

三星财产保险（中国）有限公司
住院费用医疗保险 2025A 版（互联网专属）
(注册号: C00004532512025041016863)

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同及其他投保人与保险人（见释义一）共同认可的书面或电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

第二条 投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立。本合同自保险人同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日期以保险单所载的日期为准。

第三条 凡投保时身体健康，年龄为0周岁（含出生满30日且已健康出院的婴儿，见释义二）至100周岁（含100周岁）的自然人，均可作为本合同的被保险人。除另有约定外，首次投保或非续保时，被保险人年龄须为0周岁（含出生满30日且已健康出院的婴儿）至80周岁（含80周岁）。

第四条 凡年满18周岁具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第五条 除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

等待期

第六条 投保人为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期（最长不超过90日），等待期由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。投保人为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害（见释义三）导致被保险人发生保险事故的无等待期。

在等待期内，被保险人非因意外伤害导致罹患本合同定义的恶性肿瘤（见释义四）、《临床急需进口药品及适用疾病清单》（见释义五）或《特定医疗器械及适用疾病清单》（见释义六）中适用疾病的，保险人不承担保险金赔偿责任，本合同终止，保险人向投保人无息退还所交纳的保险费。

在等待期内，被保险人非因意外伤害导致罹患本合同定义的恶性肿瘤、《临床急需进口药品及适用疾病清单》以及《特定医疗器械及适用疾病清单》中适用疾病以外的疾病，无论治疗该疾病所发生的费用是否发生在等待期内，保险人均不承担赔偿保险金的责任，但本合同继续有效。

保险责任

第七条 本合同的保障计划由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第八条 本合同的保险责任包含“住院医疗保险责任”、“外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”、“恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任”、“特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任”。其中，“住院医疗保险责任”、“质子重离子医疗保险责任”为必选责任，“外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任”、“恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任”、“特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任”为可选责任。保险双方约定投保人可在投保必选责任的基础上选择投保一项或多项可选责任，并载明于保险单上，但投保人不能仅投保可选责任。

（一）住院医疗保险责任（必选责任）

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后非因意外伤害导致罹患疾病，经医院（见释义七）专科医生（见释义八）诊断必须接受相关治疗的，保险人对被保险人由此在医院发生的以下必需且合理（见释义九）的医疗费用，在扣除本合同约定的住院医疗保险责任免赔额后，按照约定的住院医疗保险责任赔偿比例赔偿住院医疗保险金。

1. 住院医疗费用

被保险人在医院住院（见释义十）期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用（见释义十一）。其中，住院医疗费用项下护理费和护工费的日限额由投保人在投保时和保险人约定，并在保险单中载明。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在医院接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特殊门诊医疗费用，特殊门诊治疗包括：（1）门诊肾透析；（2）被保险人经医院专科医生初次确诊（见释义十二）恶性肿瘤发生的门诊治疗，包括化学疗法（见释义十三）、放射疗法（见释义十四）、肿瘤免疫疗法（见释义十五）、肿瘤内分泌疗法（见释义十六）、肿瘤靶向疗法（见释义十七）；（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人在医院接受门诊手术（见释义十八）治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的门诊手术医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人在医院住院治疗前（含住院当日）30日（含第30日）和出院后（含出院当日）30日内（含第30日），因与该次住院相同原因而在医院接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用（不包括本条上述约定的“特殊门诊医疗费用”和“门诊手术医疗费用”）。

截至本合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人因本次住院治疗在保险期间届满日起30日内（含第30日）支出的必需且合理的住院医疗费用，保险人继续按照本合同的约定在住院医疗保险责任保险金额内承担赔偿责任。

保险人对于上述1-4类医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的住院医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到住院医疗保险金额时，保险人对被保险人的住院医疗保险责任终止。

（二）外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任（可选责任）

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后非因意外伤害导致罹患疾病，经医院专科医生诊断必须在医院接受住院医疗保险责任项下1-4类费用对应治疗

的，保险人对被保险人在医院接受相应治疗期间在院外（见释义十九）购买的，同时满足以下条件的外购药品及外购医疗器械费用，在扣除本合同约定的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任免赔额后，按照约定的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任赔偿比例赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金。

赔偿外购药品及外购医疗器械费用须同时满足以下条件：

1. 该外购药品和外购医疗器械必须由医院专科医生开具处方（见释义二十），且为被保险人当前治疗所必需。其中处方必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症相符合，药品的通用名必须与医院专科医生开具的处方一致；
2. 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；
3. 外购药品须具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书，外购医疗器械须具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号，且在本合同约定的《外购药品及外购医疗器械清单》（见释义二十一）内；
4. 外购药品不包括《外购药品及外购医疗器械清单》外的营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
5. 外购药品不包括国家药品监督管理部门批准且已在中国境内上市的靶向药物（见释义二十二）和免疫治疗药物（见释义二十三）；
6. 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途的设备；
7. 购买外购药品及外购医疗器械的药店需取得国家药品经营许可证，且该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；
8. 对于《外购药品及外购医疗器械清单》中的部分药品（详见《特定外购药品清单》，见释义二十四），被保险人申请直付用药的，须在保险人的指定药店（见释义二十五）购药、且须符合本合同“第二十五条 外购药品直付用药流程”的约定。

对于不满足上述条件的外购药品及外购医疗器械费用，保险人不承担赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的责任。

保险人对于外购药品及外购医疗器械费用的累计赔偿金额以本合同约定的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额时，保险人对被保险人的外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险责任（必选责任）

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤，在医院经专科医生诊断必须接受相关质子重离子治疗的，保险人对被保险人在保险单上载明的质子重离子医院接受质子、重离子放射治疗（见释义二十六）期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的质子、重离子医疗费用（见释义二十七），按照本合同的约定赔偿质子重离子医疗保险金。

质子重离子医院由投保人在投保时和保险人约定，并在保险单上载明。保险人保留对质子重离子医院名单变更的权利。对于变更后的医院名单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

保险人对于质子、重离子医疗费用的累计赔偿金额以本合同约定的质子重离子医疗保
险金额为限,一次或累计赔偿的金额达到质子重离子医疗保险金额时,保险人对被保险人的
质子重离子医疗保险责任终止。

(四) 恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任(可选责任)

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后在医院经专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤且
必须接受相关治疗的,保险人对于被保险人因治疗该疾病所支出的、必需且合理的且同时满
足以下条件的院外特种药品(见释义二十八)费用,在扣除本合同约定的恶性肿瘤院外特种
药品费用医疗保险责任免赔额后,按照约定的恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任赔偿比
例赔偿恶性肿瘤院外特种药品费用保险金。

赔偿院外特种药品费用须同时满足以下条件:

1. 该特种药品须由医院专科医生开具处方,且为被保险人当前治疗必需。其中药品处方
须符合国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量,药品的
通用名必须与医院专科医生开具的处方一致;
2. 药品处方开具时该药品已由国家药品监督管理部门批准且已在中国境内(不包括港、
澳、台地区)上市;
3. 每次特种药品处方仅限治疗保险期间内且在等待期后初次确诊的恶性肿瘤;
4. 每次特种药品处方剂量不超过30日(含第30日);
5. 被保险人购买特种药品须在保险人的指定药店,且该特种药品须在本合同约定的《恶
性肿瘤院外特种药品清单》(见释义二十九)内;
6. 除本合同另有约定外,被保险人购买特种药品须符合本合同“第二十七条 恶性肿瘤
院外特种药品直付用药流程”的约定。

对于不满足上述条件的院外特种药品费用,保险人不承担赔偿恶性肿瘤院外特种药品
费用保险金的责任。

截至本合同保险期间届满日,若被保险人恶性肿瘤治疗仍未结束(由医院专科医生开具
处方需继续使用该特种药品)或者发生转移,且被保险人初次确诊恶性肿瘤后首次购买特种
药品的日期发生在本合同保险期间内的,对因本次治疗在保险期间届满之日起30日内(含
第30日)发生的、符合本合同约定的院外特种药品费用,保险人仍按照本合同保险责任的
约定在恶性肿瘤院外特种药品费用保险金额内承担赔偿责任。

保险人对于恶性肿瘤院外特种药品费用的累计赔偿金额以本合同约定的恶性肿瘤院外
特种药品费用保险金额为限,一次或累计赔偿的金额达到恶性肿瘤院外特种药品费用保险
金额时,保险人对被保险人在恶性肿瘤院外特种药品费用保险金项下的保险责任终止。

(五) 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任(可选责任)

特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任赔偿“临床急需进口药品费用”、
“特定医疗机构住院医疗费用”、“特定医疗器械费用”三类费用,其中“临床急需进口药
品费用”和“特定医疗机构住院医疗费用”合称“特定医疗机构治疗费用”。

1. 临床急需进口药品费用

在本合同保险期间内,被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患《临床急需进
口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病,对被保险人在特定医疗机构(见释义三

十) 治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的临床急需进口药品费用，保险人按本合同的约定进行赔偿。

赔偿临床急需进口药品费用须同时满足以下条件：

(1) 临床急需进口药品须由特定医疗机构专科医生开具处方，且为被保险人当前治疗必需且合理的药品；

(2) 该进口药品必需为《临床急需进口药品及适用疾病清单》中所列药品，且须符合《临床急需进口药品及适用疾病清单》中所列示的适用疾病；

(3) 每次临床急需进口药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(4) 被保险人购买处方中所列临床急需进口药品前，须按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见“第二十八条 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

对于不满足上述条件的临床急需进口药品费用，保险人不承担赔偿责任。

2. 特定医疗机构住院医疗费用

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，经特定医疗机构专科医生评估须使用临床急需进口药品的，对于被保险人因使用临床急需进口药品，在特定医疗机构实际发生的、必需且合理的住院医疗费用，保险人按本合同的约定进行赔偿。

被保险人在特定医疗机构住院前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见“第二十八条 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

3. 特定医疗器械费用

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患本合同约定的《特定医疗器械及适用疾病清单》中的一种或多种适用疾病，对被保险人治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的特定医疗器械（见释义三十一）费用，保险人按本合同的约定进行赔偿。

赔偿特定医疗器械费用须同时满足以下条件：

(1) 特定医疗器械须由医院专科医生建议，且为被保险人当前治疗必需且合理的器械；

(2) 该特定医疗器械必需为《特定医疗器械及适用疾病清单》中所列器械，且须符合《特定医疗器械及适用疾病清单》中所列示的厂商、适应症和适用疾病范围；

(3) 被保险人购买特定医疗器械前，须按保险人指定流程提交相应材料并通过审核，具体流程见“第二十八条 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”。

对于不满足上述条件的特定医疗器械费用，保险人不承担赔偿责任。

本项保险责任仅承担特定医疗器械本身的费用，不承担因使用特定医疗器械而产生的住院医疗费用。

保险人对于以上三类费用的累计赔偿金额以本合同约定的特定医疗机构治疗费用和特

定医疗器械费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额时，保险人对被保险人的特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任终止。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。

第十条 本合同住院医疗保险金额、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额、恶性肿瘤院外特种药品费用保险金额、特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金额及年度保险金额由投保人投保时和保险人约定，并在保险单中载明。保险人对被保险人在保险期间内的所有赔偿金额不超过年度保险金额。

免赔额

第十一条 本合同的免赔额均指年免赔额，被保险人已获得的医疗费用补偿（指除社会基本医疗保险（见释义三十二）、公费医疗（见释义三十三）、政府主办补充医疗（见释义三十四）和工伤保险以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿）可抵扣年免赔额。

本合同住院医疗保险责任的免赔额、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任的免赔额、恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任的免赔额由投保人在投保时和保险人约定，并在保险单中载明。

保险金计算方法

第十二条 对于被保险人实际支付的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，保险人按照以下约定计算应赔偿的保险金额：

本公司各项责任应赔偿的金额=（被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用金额-被保险人已通过社会基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和工伤保险获得的相应医疗费用补偿金额-免赔额（如有））×赔偿比例。

第十三条 本合同各项责任赔偿比例由投保人与保险人根据本合同所附《保障计划表》确定，并在保险单中载明。

补偿原则

第十四条 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗、工伤保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，保险人按照本合同的约定计算并进行赔偿的保险金金额最高不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除上述任何途径所获补偿后的余额。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

责任免除

第十五条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

（一）保险人与投保人约定并在保险单载明的既往症（见释义三十五）及除外疾病导致的相关费用；等待期内被保险人确诊的疾病以及由该疾病导致的相关医疗费用；

（二）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病（见释义三十六），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义三十七）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10，见释义三十八）为准）；

（三）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义三十九）期间引起的治疗（但由于职业原因或器官移植原因导致的不适用）；

（四）故意行为或违法犯罪行为：

1. 被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

2. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

3. 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁或服刑期间发生伤病；

4. 被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见释义四十），违反规定使用麻醉或精神药品；

5. 被保险人醉酒驾驶（见释义四十一）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义四十二）或驾驶无有效行驶证照（见释义四十三）的机动车（见释义四十四）导致交通意外引起的医疗费用；

（五）被保险人从事高风险运动（见释义四十五）或从事高风险职业（见释义四十六）导致的伤害引起的治疗；

（六）生育相关治疗：被保险人怀孕（含宫外孕）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、生育控制、绝育恢复手术、产前产后检查、非因意外导致的流产等，以及由上述原因引起的并发症；

（七）非因意外伤害导致的牙科治疗、任何原因导致的种植牙治疗、口腔科（牙科）保健（如洗牙、洁牙等）；

（八）非疾病治疗类项目：

1. 被保险人因预防、疗养、康复、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、安装假肢、非意外伤害所致的整容手术、变性手术、咨询类（见释义四十七）等非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

2. 被保险人接受预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）；

3. 被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等医疗鉴定所发生的费用；

（九）被保险人接受如下项目的治疗：

1. 皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；

- 2.雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；
 - 3.对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；
 - 4.除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；
 - 5.包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性早熟、发育迟缓治疗、性病、性功能障碍治疗；
 - 6.减肥、胃减容术（包括可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；
- （十）被保险人接受实验性或研究性治疗、使用未经过国家药品监督管理部门批准的疗法、药品或器械治疗及其产生的后果所导致的医疗费用；被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （十一）各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；
- （十二）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染；
- （十三）药品或医疗器械配送服务产生的费用（包括配送费用、平台服务费用等各类非药品及医疗器械费用）；
- （十四）不符合国家药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症或用法用量的特种药品费用；未遵守卫生健康管理部门的诊疗规范或未经国家药品监督管理部门审查批准或未按批准的适用范围使用的药品、治疗设备、医疗器械所产生的医疗费用；
- （十五）任何替代疗法（见释义四十八）或因医疗事故（见释义四十九）产生的费用。

第十六条 因以下任何情形而发生的医疗费用，保险人也不承担赔偿住院医疗保险金、外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的责任：

- （一）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其它人工器官材料费、安装和置换等费用，所有非处方医疗器械费用；
- （二）非医院药房购买的药品（外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金责任项下药品不受此限制）、医生开具的单次处方超过30天部分的药品，符合前述任何一项所发生的医疗费用；
- （三）未遵守国家卫生健康管理部门的诊疗规范，或未经国家药品监督管理部门审查批准或未按批准的适用范围使用的治疗设备、医疗器械所产生的医疗费用；
- （四）所有基因疗法（见释义五十）造成医疗费用。

第十七条 因以下任何情形而发生的恶性肿瘤院外特种药品费用，保险人也不承担赔偿恶性肿瘤院外特种药品费用保险金的责任：

- （一）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本合同定义的恶性肿瘤的治疗；
- （二）使用未获得国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品或药物；

- (三) 特种药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符;
- (四) 相关医学材料不能证明特种药品对被保险人所罹患的恶性肿瘤治疗有效;
- (五) 在中国大陆境外(见释义五十一)的国家或地区接受治疗;
- (六) 未经专科医生处方自行购买的药品或专科医生开具的单次处方超过30天部分的药品费用;
- (七) 被保险人接受未经国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的药品费用。

第十八条 因以下任何情形而发生的特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用，保险人也不承担赔偿特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金的责任：

- (一) 临床急需进口药品的开具与《临床急需进口药品及适用疾病清单》所列明的适用疾病不符;
- (二) 临床急需进口药品的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的用法用量不符;
- (三) 被保险人未在保险单载明的特定医疗机构接受治疗、购买临床急需进口药品而产生的特定医疗机构住院医疗费用、临床急需进口药品费用;
- (四) 未按本合同“第二十八条 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程”进行使用评估或经评估未审核通过;
- (五) 被保险人产生的除特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用以外的费用，如交通费、转诊费等;
- (六) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《临床急需进口药品及适用疾病清单》中的适用疾病;
- (七) 被保险人接受未经国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的药品费用;
- (八) 特定医疗器械的开具与《特定医疗器械及适用疾病清单》所列明的适应症、适用疾病不符;
- (九) 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《特定医疗器械及适用疾病清单》中的适用疾病。

健康管理服务

第十九条 保险期间内，保险人为被保险人提供健康管理服务。健康管理服务的具体内容、流程、标准、注意事项、可能发生的风险及指定服务机构等详见《健康服务手册》。随着保险人健康管理服务体系的完善，《健康服务手册》的内容有可能变更和扩展，保险人将在变更、扩展时在保险人官网披露。

保险期间

第二十条 本合同的保险期间由投保人在投保时与保险人约定，保险期间为1年（或不超过1年），并在保险单上载明。

犹豫期

第二十一条 除另有约定外，自本合同生效之日起15日（含第15日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。投保人在犹豫期后申请解除合同，保险人将向投保人退还本合同的现金价值（见释义五十二）。

不保证续保

第二十二条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为1年（或不超过1年）。保险期间届满或保险期间届满前30日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险金申请与赔偿

第二十三条 保险金申请人（见释义五十三）向保险人申请赔偿住院医疗保险金、质子重离子医疗保险金时，需要提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任：

- （一）理赔申请书；
- （二）保险金申请人的有效身份证件（见释义五十四）；
- （三）医院、质子重离子医院出具的完整病历资料（包括门诊病历、处方、住院病历或出院记录、疾病诊断证明书以及由医院、质子重离子医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告等）；
- （四）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- （五）若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；
- （六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- （七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由

其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

第二十四条 保险金申请人向保险人申请赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金时，需要提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任：

- (一) 理赔申请书；
- (二) 保险金申请人的有效身份证件；
- (三) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方、住院病历或出院记录、疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告等）；
- (四) 院外机构出具的医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- (五) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- (六) 若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；
- (七) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- (八) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

第二十五条 外购药品直付用药流程：如果被保险人根据医院专科医生开具的处方在保险人的指定药店购买《特定外购药品清单》中所列的药品并直付用药的，应由保险金申请人作为用药流程的申请人，在购买前联系保险人按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和直付用药：

(一) 购药申请

保险金申请人按照保险人的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生出具的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

(二) 药品处方审核

购药申请提交后，保险人将进行药品处方审核。对于药品处方审核中的特殊情况（见释

义五十五），保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

药品处方审核主要包括以下方面：

1. 药品处方真实性审核；
2. 处方用药是否必需且合理；
3. 根据经国家药品监督管理部门批准的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量审核药品处方；

药品处方由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

如果药品处方审核未通过，保险人不承担赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金责任。

（三）直付用药流程

药品处方审核通过后，保险金申请人应凭药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到保险人的指定药店购买药品。在指定药店，对于属于保险责任的部分药品费用，可由保险人与指定药店直接结算，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的或超出本合同约定保险金额部分的费用。

被保险人的药品费用由保险人的指定药店垫付的，保险金申请人应将申请和受领药品费用的权利转让给保险人的指定药店，由保险人与保险人的指定药店直接结算保险责任范围内的药品费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第二十六条 保险金申请人向保险人申请赔偿恶性肿瘤院外特种药品费用保险金时，需要提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任：

- （一）理赔申请书；
- （二）保险金申请人的有效身份证件；
- （三）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告等）；
- （四）由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- （五）由医院专科医生出具的用于治疗该恶性肿瘤的**特药院外购药证明**（见释义五十六）；
- （六）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；
- （七）若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的

赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得药品费用补偿的证明）；

（八）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（九）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

第二十七条 恶性肿瘤院外特种药品直付用药流程：如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在保险人的指定药店购买恶性肿瘤院外特种药品的，由保险金申请人作为用药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和直付用药：

（一）购药申请：

保险金申请人按照保险人的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生初次确诊被保险人罹患恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方、特药院外购药证明及其他所需要的医学材料。

（二）药品处方审核：

购药申请提交后，保险人将进行药品处方审核。对于药品处方审核中的特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

药品处方审核主要包括以下方面：

1. 药品处方真实性审核；
2. 处方用药是否必需且合理；
3. 根据经国家药品监督管理部门批准上市的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量审核药品处方；
4. 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的院外特种药品已经耐药（见释义五十七）。

药品处方由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

如果药品处方审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤院外特种药品费用保险金责任。

（三）直付用药流程：

药品处方审核通过后，保险金申请人应凭药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到保险人的指定药店购买特种药品。在部分指定药店，对于属于保险责任的部分特种药品费用，可由保险人与指定药店直接结算，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的或超出本合同约定保险金额部分的特种药品费用。

被保险人的恶性肿瘤院外特种药品费用由保险人的指定药店垫付的，保险金申请人应

将申请和受领恶性肿瘤院外特种药品费用保险金的权利转让给保险人的指定药店，由保险人与保险人的指定药店直接结算恶性肿瘤院外特种药品费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第二十八条 特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械使用评估及就医安排流程：

（一）特定医疗机构治疗（包含临床急需进口药品、特定医疗机构住院医疗）使用评估及就医安排流程

被保险人需按照以下流程进行临床急需进口药品、特定医疗机构住院医疗使用评估及就医安排：

1. 报案申请

保险金申请人向保险人提交报案申请，并提供下列证明和材料：

- ① 理赔申请书；
- ② 保险金申请人的有效身份证件；
- ③ 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- ④ 由医院专科医生出具的用于治疗该适用疾病的药品处方；
- ⑤ 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果保险金申请人未提交报案申请或被保险人未通过报案申请审核，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

保险人认为保险金申请人提供的证明和资料不完整的，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

2. 疾病诊断审核

收到保险金申请人的报案申请后，保险人将在三个工作日内协助保险金申请人联系特定医疗机构专科医生进行病情诊断，以确认被保险人申请药品的临床使用的必要性。诊疗方式包括但不限于和特定医疗机构专科医生远程视频或提交电子版书面材料。为充分评估患者疾病情况是否符合先行先试医疗自贸区相关医疗管理规定，特定医疗机构专科医生可能会要求保险金申请人补充必要的检查资料。

若特定医疗机构专科医生确认该药品临床使用的必要性，将向国家药品监督管理部门和卫生健康管理部门提出该治疗方案内涉及到的进口药品的进口使用申请，药品监督管理部门及卫生健康管理部门审批通过后，被保险人可至特定医疗机构就医治疗及使用临床急需进口药品。

如果经特定医疗机构病情诊断评估被保险人不适合该治疗方案，保险人不承担赔偿临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用的责任。

3. 就医安排

被保险人通过特定医疗机构病情诊断审核后，保险人将安排被保险人前往特定医疗机构使用临床急需进口药品及接受特定医疗机构住院医疗。

（二）特定医疗器械费用使用评估及就医安排流程

被保险人需按照以下流程进行特定医疗器械使用评估及就医安排：

1. 报案申请

保险金申请人向保险人提交报案申请，并提供下列证明和材料：

- ① 理赔申请书；
- ② 保险金申请人的有效身份证件；
- ③ 医院专科医生出具的被保险人的诊断证明以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- ④ 由医院专科医生出具的用于治疗该适用疾病的医疗器械处方；
- ⑤ 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如果保险金申请人未提交报案申请或被保险人未通过报案申请审核，保险人不承担赔偿特定医疗器械费用的责任。

保险人认为保险金申请人提供的证明和资料不完整的，将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

2. 特定医疗器械使用审核

收到保险金申请人的报案申请后，保险人将对被保险人的医疗器械处方及所申请的特定医疗器械是否符合《特定医疗器械及适用疾病清单》进行审核。

被保险人未通过特定医疗器械使用审核的，保险人不承担赔偿特定医疗器械费用的责任。

3. 就医安排

通过特定医疗器械使用审核后，保险人将安排被保险人前往医院使用保险金申请人所申请的特定医疗器械。

第二十九条 对于本合同特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险金责任范围内的临床急需进口药品费用、特定医疗机构住院医疗费用，均由保险人与特定医疗机构直接结算，被保险人无需支付。但被保险人应自行承担不属于保险责任范围内或超出本合同约定保险金额部分的费用。对于保险人已经与特定医疗机构结算的费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

保险金申请人申请赔偿本合同约定的特定医疗器械费用时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

（一）理赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检

查报告)；

(四)由医院专科医生出具的被保险人疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

(五)若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

(六)若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证(如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明)；

(七)保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(八)若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

上述材料已在报案申请环节提供的，保险金申请人不需要重复提供。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

第三十条 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效适用中华人民共和国(不包括港、澳、台地区)现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险人义务

第三十一条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第三十二条 保险人收到保险金申请人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在30日内作出核定。

保险人应当将核定结果在1个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起在1个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿保险金的数

额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第三十三条 投保人须按本合同约定支付保险费。本合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保险计划等因素确定。本合同保险计划、保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期支付保险费的，投保人应当在投保时交清首期保险费。如投保人未交清首期保费，保险合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。在交清首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义五十八）交纳其余各期对应月份的保险费。若投保人未按约定交纳其余各期对应月份的保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此30日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金，但需扣减欠交的保险费。

若投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）未补交保险费，本合同自上述期限届满之日的24时效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，经投保人申请并经保险人同意，同时在投保人补交保险费后，合同效力恢复。

第三十四条 订立本合同时，保险人会就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任，并不退还保险费。

如果投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担赔偿保险金的责任。

第三十五条 投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第三十六条 年龄的计算及年龄错误的处理：

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单

上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在赔偿保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿。

3、投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第三十七条 投保人、被保险人或受益人在知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，保险人接收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。

如果投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。如果投保人、被保险人或受益人未及时将保险事故通知保险人，而该保险事故的发生足以影响保险人决定是否同意投保人的重新投保申请的，保险人对重新投保生效后发生的任何保险事故不承担保险责任，但向投保人无息退还重新投保的保险费。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第三十八条 被保险人应在本合同约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在急诊就诊后的3日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医院。

争议处理和法律适用

第三十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

第四十条 如果被保险人发生保险事故，投保人和保险人均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

其他事项

第四十一条 在本合同保险期间内，经投保人与保险人协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本合同进行变更，视为投保人的书面申请，投保人向保险人在线提交的电子信息与投保人向保险人提交的书面文件具有

相同的法律效力。

第四十二条 本合同成立后将持续有效,直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

如投保人申请解除本合同,请填写解除合同申请书并向保险人提供投保人的有效身份证件。

保险责任开始前,投保人要求解除本合同的,保险人应当无息全额退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后,犹豫期内投保人要求解除本合同的,保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费;犹豫期后投保人要求解除本合同的,自保险人接到解除保险合同申请书之时起,本合同解除,保险人自收到解除保险合同申请之日起30日内向投保人退还本合同的现金价值。若本合同已发生保险金赔偿,现金价值为零。

释义

第四十三条 除另有约定外,本合同中的下列词语具有如下含义:

(一) 保险人

指与投保人签订本保险合同的三星财产保险(中国)有限公司及其分支机构。

(二) 周岁

指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄,自出生之日起为零周岁,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。

(三) 意外伤害

指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

(四) 恶性肿瘤

本合同定义的恶性肿瘤包含“恶性肿瘤——重度”、“恶性肿瘤——轻度”。

1. 恶性肿瘤——重度:指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位,病灶经组织病理学检查(见释义五十九)(涵盖骨髓病理学检查)结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织(WHO, World Health Organization)《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-0-3,见释义六十)的肿瘤形态学编码属于3、6、9(恶性肿瘤)范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”,不在保障范围内:

(1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于0(良性肿瘤)、1(动态未定性肿瘤)、2(原位癌和非侵袭性癌)范畴的疾病,如:

a. 原位癌,癌前病变,非浸润性癌,非侵袭性癌,肿瘤细胞未侵犯基底层,上皮内瘤变,细胞不典型性增生等;

b. 交界性肿瘤,交界恶性肿瘤,肿瘤低度恶性潜能,潜在低度恶性肿瘤等;

(2) TNM分期(见释义六十一)为I期或更轻分期的甲状腺癌;

- (3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌;
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别 (核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67 ≤2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 恶性肿瘤——轻度: 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散, 浸润和破坏周围正常组织, 可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位, 病灶经组织病理学检查 (涵盖骨髓病理学检查) 结果明确诊断, 临床诊断属于世界卫生组织 (WHO, World Health Organization) 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版 (ICD-10) 的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3) 的肿瘤形态学编码属于 3、6、9 (恶性肿瘤) 范畴, 但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一:

- (1) TNM 分期为 I 期的甲状腺癌;
- (2) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌;
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别 (核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67 ≤2%) 的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”, 不在保障范围内:

ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0 (良性肿瘤)、1 (动态未定性肿瘤)、2 (原位癌和非侵袭性癌) 范畴的疾病, 如:

- a. 原位癌, 癌前病变, 非浸润性癌, 非侵袭性癌, 肿瘤细胞未侵犯基底层, 上皮内瘤变, 细胞不典型性增生等;
- b. 交界性肿瘤, 交界恶性肿瘤, 肿瘤低度恶性潜能, 潜在低度恶性肿瘤等。

(五) 临床急需进口药品及适用疾病清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的临床急需进口药品与适用疾病清单。具体药品清单、适用疾病将载明于保险单, 保险人保留对清单中药品做出调整的权利, 对于调整后的药品清单, 保险人将会在官方渠道 (包括但不限于官网、官微) 公示。

(六) 特定医疗器械及适用疾病清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的特定医疗器械与对应适用疾病清单。具体特定医疗器械厂商、适用疾病、适应症将载明于保险单。保险人保留对清单中特定医疗器械做出调整的权利, 对于调整后的特定医疗器械清单, 保险人将在官方渠道 (包括但不限于官网、官微) 公示。

(七) 医院

指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的医院普通部, 但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或

保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留对医院名单变更的权利。对于变更后的医院名单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（八） 专科医生

指同时满足以下四项资格条件的医生：

1. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
2. 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
3. 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
4. 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

（九） 必需且合理

指符合通常惯例、医学必需且合理。

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 非试验性或研究性的项目；
- (4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

3. 合理：指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用，满足以下条件：

- (1) 须由被保险人自行承担的、本合同保障范围内的费用；
- (2) 药品的使用须符合国家药品监督管理部门批准的该药品说明书适应症，且每次药品处方剂量应符合《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 53 号）的相关规定；
- (3) 药品及医疗器械的使用需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

（十） 住院

指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情况：

1. 被保险人入住门诊观察室、家庭病床（房）、挂床住院；
2. 被保险人入住特需病房、联合病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房，但本合同已明确约定承保的除外；
3. 被保险人入住康复科、康复病床（房）或接受康复治疗；

4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查、治疗或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

5. 被保险人住院体检。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

（十一） 住院医疗费用

住院医疗费用包含以下费用类型：

1. 床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床的费用）。

2. 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据本合同约定赔偿其合法监护人（限1人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据本合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

3. 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需，被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

4. 药品费

指在医院住院期间实际发生的、合理且必要的、由专科医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

5. 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。根据各医院的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并在病房费等其他款项内。

6. 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

7. 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用，具体指由护士对被保险人提供的临床护理服务所收取的费用。

8. 护工费

指住院期间由医院的护理人员或护工对被保险人提供的护理服务所收取的费用。

9. 检查检验费

指住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

10. 手术费

指治疗地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；对于因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

11. 医生费（诊疗费）

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生所实施的病情咨询及检查、各项器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

12. 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，但救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

（十二） 初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

（十三） 化学疗法

指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

（十四） 放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

（十五） 肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（十六） 肿瘤内分泌疗法

指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（十七） 肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细

胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（十八） 门诊手术

指被保险人在医院门诊、急诊期间进行的手术治疗。手术指被保险人因疾病或意外伤害，由医护人员为其治疗疾病、挽救生命而施行的治疗方法，是外科医生用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的方法；但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查，康复性手术，射频消融治疗，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

（十九） 院外

指非被保险人就诊医院。

（二十） 处方

指由注册的执业医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

（二十一） 外购药品及外购医疗器械清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的外购药品及外购医疗器械清单。具体外购药品及外购医疗器械清单在保险单中载明。保险人保留对清单中药品做出调整的权利。对于调整后的外购药品及外购医疗器械清单内容将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（二十二） 靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

（二十三） 免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

（二十四） 特定外购药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的、支持直付用药流程的药品清单。具体特定外购药品清单在保险单中载明。保险人保留对清单中药品做出调整的权利。对于调整后的特定外购药品清单，保险人将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（二十五） 指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店。具体药店清单在保险单中载明。保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利，调整后的指定药店名单将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。

保险人指定的药店同时满足以下条件：

1. 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
2. 具有完善的冷链药品送达能力；
3. 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（二十六） 质子、重离子放射治疗

指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。本合同所指的质子、重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在保险单载明的特定医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

(二十七) 质子、重离子医疗费用

指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

(二十八) 特种药品

指处方开具日前经国家药品监督管理部门批准并已在中国上市的、符合国家卫健委在最新版《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物等。药品的适应症以国家药品监督管理部门批准的药品说明书为准。

(二十九) 恶性肿瘤院外特种药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单在保险单中载明。保险人保留对药品清单做出调整的权利，对于调整后的药品清单，保险人将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

(三十) 特定医疗机构

指保险人认可的特定医疗机构的普通部，但不包括其特需部、VIP 部、国际部、国际医疗中心、贵宾医疗部、外宾医疗部。本合同特定医疗机构名单将载明于保险单中。保险期间内保险人有权调整特定医疗机构名单，特定医疗机构名单及其变更将在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

(三十一) 特定医疗器械

指对安全性有严格要求、价格相对较高的、接受手术过程中由医生植入体内的或其他治疗的过程中直接作用于人体的医用器械耗材。

(三十二) 社会基本医疗保险

本合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

(三十三) 公费医疗

公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

(三十四) 政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办的，对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

(三十五) 既往症

指在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

(三十六) 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变（或畸变）所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

(三十七) 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

（三十八） ICD-10

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

（三十九） 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

（四十） 毒品

指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

（四十一） 醉酒驾驶

指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为醉酒驾驶。

（四十二） 无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：

1. 没有取得驾驶资格；
2. 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
3. 持审验不合格的驾驶证驾驶；
4. 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
5. 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。

（四十三） 无有效行驶证照

指下列情形之一：

1. 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
2. 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

（四十四） 机动车

指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

（四十五） 高风险运动

本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

潜水: 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩: 指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

探险活动: 指在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而使自己置身于其中的行为,如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。

武术比赛: 指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演: 指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

(四十六) 高风险职业

本合同所定义的高风险职业是指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐、化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输,机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼,海洋、特种养殖,救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察,拳击或足球职业运动员、潜水的职业。

(四十七) 咨询类

包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(依照世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题,如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等。

(四十八) 替代疗法

指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品,包括但不限于芳香疗法、脊椎指压疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

(四十九) 医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理范围及常规、过失造成患者人身损害的事故。

(五十) 基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因,以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

(五十一) 中国大陆境外

指中华人民共和国领土之外的国家或地区,以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

(五十二) 现金价值

指本合同所具有的价值,通常体现为解除合同时,根据精算原理计算的,由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的, **现金价值**=投保人已交纳保险费。

犹豫期后退保的,若保险费为一次性支付的:

现金价值=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的:

现金价值=投保人已交纳当期保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。**若本合同已发生保险金赔偿,现金价值为零。**

（五十三） 保险金申请人

指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的自然人。

（五十四） 有效身份证件

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

（五十五） 特殊情况

药品处方审核中的特殊情况主要包括：

1. 申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方审核；
2. 医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具。

（五十六） 特药院外购药证明

指住院期间治疗所必需、医院药房没有该药物而无法在医院购买，必须到医院外药房购买药物而需要由医院出具的院外购药证明文件。

（五十七） 耐药

指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。
2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临幊上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（五十八） 保险费约定支付日

指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2025 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2025 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2026 年 5 月 1 日。

（五十九） 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

（六十） ICD-0-3

《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

（六十一） TNM分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

附：保障计划表

保险责任	保险金额	免赔额	赔偿比例
住院医疗保险责任	住院医疗保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并于保险单中载明。	住院医疗保险责任的免赔额由投保人在投保时与保险人约定，并于保险单中载明。	<p>住院医疗保险责任赔偿比例：</p> <p>(1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 A；</p> <p>(2) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 B；</p> <p>(3) 被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为 C。</p> <p>赔偿比例 A、B、C 由投保人在投保时与保险人约定并在保险单中载明。</p>
外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任	外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并于保险单中载明。	外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任的免赔额由投保人在投保时与保险人约定，并于保险单中载明。	<p>外购药品及外购医疗器械费用医疗保险责任赔偿比例：</p> <p>(一) 被保险人未在保险人的指定药店直付用药：</p> <p>(1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份结算的，赔偿比例为 D；</p> <p>(2) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份结算的，赔偿比例为 G；</p> <p>(3) 被保险人未以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔偿比例为 F。</p> <p>(二) 被保险人在保险人的指定药店直付用药：</p> <p>(1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份结算的，赔偿比例为 D；</p> <p>(2) 被保险人以参加社会基本医疗保险</p>

			<p>或者公费医疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份结算的,《特定外购药品清单》以外的药品费用赔偿比例为G,《特定外购药品清单》以内的药品费用赔偿比例为E;(E高于G)</p> <p>(3)被保险人未以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保,赔偿比例为F。</p> <p>赔偿比例D、E、F、G由投保人在投保时与保险人约定并在保险单中载明。</p>
质子重离子医疗保障责任	质子重离子医疗保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人约定,并于保险单中载明。	无免赔额。	<p>质子重离子医疗保险责任赔偿比例:100%。</p>
恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任	恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任的保险金额由投保人在投保时与保险人约定,并于保险单中载明。	恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任的免赔额由投保人在投保时与保险人约定,并于保险单中载明。	<p>恶性肿瘤院外特种药品费用保险责任赔偿比例:</p> <p>(一)社保目录内特种药品费用赔偿比例</p> <p>(1)被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,赔偿比例为100%;</p> <p>(2)被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的,赔偿比例为60%;</p> <p>(3)被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保,赔偿比例为100%。</p> <p>(二)社保目录外特种药品费用赔偿比例</p> <p>无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保,赔偿比例均为100%。</p>
特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用	特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用	无免赔额。	特定医疗机构治疗费用和特定医疗器械费用保险责任赔偿比例:100%。

定医疗器 械费用保 险责任	用保险责任的 保险金额由投 保人在投保时 与保险人约定， 并于保险单中 载明。		
---------------------	--	--	--