

Foreign Medical Program Claim instructions

Submitting for reimbursement from service-connected disabilities treatment

These instructions are to help you file for your reimbursement for medical services rendered by a foreign medical provider.

Page 2 is a German letter on how they can properly submit the claim. Page 6 and 7 is the official German explanation from the FMP program.

Follow these instructions:

1. On Page 2, of this document, fill out the red highlighted items.
 - a. Please change the font color back to black, when you are finished
 - b. Sign it and date it
 - c. Print
 2. On page 3, fill in the blocks
 - a. You can leave out VA Claim File number (its, usually, your SSN)
 - b. In Section III: SIGN AND DATE!
 - c. In Section III: Check the Provider Box (Payment sent to?)
 - d. Print
 3. On Page 4,
 - a. Fill out Name
 - b. Fill out SSN
 - i. If this is for medical services rendered, have the provider fill out the bottom signature blocks, with address etc..
 - ii. If you want to submit your own receipts, you have to fill out the bottom signature blocks, with address etc.
 - c. Print
 4. On Page 5,
 - a. Print
-
- A. Make a copy of your Service Connected Award letter – FROM THE FOREIGN MEDICAL PROGRAM, not from the VA
 - B. Make sure you have filled out pages 2 thru 5 and have them printed.
 - C. Print out pages 6 , 7, and 8
 - D. Take these documents and present them to your provider.
 - a. Show the provider your Award letter, preferably give him a COPY.
 - b. Show him the Service Related conditions covered
 - c. The provider must connect the specified SC condition to the treatment, on their statement

For any other questions, please feel free to contact your Service Officer

NAME:
Address:
City, State, Zip:
Tel:
E-Mail:
(Birthday)Geboren am:

Veterans Administrations Rechnungsstellung

Sehr geehrter behandelnder Arzt,

bitte übersenden Sie alle Rechnungen für anfallende Kosten des oben genannten Patienten an die Fax-Nr.: 001 303 331 7807 oder Email-Adresse: hac.fmp@va.gov. Fügen Sie bitte hierzu die beiden folgenden PDF Formulare (ausgefüllt in deutscher oder englischer Sprache) Ihrem Schreiben an:

1. Formular: CLAIM COVER SHEET (Seite 2)

Dieses Formular ist bereits vollständig vorausgefüllt.

2. Formular: STATEMENT IN SUPPORT OF CLAIM (Seite 3 und 4)

- Behandlungsursache: z.B. Hörverlust / Hörgerät
- Diagnose im Zusammenhang mit „Service-Connected Condition“ (z.B. „bilat hearing loss“)
- Erbrachte Leistungen (detaillierte Auflistung, ggf. Kopien von ausgestellten Rezepten)
- Ihre postalischen Daten
- Ihre Kostenaufstellung / Rechnung

Die Behandlungskosten werden 100% vom „Foreign Medical Program“ per Scheck beglichen (solange sie vom Militärdienst verursacht wurden) und postalisch zugestellt. Alle vom Militärdienst verursachten Symptome wurden dem Patienten in einem Schreiben übermittelt und muss Ihnen zum Abgleich vorgelegt werden. Die Übermittlung der Rechnung per Fax gewährleistet eine schnellere Bearbeitung. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer beträgt ca. 35 bis 40 Tage.

Bei eventuell anfallenden Rückfragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung. Für Ihre Bemühungen bedanke ich mich bei Ihnen bereits vorab und verbleibe...

Mit freundlichen Grüßen

Signature

Your Full Name

 **Department of Veterans Affairs** **Foreign Medical Program (FMP) Claim Cover Sheet**

Foreign Medical Program
PO Box 469061, Denver, CO 80246-9061 USA
Telephone number: 1-303-331-7590 | Fax number: 1-303-331-7803 | Email: hac.fmp@va.gov
Website: <http://www.va.gov/purchasedcare/programs/veterans/fmp/>

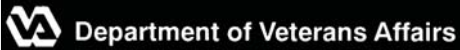
Instructions:
Using this form: Use this form to obtain reimbursement for medical services outside the United States. Attach itemized invoices or receipts.
Payments: Payment is based on the exchange rate on the date service was rendered.
Other Health Insurance (OHI): If other health insurance exists, attach the Explanation of Benefits (EOB) from the other health insurance company and an itemized billing statement. Dates of service and provider charges on the EOB must match billing statements.
Translation service: We will translate your claim.
Timely filing requirement: Claims must be received no later than two years from the date of service, or in case of inpatient care, within two years from the date of discharge.

Section I - Veteran Information (Please Print)

Veteran Last Name		Veteran First Name		MI
Social Security Number		VA Claim File Number	Date of Birth	
Physical Address (Residence)		Mailing Address		
Country	Country			
Telephone Number		Email Address		

Section II - Diagnosis or Nature of Illness or Injury **Section III - Claimant Certification**

<p>All claim forms must be accompanied by the provider's itemized billing statement(s) which must include the following information:</p> <p>Provider Information:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Full name and medical title 2.) Office address 3.) Office telephone number 4.) Billing address if different from office address <p>Claim Information - Diagnoses treated:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Narrative description of each service and/or drug 2.) Each service's billed charge 3.) Date(s) of service 	<p>Federal law provides criminal penalties, including a fine and/or imprisonment, for any materially false, fictitious, or fraudulent statement or representation (See 18 U.S.C. 287 and 1001).</p>				
	<table border="1"> <tr> <td>Veteran Signature (Required)</td> <td>Date (Required)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Veteran Signature (Required)	Date (Required)		
	Veteran Signature (Required)	Date (Required)			
	<p><i>I certify that the above information and attachments are correct and represent actual services, dates, and fees charged.</i></p>				
<p><i>Attach a receipt of payment for each itemized billing statement (s) to process reimbursement and send payment to the Veteran or Provider.</i></p>					
<p>Payment to be sent to? <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Provider (check one box)</p>					



STATEMENT IN SUPPORT OF CLAIM

PRIVACY ACT INFORMATION: The VA will not disclose information collected on this form to any source other than what has been authorized under the Privacy Act of 1974 or Title 38, Code of Federal Regulations 1.576 for routine uses (i.e., civil or criminal law enforcement, congressional communications, epidemiological or research studies, the collection of money owed to the United States, litigation in which the United States is a party or has an interest, the administration of VA Programs and delivery of VA benefits, verification of identity and status, and personnel administration) as identified in the VA system of records, 58VA21/22/28, Compensation, Pension, Education, and Vocational Rehabilitation and Employment Records - VA, published in the Federal Register. Your obligation to respond is required to obtain or retain benefits. VA uses your SSN to identify your claim file. Providing your SSN will help ensure that your records are properly associated with your claim file. Giving us your SSN account information is voluntary. Refusal to provide your SSN by itself will not result in the denial of benefits. The VA will not deny an individual benefits for refusing to provide his or her SSN unless the disclosure of the SSN is required by Federal Statute of law in effect prior to January 1, 1975, and still in effect. The requested information is considered relevant and necessary to determine maximum benefits under the law. The responses you submit are considered confidential (38 U.S.C. 5701). Information submitted is subject to verification through computer matching programs with other agencies.

RESPONDENT BURDEN: We need this information to obtain evidence in support of your claim for benefits (38 U.S.C. 501(a) and (b)). Title 38, United States Code, allows us to ask for this information. We estimate that you will need an average of 15 minutes to review the instructions, find the information, and complete this form. VA cannot conduct or sponsor a collection of information unless a valid OMB control number is displayed. You are not required to respond to a collection of information if this number is not displayed. Valid OMB control numbers can be located on the OMB Internet Page at www.reginfo.gov/public/do/PRAMain. If desired, you can call 1-800-827-1000 to get information on where to send comments or suggestions about this form.

FIRST NAME - MIDDLE NAME - LAST NAME OF VETERAN (*Type or print*)

SOCIAL SECURITY NO.

VA FILE NO.

C/CSS -

The following statement is made in connection with a claim for benefits in the case of the above-named veteran:

I CERTIFY THAT the statements on this form are true and correct to the best of my knowledge and belief.

SIGNATURE

DATE SIGNED

ADDRESS

TELEPHONE NUMBERS (*Include Area Code*)

DAYTIME

EVENING

PENALTY: The law provides severe penalties which include fine or imprisonment, or both, for the willful submission of any statement or evidence of a material fact, knowing it to be false.

The following statement is made in connection with a claim for benefits in the case of the above-named veteran:



Informationsblatt 04-20: Foreign Medical Program (FMP, Auslandskrankenversicherung) – Information für Erbringer von ambulanten Leistungen und Verwaltungsmitarbeiter

Worum handelt es sich beim Foreign Medical Program (FMP)?

Das FMP ist ein Programm für Gesundheitsfürsorgeleistungen des US-Amerikanischen Ministeriums für die Angelegenheiten der Veteranen (Department of Veterans Affairs) (VA) für Gesundheitsfürsorge für US-Veteranen mit vom VA anerkannten mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlichen Schädigungen, die im Ausland leben oder dorthin reisen. Im Rahmen des Foreign Medical Programs übernimmt das US-Amerikanische Ministerium für die Angelegenheiten der Veteranen (Department of Veterans Affairs) (VA) die Zahlungsverantwortung für bestimmte Gesundheitsleistungen, die für die Behandlung einer mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlichen Schädigung oder irgendeiner Beeinträchtigung, die damit in Verbindung steht und als erschwerend für eine mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlichen Schädigung angesehen wird.

Die Leitung des Programms liegt beim VA Chief Business Office Purchased Care (CBOPC) in Denver, Colorado, USA. Das CBOPC trägt die Verantwortung für alle Aspekte des Programms einschließlich der Registrierung der Veteranen, der Prüfung der Berechtigung und der Genehmigung aller Leistungen, ebenso wie der Bearbeitung und Bezahlung der Ansprüche. Alle Ansprüche aus dem Foreign Medical Program und Anfragen sollten direkt an das CBOPC gerichtet werden.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen FMP und CHAMPUS/TRICARE?

Es gibt keinen Zusammenhang mit CHAMPUS/TRICARE.

Gibt es einen Vertrag oder eine Vereinbarung, die ich unterzeichnen muss, um das FMP anzuerkennen oder daran teilzunehmen?

Nein, beim FMP gibt es keinen Vertrag für die (Leistungs-)Erbringer.

Wie weiß ich, dass jemand dazu berechtigt ist, dass FMP in Anspruch zu nehmen?

Die Veteranen werden ein FMP-Leistungsbewilligungsschreiben haben, welches die gesundheitlichen Schädigungen skizziert, die enthalten sind.

Benötige ich eine Genehmigung für eine Überweisung zu Spezialisten oder für Untersuchungen und Diagnosen?

Es sind keine Genehmigungen erforderlich für Überweisungen für Untersuchungen in Verbindung mit der Behandlung von mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlichen Schädigungen.

Welche Art und Weise von Fallmanagement und Anwendungsprüfung wird durchgeführt?

Versicherungsansprüche werden dahingehend geprüft, ob die zur Verfügung gestellte Behandlung sich auf die mit dem Einsatz in Verbindung stehende gesundheitliche Schädigung bezieht. Die klinischen Maßnahmen können Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie; häusliche Pflege; Maßnahmen für die psychische Verfassung bzw. gegen Drogenprobleme; langlebige medizinische Ausrüstung und stationäre Pflegeleistungen und Rehabilitation durch Fachpersonal umfassen.

Welche Art der Medikation ist innerhalb des FMP's abgedeckt?

Die Medikation verschreibungspflichtiger und rezeptfreier Medikamente ist abgedeckt, wenn das Arzneimittel für die Behandlung einer mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlicher Schädigung geeignet ist oder für jegliche Beeinträchtigung, die damit in Verbindung gebracht wird und von der angenommen wird, dass sie die mit dem Einsatz verbundene gesundheitliche Schädigung verschlimmert und die Medikation dagegen verschrieben wird. Alle Medikamente müssen durch die U.S. Food and Drug Administration (FDA) genehmigt sein.

Wenn Sie unsicher sind, ob eine Medikation von der FDA zugelassen ist, dann können Sie dies auf der Drugs@FDA (Medikamente bei der FDA) Webseite unter <http://www.fda.gov> nachprüfen oder sich an das FMP für eine Klärung wenden. Um festzustellen, ob eine Medikation im Rahmen des FMP abgedeckt ist, müssten Sie den Namen des Medikaments, die Beeinträchtigung für welche sie verschrieben wird und die Dosierung und Anwendung einreichen.

Medikamente, die in den USA gekauft werden und ins Ausland versendet oder verschickt werden sind *nicht* abgedeckt.

Wie wird ein Anspruch bezahlt?

Wenn Sie einen Anspruch einsenden, dann senden Sie die folgenden Informationen und Dokumentation an die unten aufgeführte Adresse:

- VA Formblatt 10-7959f-2, *Deckblatt für den FMP Anspruch (FMP Claim Cover Sheet)*
- Den vollständigen Namen des Patienten, die Postadresse, die U.S. Social Security number (US Sozialversicherungsnummer) und das Veteran Affairs Aktenzeichen (VA File Number)
- Der vollständige Titel des Leistungserbringers, medizinischer Titel bzw. Doktorgrad, Firmenadresse und Telefon-Nummer und Rechnungsadresse, wenn sich diese von der Firmenadresse unterscheidet
- Behandelte Diagnose
- Berichtende Beschreibung der zur Verfügung gestellten Leistungen
- Berechnete(s) Honorar(e) und Datum jeder Leistung

Kann der Veteran auch eine Other Health Insurance (OHI, Sonstige Krankenversicherung) nutzen?

In den meisten Fällen ist das FMP der hauptsächlich Zahlungspflichtige für jegliche mit dem Einsatz in Verbindung stehende gesundheitliche Schädigung oder für jegliche Beeinträchtigung, die damit in Verbindung gebracht wird und von der angenommen wird, dass sie die mit dem Einsatz verbundene gesundheitliche Schädigung verschlimmert und für Veteranen, die an einem Reha-Programm gem. § 38 U.S. C Kapitel 31 teilnehmen. Wenn der Veteran über eine Other Health Insurance (OHI=Sonstige Krankenversicherung) verfügt, dann muss eine Erklärung derer Leistungen mit dem FMP Anspruch eingereicht werden, um die Abwägung der Zahlung der beim Veteranen verbleibenden Verpflichtungen abzuwägen. Das FMP wird erbrachte Leistungen nicht vergüten, wenn diese nicht in Verbindung mit der Behandlung einer vom VA anerkannten mit dem Einsatz in Verbindung stehenden gesundheitlichen Schädigung stehen.

Wie kann ich mehr Informationen erhalten?

- Per Post: Chief Business Office Purchased Care, Foreign Medical Program
PO Box 469061, Denver CO 80246-9061, Vereinigte Staaten von Amerika
- Per Telefon: 001-303-331-7590, Montag-Freitag von 08:05 Uhr bis 17:30 Uhr
Zeitzone: Eastern Standard Time
- Email: Folgen Sie den Hinweisen für die Übermittlung von E-Mails über IRIS
bei <https://iris.custhelp.com/app/ask>
- Webseite: <http://www.va.gov/purchasedcare/>