

## **Leistungsübersicht Tarif TAA/TAF, gültig ab 1.10.2009**

### **I. STATIONÄRER BEREICH**

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung in folgendem Umfang:

#### **1. Volle Kostendeckungsgarantie in Österreich und Europa**

Bei Aufenthalten in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die vollen Kosten ohne zeitliche Begrenzung übernommen und direkt mit dem Krankenhaus verrechnet.

#### **2. Kostendeckung in besonderen Fällen**

Ist eine stationäre Behandlung aufgrund des üblichen medizinisch anerkannten Standards in einem Krankenhaus gemäß Punkt 1. nicht möglich, werden die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus ohne zeitliche Begrenzung - unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers - weltweit übernommen.

#### **3. Kostendeckung in allen anderen Fällen**

Bei Aufenthalten in Krankenhäusern und Gebührenklassen, für die die Kostendeckung gemäß Punkt 1. oder 2. nicht zutrifft, beträgt der Kostenersatz pro Tag ohne zeitliche Begrenzung

bis EUR 108,00

#### **4. Begleitperson**

Bei nach diesem Tarif unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 12 Jahre werden für eine Begleitperson

a) wenn der Aufenthalt gemäß Punkt 1. oder 2. vergütet wird, die vollen Kosten übernommen,

b) wenn der Aufenthalt gemäß Punkt 3. vergütet wird, beträgt der Kostenersatz

pro Tag bis EUR 81,00

### **II. TAGESKLINISCHER BEREICH**

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Entbindungen, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden und einen stationären Aufenthalt nachweislich ersetzen, im folgenden Umfang:

#### **1. Volle Kostendeckungsgarantie**

Die Behandlungskosten werden in direkter Verrechnung voll übernommen, sofern mit dem behandelnden Arzt bzw. der Tagesklinik eine vertragliche Regelung getroffen wurde (siehe Liste der Tageskliniken).

## 2. Kostenersatz in allen anderen Fällen

Ist keine vertragliche Regelung getroffen, stehen für die genannten Behandlungen folgende Leistungen zur Verfügung:

a) Operationskosten je nach Art des chirurgischen Eingriffs gemäß Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis	EUR	238,00
Operationsgruppe II bis	EUR	439,00
Operationsgruppe III bis	EUR	713,00
Operationsgruppe IV bis	EUR	1.152,00
Operationsgruppe V bis	EUR	1.669,00
sowie zusätzlich pro Fall bis	EUR	104,00

Werden wegen des selben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß Operationsgruppenschema am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt insgesamt maximal das Doppelte des Satzes für die am höchsten eingestufte Operation.

b) Behandlungskosten für

÷ diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie

pro Fall bis	EUR	410,00
--------------	-----	--------

÷ interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie

pro Fall bis	EUR	820,00
--------------	-----	--------

c) Entbindungskosten einschließlich Honorar für Arzt und Hebamme anstelle aller anderen Leistungen

bis	EUR	1.879,00
-----	-----	----------

## III. AMBULANTER BEREICH

### A) Vergütet werden 80% der Kosten für medizinisch notwendige

1. a) ambulante ärztliche Behandlung (einschließlich Komplementärmedizin)
- b) ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe) ausgenommen Sehbehelfe
- c) ärztlich verordnete physiotherapeutische Heilbehandlung (Heilmittel), ärztlich verordnete Ergotherapie, Logopädie sowie Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal

insgesamt bis	EUR	4.100,00
---------------	-----	----------

pro Kalenderjahr.

Ist der unter 1. angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, stehen für weitere ambulante ärztliche Behandlung (1.a) folgende Leistungsbeträge zur Verfügung:

pro einfacher ärztlicher Ordination werden 80%  
bis **EUR 41,00**  
ersetzt,

pro einfacher fachärztlicher Ordination und pro ärztlichem Hausbesuch werden 80%  
bis **EUR 66,00**  
ersetzt.

Werden im Rahmen der Ordination darüber hinausgehende ambulante Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG) erbracht, werden die Kosten wie folgt vergütet:

bei einfacher ärztlicher Ordination 80%  
bis **EUR 82,00**

bei einfacher fachärztlicher Ordination und ärztlichem Hausbesuch 80%  
bis **EUR 131,00**

Ist der unter 1. angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, sind die Kosten weiterer ärztlich verordneter Hilfsmittel und physiotherapeutischer Heilbehandlung (1.b und c)

bis **EUR 820,00**  
selbst zu tragen. Danach erfolgt die Vergütung wieder zu 80% durch den Versicherer.

Ist der unter 1. angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, stehen für Hauskrankenpflege  
pro Tag bis **EUR 41,00**  
zur Verfügung.

2. ärztlich verordnete Arzneimittel. Erreicht - innerhalb eines Kalenderjahres - die Selbstbeteiligung von 20% den Betrag von **EUR 820,00**, so werden alle darüber hinausgehenden Kosten zu 100% vergütet.

3. Sehbehelfe

für Brillen bis **EUR 451,00**  
davon für Brillenfassung bis **EUR 123,00**  
für Brillengläser bis **EUR 328,00**  
oder Kontaktlinsen bis **EUR 451,00**

pro zwei Kalenderjahre.

4. ärztlich verordnete Kieferregulierungen bis  
**EUR 492,00**  
pro Kalenderjahr.

5. Zahnbehandlung einschließlich Zahnröntgen und Zahnersatz  
bis **EUR 1.230,00**

pro Kalenderjahr. Ist dieser Jahreshöchstbetrag erschöpft, stehen für weitere zahnärztliche Ordinationen

pro Kalenderquartal bis **EUR 164,00**  
zur Verfügung.

6. ärztlich verordnete psychotherapeutische Behandlungen - unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers -

bis **EUR 25,00**  
pro Sitzung.

## **B) Vergütet werden die vollen Kosten für medizinisch notwendige**

1. Dialyse in Vertragseinrichtungen,  
ansonsten bis **EUR 287,00**  
pro Behandlung.
2. Behandlungen im Rahmen der Mutterschaft sowie Leistungen des Mutter-Kind-Passes.

## **IV. HAUSENTBINDUNG**

Für eine Hausentbindung wird anstelle aller anderen Leistungen

ein Pauschale von **EUR 2.334,00**

zur Verfügung gestellt.

## **V. REHABILITATION**

Die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsbehandlung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen, unter Versicherungsschutz stehenden stationären Heilbehandlung steht, und in einer Vertragseinrichtung erfolgt, werden - unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers - zur Gänze übernommen und direkt mit der Vertragseinrichtung verrechnet.

Erfolgt die Rehabilitationsbehandlung nicht in einer Vertragseinrichtung, werden längstens für 90 Tage

pro Tag bis **EUR 195,00**

vergütet.

## **VI. KUR**

Für medizinisch notwendige Kuraufenthalte, die ärztlich verordnet sind und deren Kurmittel- und Aufenthaltskosten nachgewiesen werden, wird

ein Kurtaggeld von **EUR 34,00**

für längstens 28 Tage innerhalb von zwei Kalenderjahren bezahlt.

## **VII. KRANKENTRANSPORT**

a) Bei einem vom Versicherer organisierten medizinisch notwendigen Transport mittels Krankenwagens, Bahn oder Taxis erfolgt voller Kostenersatz,

ansonsten werden 80% bis **EUR 820,00**

pro Transport vergütet.

b) Die Kosten eines medizinisch notwendigen Transports mittels Hubschraubers werden

bis **EUR 4.100,00**

übernommen, wenn und soweit der Transport mit den unter a) angeführten Mitteln aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

## VIII. BERGUNGSKOSTEN

Bergungskosten werden bis **EUR 820,00**  
bei Einsatz eines Hubschraubers jedoch bis **EUR 1.640,00**  
je Fall ersetzt.

## IX. NOTTRANSPORT IN DIE HEIMAT UND ÜBERFÜHRUNG EINES VERSTORBENEN

### 1. Nottransport in die Heimat

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für Krankenrücktransporte wegen Krankheit oder Unfall in folgendem Umfang:

Vergütet werden die vollen Kosten

- ÷ eines medizinisch begründeten Krankentransports aus dem Ausland (Rückholung) in eine österreichische Krankenanstalt oder an den ständigen österreichischen Wohnsitz,
- ÷ der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person.

Die Rückholung muss durch Tyrol Air Ambulance organisiert werden, sonst werden

maximal **EUR 2.050,00**

vergütet.

- ÷ Tyrol Air Ambulance Ges.m.b.H.  
Innsbruck-Flughafen,  
6020 Innsbruck, Austria  
Telefon: +43 (512) 22 4 22  
Telefax: +43 (512) 28 88 88  
Telex: 534 314 TYJET A

### 2. Überführung eines Verstorbenen

Vergütet werden die vollen Kosten der standardmäßigen Überführung eines verstorbenen Versicherten an den österreichischen Heimatort.

Die Leistungen aus Punkt 1. und 2. werden nicht erbracht, wenn die Rückholung oder Überführung im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung steht, die Zweck des Auslandsaufenthaltes war.