtigte, Personalschulungen und Verfahrensanleitungen. TRICARE Area Office-Europe verwaltet auch zentral das TRICARE Global Remote Overseas-Programm, mit dem die TRICARE-Leistungen für Angehörige des US-Militärdienstes und deren Familien bereitgestellt werden, die in Überseegebieten leben, in denen keine Military Treatment Facility zur Verfügung steht.

In Prime registrierte Active Duty Family Members (Forts.)

Das Preferred Provider Memorandum of Agreement verpflichtet Sie nur dazu, Ansprüche für Active Duty Family Members einzureichen, die in TRICARE Overseas Prime registriert sind und eine Military Treatment Facility–Leistungsgenehmigung oder eine Überweisung für Leistungen im Gastgeberland haben. Wenn ein TRICARE Prime–Patient keine Überweisung oder Leistungsgenehmigung hat, aber eine Behandlung anfordert, bei der es sich nicht um einen Notfall handelt, können Sie eine Vorauszahlung fordern oder die Behandlung dem Patienten direkt in Rechnung stellen und ihn ersuchen, den Antrag auf Erstattung selbst einzureichen.

TRICARE Standard-Anspruchsberechtigte

Zu den Anspruchsberechtigten unter TRICARE Standard gehören ehemalige Angehörige des US-Militärs im Ruhestand und deren Familienmitglieder sowie Mitglieder von Militärfamilien, die nicht für die Prime-Deckung berechtigt sind oder sich nicht im Prime-Programm registrieren möchten.

Sie sind gemäß dem Preferred Provider Memorandum of Agreement nicht verpflichtet, Erstattungsanträge für TRICARE Standard–Versicherte einzureichen. Stattdessen können Sie eine persönliche Zahlungsgarantie von dem Patienten oder eine Vorauszahlung verlangen.

Wenn Sie sich bereit erklären, diese Erstattungsanträge einzureichen, denken Sie bitte daran, dass Patienten mit TRICARE Standard für einen Teil des Rechnungsbetrags verantwortlich sind, wie in der Tabelle unten angegeben. Der Betrag, für den der Patient verantwortlich ist, wird vom Erstattungsbetrag angezogen; Sie müssen dem Patienten also die Differenz in Rechnung stellen.

	Dienstgrad E-4 & darunter	Dienstgrad E-5 & darüber	Ruheständler
Jährliche Selbstbeteiligung	$50 pro Person / $100 pro Familie	$150 pro Person / $300 pro Familie	$150 pro Person / $300 pro Familie
Zuzahlung ambulanter Patienten	20% der Kosten der gedeckten Leistungen	20% der Kosten der gedeckten Leistungen	25%
Zuzahlung stationärer Patienten	$13,90 pro Tag oder $25 (es gilt der höhere Betrag)	$13,90 pro Tag oder $25 (es gilt der höhere Betrag)	25%
Patientenzuzahlung bei stationärem verhaltens-medizinischem Aufenthalt	$20 pro Tag	$20 pro Tag	25%
Obergrenze bei Härtefällen[1]	$1.000	$1.000	$3.000

[1] *Die Obergrenze bei Härtefällen ist der Höchstbetrag, den Versicherte pro Geschäftsjahr aus eigener Tasche zahlen müssen. Wenn diese Obergrenze erreicht ist, bezahlt TRICARE alle Kosten für genehmigte, gedeckte Leistungen. Point-of-Service-Gebühren und Kosten für nicht gedeckte Leistungen werden für die Ermittlung der Obergrenze nicht eingerechnet.*

Abrechnung und Einreichen von Ansprüchen

Abrechnung für medizinische Leistungen

Stellen Sie Ihre Abrechnungen für medizinische Leistungen zusammen, und berechnen Sie sie gemäß der allgemein akzeptierten Normen des Landes, in dem Sie praktizieren. Rechnungen sollten normalerweise innerhalb von 90 Tagen nach Behandlungsdatum erstellt und innerhalb von 12 Monaten ab diesem Datum an den Claims Processor geleitet werden. Rechnungen müssen mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- Ihre vollständige tatsächliche und Ihre Rechnungsanschrift im Briefkopfformat.
- Eine Aufstellung der Einzelkosten und der erbrachten Leistungen gemäß GOAE.
- Die Preferred Provider Pin–Nummer.
- Name und Geburtsdatum des Patienten.
- Sozialversicherungsnummer des Sponsors.
- Die Diagnose für den Patienten.
- Das Datum, an dem die Leistung erbracht wurde.

In den folgenden Abschnitten wird erläutert, wie Sie für die verschiedenen Arten von Patienten der US-Militärgemeinde, die Sie möglicherweise behandeln, Ansprüche einreichen oder Leistungen abrechnen. Wie immer wenden Sie sich bei Fragen bitte an Ihr zuständiges TRICARE Service Center.

Active Duty U.S. Service Members

In den meisten Fällen reichen Sie Rechnungen für erbrachte Leistungen für Active Duty Service Members bei Ihrem lokalen TRICARE Service Center zur Bearbeitung ein. Ihr Network Coordinator gibt Ihnen spezielle Anweisungen, wohin Sie diese Rechnungen senden müssen.

TRICARE Prime Active Duty Family Members

Um einen Erstattungsantrag für ein in TRICARE Prime registriertes Active Duty Family Member einzureichen, reichen Sie Ihre Rechnung zusammen mit einem ausgefüllten TRICARE Claim Form (DD Form 2642) spätestens 90 Tage nach dem Datum der Leistungserbringung ein:

WPS—Overseas Claims
P.O. Box 8976
Madison, WI 53708-8976
USA

TRICARE-Programme & -Leistungen

TRICARE-Programme

- **TRICARE Overseas Program Prime:** Angehörige des US-Militärs im aktiven Dienst und deren berechtigte Familienmitglieder, die vom US-Militär offiziell gesponsert (command-sponsored) sind, können Nutznießer dieses Programms sein, wenn sie in der Nähe einer Military Treatment Facility leben. TRICARE Overseas Prime übernimmt einhundert Prozent der Kosten für gedeckte Leistungen, die von Providern des Gastlandes bereitgestellt werden; Berechtigte müssen allerdings für solche Leistungen im Voraus eine Genehmigung von ihrem Primary Care Manager in der Military Treatment Facility einholen, bei der sie registriert sind.
- **TRICARE Standard:** Ehemalige pensionierte Angehörige des US-Militärs sowie deren Familienmitglieder und Familienmitglieder von aktiven Soldaten, die nicht offiziell gesponsert sind oder sich nicht im Prime–Programm registrieren möchten, sind über TRICARE Standard gedeckt. Berechtigte müssen eine jährliche Selbstbeteiligung zahlen, bevor TRICARE mit der Zahlung beginnt, und müssen zudem Kosten anteilig übernehmen (für weitere Einzelheiten siehe Seite 16). Für die meisten Leistungen benötigen Berechtigte von TRICARE Standard keine Genehmigung, bevor sie Leistungen von Providern des Gastgeberlandes in Anspruch nehmen (siehe Seite 5 für Informationen zu stationärer psychologischer oder psychiatrischer Versorgung, Operationen für morbide Fettleibigkeit sowie kosmetische und plastische Operationen).
- **TRICARE Global Remote Overseas (TGRO):** Für Active Duty Service Members und deren berechtigte, gesponserte Familienmitglieder, die nicht in der Nähe einer Military Treatment Facility leben. Die Deckung ist der von Prime gleich; allerdings wird die Genehmigung für medizinische Leistungen von einem TRICARE–Vertragspartner anstelle von einer Military Treatment Facility erteilt.

Anspruchsberechtigung: Wer ist anspruchsberechtigt?

Die Berechtigung für TRICARE ist allgemein auf folgende Personen begrenzt:

- Angehörige des US-Militärs, deren Ehegatten und minderjährige Kinder.
- Ehemalige Angehörige des US-Militärs, deren Ehegatten und minderjährige Kinder.
- Hinterbliebene und unter bestimmten Voraussetzungen geschiedene Ehegatten der oben genannten Personen.

Die individuelle Anspruchsberechtigung wird letztendlich vom U.S. Defense Enrollment Eligibility Reporting System (DEERS) bestimmt. Berechtigte sind dafür verantwortlich sicherzustellen, dass ihre im DEERS enthaltenen Informationen aktuell sind. TRICARE-Ansprüche für Patienten, die nicht im DEERS als berechtigt aufgeführt sind, können von TRICARE nicht bezahlt werden.

Grundlegende Programm–Leistungen (Basic Program)

TRICARE deckt die meisten stationären und ambulanten Leistungen ab, die medizinisch erforderlich, angemessen und als bewährt angesehen sind. Eine detaillierte Liste der gedeckten Leistungen würde den Umfang dieses Handbuchs übersteigen, aber zu den Leistungen gehören:

- Dringende und Notfallhilfe, einschließlich erforderlicher Krankentransporte.
- Ambulante Behandlungen, einschließlich Grundversorgungs- und fachärztlicher Behandlungen.
- Psychologische / psychiatrische und Verhaltensgesundheitsdienste.
- Schwangerschaftsvor- und Nachsorge sowie Entbindung.
- Arzneimittel.
- Einige präventive Gesundheits- und Kindervorsorgeuntersuchungen.
- Stationäre und ambulante Operationen.
- Medizinische Hilfsmittel und Sanitätsartikel.

Für spezifischere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihr TRICARE Service Center, oder schlagen Sie im TRICARE Policy Manual, TRICARE Reimbursement Manual oder im TRICARE Operations Manual online unter http://manuals.tricare.osd.mil/ nach.

Leistungen, die besondere Aufmerksamkeit erfordern

Die folgenden Leistungen erfordern eine spezielle Genehmigung, um die TRICARE–Deckung sicherzustellen (ein Beispiel für ein Genehmigungsformular finden Sie auf Seite 6):

- **Stationäre psychiatrische Behandlung** erfordert eine Vorgenehmigung für alle Berechtigten und muss über das TRICARE Area Office-Europe koordiniert werden. Beachten Sie bitte, dass die Deckung in Bezug auf die Aufenthaltsdauer eingeschränkt ist.
- **Kosmetische, plastische und Wiederherstellungschirurgie** ist nur gedeckt, wenn sie zur Funktionswiederherstellung, zur Korrektur eines schweren Geburtsdefekts, zur Wiederherstellung der Körperform nach einer schweren Verletzung, zur Verbesserung des Aussehens nach einer schweren Entstellung oder nach einer medizinisch notwendigen Brustamputation verwendet wird. Alle Fälle müssen vom TRICARE Area Office-Europe im Voraus genehmigt werden. Eine Ausnahme ist die Brustverkleinerung, die direkt von der Military Treatment Facility überwiesen werden kann.
- **Operationen für morbide Fettleibigkeit:** Es ist eine vorherige Genehmigung erforderlich, und die Leistungen sind auf einen Roux-en-Y-Magenbypass oder eine vertikale Magenbandoperation beschränkt. TRICARE deckt nur spezifische Methoden ab. Alle Fälle müssen vom TRICARE Area Office-Europe im Voraus genehmigt werden.

Patientenakten & Datenschutz

Preferred Provider müssen medizinische Patientenakten für alle TRICARE-Versicherten führen, die sie behandeln. Diese Unterlagen sind gemäß den behördlichen Vorgaben der Europäischen Union oder im Fall von Providern außerhalb der EU gemäß des Zusatzes zum Preferred Provider Memorandum of Agreement zu schützen.

Wo immer dies möglich ist, sollten Preferred Provider Zusammenfassungen ihrer Unterlagen für die Aufnahme in die medizinischen Akten des Berechtigten im US-Militär in englischer Sprache bereitstellen. In den meisten Fällen kann Ihr TRICARE Service Center Ihnen dabei helfen, da das TRICARE Area Office-Europe ein elektronisches System für die Übersetzung von medizinischen Akten aus mehreren europäischen Sprachen bereitstellt.

Kulturelle Unterschiede und Host Nation-Verbindungsleute

Obwohl Praktiken im Gesundheitswesen in den USA und im größten Teil von Europa sehr ähnlich sind, gibt es dennoch einige kulturelle Unterschiede, die US–amerikanischen Patienten Unbehagen verursachen können.

Natürlich ist dabei die Sprache der Unterschied, der am ehesten offensichtlich ist und die größte Herausforderung darstellt, und aus diesem Grund sollten Preferred Provider die Möglichkeit haben, mit ihren Patienten auf Englisch zu kommunizieren. Selbst dann macht es die sprachliche Barriere zwingend erforderlich, dass Provider sicherstellen, dass Behandlungsanweisungen deutlich sind und vom Patienten gut verstanden werden. Seien Sie sich bewusst, dass die fremdsprachliche Situation möglicherweise einige Patienten davon abhält, Fragen zu stellen, wenn sie etwas nicht verstehen.

US-amerikanische Patienten tendieren zudem dazu, Unterschiede in der Handhabung der Privatsphäre als recht unangenehm zu empfinden, besonders in einem Krankenhausumfeld. Vorhänge oder Sichtschutzvorrichtungen werden in Krankenhauszimmern und Untersuchungsräumen in den USA erwartet, und amerikanische Patienten finden es möglicherweise recht schwierig, ohne solchen Sichtschutz auch nur einige ihrer Kleidungsstücke abzulegen.

Um bei der Überwindung der kulturellen Unterschiede zu helfen, beschäftigen die meisten U.S. Military Treatment Facilities eine oder mehrere Host Nation Liaison-Personen. Diese Verbindungsleute sprechen fließend Englisch und die jeweilige Landessprache und sind mit den typischen Vorgängen im Gesundheitssystem des Gastgeberlandes vertraut. Die Hauptaufgabe dieser Verbindungsleute ist es, US–amerikanischen Patienten im Krankenhausumfeld zu helfen. Sie stehen aber möglicherweise auch zur Unterstützung in besonders schwierigen Situationen mit ambulanten Patienten zur Verfügung.

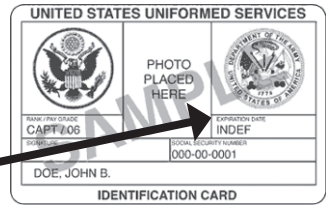
Kontaktinformationen für Ihre Verbindungsperson im Gastgeberland finden Sie auf der Rückseite dieses Handbuchs.

Uniformed Services Identification Card

Militärangehörige, ehemalige Militärangehörige im Ruhestand und Familienmitglieder können eine solche Karte haben.

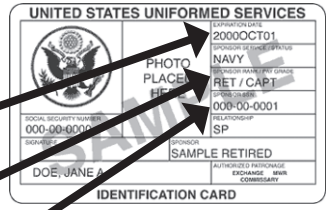
Sponsorenkarte (Militärangehörige oder ehemalige Militärangehörige im Ruhestand)

- Diese Karte ist für Active Duty Service Members grün, für Reservisten rot und für ehemalige Militärangehörige im Ruhestand blau. (HINWEIS: Diese Karte wird für aktive Angehörige des US-Militärs allmählich aus dem Verkehr gezogen.)
- Überprüfen Sie das Ablaufdatum, um die Gültigkeit sicherzustellen.



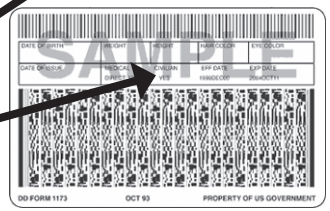
Family Member Card

- Diese Karte ist für Familienmitglieder von Active Duty Service Members und ehemalige Militärangehörige im Ruhestand beige und für Reservisten-Familienmitglieder rot.
- Überprüfen Sie das Ablaufdatum, um die Gültigkeit sicherzustellen.
- Familienmitglieder von ehemaligen Militärangehörigen im Ruhestand sind an einem RET (a. D.) in diesem Feld zu erkennen.
- Die Sozialversicherungsnummer (SSN) des Sponsors dient als wichtigste Identifikation für alle TRICARE-Patienten.



Rückseite (bei beiden Karten gleich)

- Die TRICARE-Berechtigung wird mit einem Yes (Ja) unter dem Wort Civilian (zivil) angezeigt.



Was bedeutet das für Sie?

Active Duty Service Members sind TRICARE Prime–Mitglieder. Diese müssen eine Genehmigung einholen, bevor sie Leistungen von Providern des Gastgeberlandes in Anspruch nehmen, da andernfalls ihre Ansprüche abgelehnt werden können.

Active Duty Family Members, die mit TRICARE Prime versichert sind, müssen eine Überweisung oder eine Leistungsgenehmigung der Military Treatment Facility haben. Berechtigte Familienmitglieder, die nicht mit dem Prime-Plan versichert sind, haben die TRICARE Standard-Deckung.

Mitglieder der Reserve Component sind in zwei Fällen TRICARE-berechtigt: a) Sie sind mehr als 30 aufeinander folgende Tage im aktiven Dienst, in welchem Fall sie einen militärischen Befehlsnachweis haben, auf dem dies verzeichnet ist. Sie können verlangen, dass Ihnen dieser Nachweis vorgelegt wird, und können eine Kopie für Ihre Unterlagen erstellen. Im Fall b) sind sie in TRICARE Reserve Select registriert und haben eine entsprechende TRICARE Reserve Select-Registrierungskarte. Wenden Sie sich an Ihr zuständiges TRICARE Service Center, wenn Sie bei der Überprüfung der Berechtigung Hilfe benötigen.

Ehemalige Militärangehörige im Ruhestand und deren Familienmitglieder mit Wohnsitz außerhalb der USA sind mit TRICARE Standard versichert. Diese tragen Selbstbeteiligung und Patientenzuzahlung.

Wichtiger Hinweis: Die TRICARE-Berechtigung wird letztendlich vom Defense Enrollment Eligibility Reporting System (DEERS) bestimmt. Wenn Sie sich der Berechtigung eines Patienten nicht sicher sind, wenden Sie sich bitte an Ihr TRICARE Service Center.

TRICARE Area Office - Europe ---- CARE AUTHORIZATION

1 Patient Name: Sponsors SSN:

TRICARE Europe Office Germany

Tel 49-6302-67-6336/62 fax: 49-6302-67-6377

Patient Name			

2 Pre-Surgical Evaluation Date

3

Authorization Date	SSN	Admit +/- 7 days of this date

Auth ICN	Authorization Type

Military Referral Source: TSC/MTF personnel:

Previous authorizations obsolete. The "days" column, totals the maximum days currently authorized for care if needed.

Facility Name	Max Days allowed (if any)	Authorized By

TRICARE Area Office - Europe
A copy of of this authorization AND appropriately completed TRICAREXHAMPUS Claim Form 2642 MUST be submitted to the TRICARE Europe Claims processor.

4 Submit claims to: Foreign Claims, PO Box 8976, WPS-CHAMPUS, Madison, WS 53708-8976

1. Der Name des Patienten sowie die Sozialversicherungsnummer des Sponsors sind die wichtigsten Informationen, die zur Identifizierung von TRICARE-Patienten sowie für Behandlungsgenehmigungen und Zahlungen verwendet werden.
2. Das Datum, an dem die präoperative Untersuchung stattfand.
3. Das genehmigte Aufnahmedatum für die Behandlung wird hier angezeigt.
4. Detaillierte Informationen über die genehmigte Behandlung werden in diesem Feld angezeigt.

Deckungseinschränkungen

Die Deckung für die folgenden Dienstleistungen oder Behandlungsmethoden unterliegt starken Einschränkungen. Einzelheiten erfragen Sie bitte von Ihrem zuständigen TRICARE Service Center:

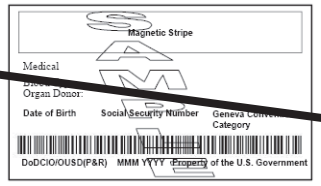
- **Schwangerschaftsabbrüche** sind nur gedeckt, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist. Der behandelnde Arzt muss schriftlich attestieren, dass der Schwangerschaftsabbruch aufgrund eines lebensbedrohlichen Zustands vorgenommen wurde. Die medizinische Dokumentation muss mit dem Erstattungsantrag eingereicht werden.
- **Kardiale und pulmonale Rehabilitation** ist nur für ambulante Rehabilitationsprogramme und kardiale Rehabilitation der Phase III für eine lebenslange, zu Hause oder in medizinisch überwachten Einrichtungen durchgeführte Aufrechterhaltung gedeckt.
- **Schädel-orthostatische Vorrichtungen** für die Behandlung von nicht synostischer, positionaler Plagiozephalie sind ausgeschlossen.
- **Zahnärztliche Versorgung und dentale Röntgenaufnahmen** sind nur für medizinisch notwendige Behandlungen gedeckt.
- **Dentale Anästhesie und Einrichtungsgebühren** sind nur gedeckt, wenn sie das Leben eines Patienten schützen.
- **Brillen oder Kontaktlinsen** sind nur unter eingeschränkten Umständen wie z.B. bei Hornhautentfernung gedeckt.
- **Lebensmittel, Lebensmittelersatz oder -zusätze oder Vitamine** sind außerhalb von Krankenhäusern nicht gedeckt.
- **Genetische Tests** sind nur unter bestimmten Umständen gedeckt.
- **Heim- und Hospizpflege** ist in Übersee nicht verfügbar.
- **Intelligenztests** sind nur gedeckt, wenn sie für die Diagnose oder Behandlungsplanung gedeckter psychiatrischer Erkrankungen notwendig sind.
- **Infertilitätstest und Behandlungen** des zugrundeliegenden physischen Zustands, bei dem Unfruchtbarkeit ein Symptom ist. Nicht koitale reproduktive Techniken wie künstliche Befruchtung, In-Vitro-Fertilisation und intratubarer Gametentransfer sind nicht gedeckt.
- **Ehetherapie und/oder Paarberatung** müssen speziell genehmigt werden und müssen eine zahlbare DSM-IV-Primärdiagnose aufweisen; zudem muss die Ehe- oder Paartherapie medizinisch erforderlich sein.
- **Ein Einzelzimmer im Krankenhaus** ist nur dann gedeckt, wenn es aus medizinischen Gründen angeordnet wird oder ein 2-Bettzimmer nicht verfügbar ist. Das Krankenhaus kann dem Patienten die zusätzlichen Kosten in Rechnung stellen, wenn der Patient ein Einzelzimmer verlangt.
- **Fachpflege in einem Pflegeheim** ist in Übersee nicht verfügbar.
- **Gewichtsabnahme** ist nur gedeckt, wenn psychiatrische oder psychologische Untersuchungen durchgeführt werden, um die Eignung für zahlbare Magenoperationen zu prüfen.

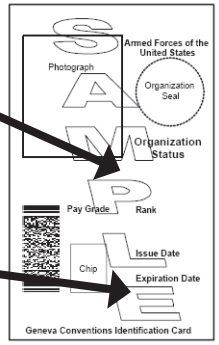
Die Common Access Card

Angehörige des Militärs, Zivilisten des Department of Defense, bestimmte Vertragsnehmer und bestimmte Personen, die nicht Angehörige des US-Militärs sind, haben möglicherweise eine solche Karte.

Uniformed Services (Army, Navy, Air Force, Marine Corps)

- Die Organisation weist auf die Truppengattung hin. Der Status kann Active oder Reserve Component sein. Aktive Mitglieder einer Truppengattung sind TRICARE–anspruchsberechtigt. Reservisten sind möglicherweise nicht zu einer TRICARE–Deckung berechtigt.
- Überprüfen Sie das Ablaufdatum um sicherzustellen, dass der Ausweis noch gültig ist.





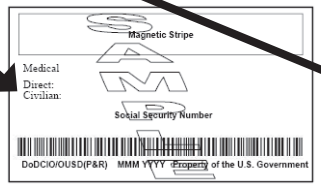
Was bedeutet das für Sie?

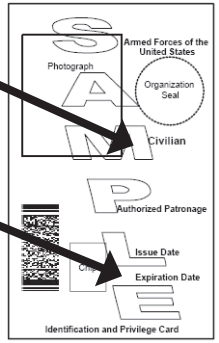
Active Duty Service Members sind TRICARE Prime-Mitglieder. Diese müssen eine Genehmigung einholen, bevor sie Leistungen von Providern des Gastgeberlandes in Anspruch nehmen, da andernfalls ihre Ansprüche abgelehnt werden können.

Reservisten sind nur TRICARE–anspruchsberechtigt, wenn sie mehr als dreißig Tage im aktiven Dienst oder in TRICARE Reserve Select registriert sind. Wenn diese Personen mehr als 30 Tage im aktiven Dienst sind, haben sie einen militärischen Befehlsnachweis, auf dem dies verzeichnet ist. Sie können verlangen, dass Ihnen dieser Nachweis vorgelegt wird, und können eine Kopie für Ihre Unterlagen erstellen. Wenn diese Personen in TRICARE Reserve Select registriert sind, haben sie eine entsprechende TRICARE Reserve Select-Registrierungskarte. Wenden Sie sich an Ihr zuständiges TRICARE Service Center, wenn Sie bei der Überprüfung der Berechtigung Hilfe benötigen.

Zivilisten und ausländische Staatsangehörige

- US–amerikanische Zivilisten haben einen weißen Ausweis, Vertragsnehmer einen Ausweis mit grünem und ausländische (nicht US–) Staatsangehörige einen Ausweis mit rotem Streifen.
- Überprüfen Sie das Ablaufdatum, um die Gültigkeit sicherzustellen.
- Die TRICARE–Anspruchs-berechtigung wird mit einem Yes (Ja) hinter dem Wort Civilian (zivil) angezeigt. Wenn auf der Ausweiskarte No (Nein) angegeben ist, hat der Patient möglicherweise eine andere Karte, auf der seine Berechtigung angegeben ist (siehe unten).





Was bedeutet das für Sie?

US–Zivilbeschäftigte, Vertragsnehmer und ausländische (nicht US–) Staatsangehörige sind nicht TRICARE-versichert, z. B. als ehemalige Militärangehörige im Ruhestand oder als Familienmitglieder. Wenn der Patient angibt, berechtigt zu sein, dies aber nicht auf seiner Common Access Card mit einem Yes (Ja) hinter dem Wort Civilian (zivil) angezeigt wird, fordern Sie den Patienten auf, seine Uniformed Services Identification Card (siehe nächste Seite) vorzulegen, auf der seine Berechtigung angegeben ist.

Behandlung von TRICARE–Patienten

Wie Patienten an Sie überwiesen werden

Die meisten TRICARE–Anspruchsberechtigten in Europa sind Mitglieder von TRICARE Prime. Daher beginnt ein Besuch bei einem Provider des Gastgeberlandes typischerweise mit einer Überweisung des Primary Care Managers der lokalen Military Treatment Facility des Patienten.

Wenn die erforderliche Leistung in der Military Treatment Facility nicht möglich ist, hilft ein Health Care Finder im lokalen TRICARE Service Center den Patienten, einen geeigneten Provider des Gastgeberlandes zu finden. Dabei wird nach Möglichkeit das Preferred Provider Network verwendet. Üblicherweise vereinbart der Health Care Finder den Termin und gibt dem Patienten die Kontaktinformationen, die Wegbeschreibung, ein ausgefülltes Antragsformular und alle erforderliche medizinische Dokumentation oder Leistungsgenehmigungen mit.

Nicht alle TRICARE–Anspruchsberechtigten benötigen eine Überweisung oder eine Leistungsgenehmigung von einer Military Treatment Facility. Für Patienten mit TRICARE Standard ist für die meisten Arten von Behandlungen im Gastgeberland keine vorhergehende Genehmigung erforderlich. Mitglieder von TRICARE Prime können ebenfalls Gesundheitsleistungen von Providern des Gastgeberlandes in Anspruch nehmen, ohne dass eine vorhergehende Genehmigung eingeholt wird. Allerdings müssen solche Patienten dann möglicherweise einen erheblichen Anteil der Kosten in der Form von Point of Service–Gebühren selbst tragen.

Außerdem können auch andere Mitglieder der US-Militärgemeinde, die nicht TRICARE-anspruchsberechtigt sind, medizinische Leistungen von Ihnen entweder von sich aus oder auf Empfehlung der Military Treatment Facility vor Ort in Anspruch nehmen. Diese Patienten sind für die Kosten der gesamten Behandlung selbst verantwortlich.

Identifizieren von TRICARE–Patienten und deren Versicherungsdeckung

Da es im US-Militär verschiedene Typen von Patienten gibt, die möglicherweise medizinische Leistungen von Ihnen in Anspruch nehmen möchten, ist es äußerst wichtig, dass Sie den Patienten und seinen TRICARE-Status identifizieren können. **Denken Sie daran: Nicht alle US–amerikanischen Patienten sind TRICARE-Patienten.**

TRICARE–Patienten, die Sie um medizinische Behandlungen ersuchen, können auf verschiedene Arten nachweisen, dass sie TRICARE-anspruchsberechtigt sind: Sie haben einen Ausweis des US-Militärs (U.S. Military Identification Card) oder eine schriftliche Bestätigung der Military Treatment Facility.

- Im Allgemeinen haben Kinder unter zehn Jahren keinen eigenen Militärausweis. Ein gültiger Ausweis eines Elternteils gilt als ausreichend.
- TRICARE Prime Enrollment Cards sind nur gültig, wenn sie zusammen mit einem gültigen Militärausweis vorgelegt werden.
- Wenn Sie bei einem einzelnen Patienten unsicher sind oder Bedenken haben, können Sie sich an Ihr zuständiges TRICARE Service Center wenden.
- Provider sind autorisiert und gehalten, beide Seiten des Militärausweises eines Patienten zu fotokopieren.

Ausschlüsse

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind unter keinen Umständen gedeckt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges TRICARE Service Center:

- Akupunktur
- Künstliche Befruchtung
- Autopsien oder Obduktionen
- Verhütungsmittel (rezeptfrei)
- Campaufenthalte (z. B für Diabetiker oder Übergewichtige)
- Pflege oder Material, das von einem Mitglied der unmittelbaren Familie bereitgestellt oder verschrieben wird
- Pflege, die nicht medizinisch notwendig ist
- Kosten für medizinische Untersuchungen, die für die Einreise, Reisepässe oder andere gesetzliche Dokumentation erforderlich sind
- Einweisungen zur Diagnose
- Experimentelle oder nicht bewährte Verfahren und Methoden
- Kosten für das Kopieren von Patientenunterlagen
- Fußpflege (routinemäßig)
- Laser- /LASIK- /Refraktionshornhautoperationen
- Lernbehinderungen
- Megavitamin- und orthomolekulare psychiatrische Therapie
- Bewusstseinserweiternde und elektive Psychotherapie
- Naturheilkunde
- Psychiatrische Behandlung für funktionelle Sexualstörungen
- Geschlechtsumwandlungen oder Behandlungen wegen sexueller Funktionsstörung
- Telefonische Beratung
- Begleitpersonen bei einem stationären Aufenthalt
- Chiropraktische Behandlung
- Portogebühren

Das Preferred Provider Network

Was ist ein Preferred Provider?

Ein TRICARE Preferred Provider ist ein Provider, der eine formale Vereinbarung mit dem Kommandeur der lokalen U.S. Military Treatment Facility zur Bereitstellung medizinischer Versorgung oder Leistungen für Mitglieder der US-Militärgemeinde trifft. Bei den Preferred Providern kann es sich um Einzelpersonen, Gemeinschaftspraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Anbieter von medizinischen Hilfsmitteln bzw. Geräten oder um andere Einrichtungen handeln.

Vorteile des Preferred Provider Network

Das Preferred Provider Network bietet Providern des Gastgeberlandes und der US-Militärgemeinde Vorteile. Wenn Angehörige der US-Militärgemeinde medizinische Leistungen im Gastgeberland benötigen, werden sie an Preferred Provider überwiesen, wann immer dies möglich ist. Zusätzlich hat jede Military Treatment Facility einen Network Coordinator, der Preferred Providern Informationen, Unterstützung und Hilfe bereitstellt.

Im Gegenzug bieten Preferred Provider US-Patienten eine Reihe von Vorzügen:

- Da die beruflichen Unterlagen des Providers überprüft wurden, können Patienten zuversichtlich sein, dass sie Gesundheitsfürsorge hoher Qualität erhalten.
- Provider können mit den Patienten direkt oder indirekt auf Englisch kommunizieren.
- Sie erhalten Unterstützung beim Einreichen von Ansprüchen.

Beitritt zum Preferred Provider Network

Um dem Preferred Provider Network beizutreten, wenden Sie sich an den zuständigen Network Coordinator, dessen Nummer Sie auf der Rückseite dieses Dokuments finden. Der Network Coordinator gibt Ihnen alle Informationen, die Sie benötigen, sowie ein Memorandum of Agreement zwischen Ihnen und dem Kommandeur der Military Treatment Facility. Wenn Sie diese Vereinbarung überprüft und die erforderlichen Informationen einschließlich Ihrer beruflichen Qualifikationsnachweise bereitgestellt und beide Parteien das Memorandum unterzeichnet haben, sind Sie Teil des Netzwerks.

Verpflichtungen des Preferred Providers

Eine detaillierte Liste der Verpflichtungen finden Sie im Preferred Provider Network Memorandum of Agreement. Einige der Schlüsselrollen der Preferred Provider sind:

- Keine Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Rasse, Hautfarbe, Glaube oder Religion.
- Fähigkeit, direkt oder indirekt mit Patienten auf Englisch zu kommunizieren.

- Identifikation von und Hilfe für TRICARE-Patienten im Falle eines medizinischen Notfalls, die medizinische Notversorgung und bei ordnungsgemäß genehmigter Routine- und fachärztlicher Sonderversorgung erfordern.
- Führen von Patientenakten für TRICARE-Berechtigte und wenn möglich Bereitstellen von Zusammenfassungen dieser Unterlagen in englischer Sprache, damit diese in den Patientenunterlagen im Military Treatment Facility eingegeben werden können.
- Erstellen von Rechnungen und Mithilfe bei dem ordnungsgemäßen Einreichen von Ansprüchen für die Berechtigten.

Provider-Datei auf dem neuesten Stand halten

Eine der grundlegenden Verpflichtungen eines Preferred Providers ist es sicherzustellen, dass die vom Network Coordinator geführte Datei auf dem neuesten Stand und korrekt ist. Eine jährliche Überprüfung durch beide Parteien kann Unklarheiten oder Problemen für alle Beteiligten vorbeugen. Hier einige Ereignisse, die eine Aktualisierung Ihrer Datei erfordern:

- Die Anschrift, an der Sie die Leistungen erbringen, ändert sich.
- Ihre Rechnungsadresse oder andere Rechnungsinformationen ändern sich.
- Ihre Telefon-, Fax- oder andere Kontaktinformationen ändern sich.
- Ihre Öffnungszeiten ändern sich.
- Ihre beruflichen Qualifikationsnachweise ändern sich oder werden erneuert.

Qualitätsaufsicht

Das Gesundheitssystem des US-Militärs hat gegenüber seinen Berechtigten die Verpflichtung, die möglichst sicherste medizinische Behandlung von höchster Qualität bereitzustellen. Der TRICARE Europe Quality Management Plan wurde aufgestellt, um diese Verpflichtung zu erfüllen, und die Überweisung an Preferred Provider ist ein Schlüsselfaktor für den Erfolg des Plans. Da die Preferred Provider ihre Unterlagen zur beruflichen Qualifikation als Teil des Memorandum of Agreement vorlegen, haben die Verantwortlichen des Gesundheitssystems des US-Militärs die grundlegende Gewissheit, dass sie Patienten zu gut ausgebildeten, qualifizierten Providern überweisen.

Zusätzlich wurde ein Expertenbegutachtungssystem des Gastgeberlandes eingerichtet, um eine periodische Überprüfung der Patientenunterlagen der TRICARE-Anspruchsberechtigten zu ermöglichen. Die Überprüfungen bzw. Begutachtungen werden, wenn immer möglich, von einem Arzt desselben Fachgebiets wie das des Providers des Gastgeberlandes durchgeführt. Sollten bei diesen Begutachtungen klinische Probleme aufgezeigt werden, nimmt das US-Militär Rücksprache mit den Preferred Providern.

Ein weiterer Aspekt des Qualitätsprogramms ist die Customer Comment Card. Patienten, die an Provider des Gastgeberlandes überwiesen wurden, haben die Möglichkeit, eine kurze Umfrage darüber auszufüllen, wie zufrieden sie mit der Erfahrung waren. Die Ergebnisse dieser Umfragen können den Preferred Providern von Zeit zu Zeit mitgeteilt werden.