

三星财险附加院外特种药品费用医疗保险（2024 版）

（注册号：C00004532522024092700273）

总则

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人健康保险类主险（以下简称“主险合同”）使用。只有在投保了主险合同的基础上，才能投保本附加合同。本附加合同与主险合同相悖之处，以本附加合同为准；未尽之处，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。

凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加合同的投保人同主险合同。

第三条 除另有约定外，首次投保时年龄为 0 周岁（含）（见释义）至 70 周岁（含）、身体健康且能正常生活或正常工作的自然人，经保险人同意可作为本附加合同的被保险人，投保时被保险人为 0 周岁的，应为出生满 30 天且已健康出院的婴儿。被保险人年满 105 周岁前（含），保险期间届满，投保人可以向保险人申请投保本产品，并经过保险人审核后，交纳保险费，获得新的保险合同。

第四条 除另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本附加合同保险期间内，被保险人在保险单载明的等待期届满后在保险人认可的医院（见释义）经专科医生（见释义）确诊初次罹患（见释义）本附加合同约定的恶性肿瘤——重度（见释义），对被保险人接受治疗时实际发生的、必需且合理（见释义）的且同时满足以下条件的院外（见释义）特种药品（见释义）费用，保险人在扣除约定的免赔额后按照约定的给付比例给付院外特种药品费用医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

给付院外特种药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（一）该特种药品须由医院专科医生开具处方（见释义），且特种药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（二）每次特种药品处方剂量不超过 30 日（含）；

（三）开具的特种药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的恶性肿瘤——重度；

（四）该特种药品必须为中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物（见释义）和免疫治疗药物（见释义），且在约定的药品清单（见释义）列表中；

（五）被保险人须在保险人指定药店（见释义）购买上述处方中所列的特种药品；

(六)被保险人购买处方中所列特种药品前,需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核,具体流程见本条款第十四条“保险金的申请”。

除另有约定外,若本附加合同保险期间届满时该恶性肿瘤——重度治疗仍未结束或发生恶性肿瘤——重度转移的,对被保险人于等待期后初次确诊恶性肿瘤——重度且首次购买特种药品的日期发生在本附加合同保险期间内的,保险人继续承担该被保险人因本次治疗发生的、最长不超过本附加合同满期日后30日内(含)的院外特种药品费用。

除另有约定外,本附加合同责任项下院外特种药品费用医疗保险金与主险合同约定的恶性肿瘤——重度相关医疗保险金或重大疾病相关医疗保险金共用保险金额。保险人在院外特种药品费用医疗保险责任与主险合同中的恶性肿瘤——重度相关医疗保险责任或重大疾病相关医疗保险责任项下赔偿金额不超过各自的保险金额,同时,保险人在院外特种药品费用医疗保险责任与主险合同中的恶性肿瘤——重度相关医疗保险责任或重大疾病相关医疗保险责任的累计赔偿金额不超过二者保险金额中的高者。

若本附加合同责任项下院外特种药品费用医疗保险金不与主险合同共用保险金额,保险人累计承担的院外特种药品费用医疗保险金以本附加合同约定的院外特种药品费用医疗保险金额为限,当累计赔偿金额之和达到院外特种药品费用医疗保险金额时,本附加合同终止。

特种药品涉及慈善援助的,被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入院外特种药品费用医疗保险金的赔付范围。

对于不满足上述条件的特种药品费用,保险人不承担赔付院外特种药品费用的责任。本项保险责任仅承担特种药品本身的费用,不承担因特种药品而产生的门诊或住院医疗费用。

第六条 本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括基本医疗保险(见释义)、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构,以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的合理的特种药品费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第七条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出的任何医疗费用或发生如下列明的医疗费用,保险人不承担保险金给付责任:

- (一)主险合同中列明的“责任免除”事项;
- (二)仅有临床不适症状,入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤——重度的治疗;
- (三)使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品,进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗;
- (四)进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用;
- (五)被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗;

- (六) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射特种药品；
- (七) 被保险人未在保险人指定药店购买的药品；
- (八) 被保险人未按本附加合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过；
- (九) 被保险人首次购买特种药品的日期不在保险期间的；
- (十) 特种药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；
- (十一) 被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效（见释义）；
- (十二) 被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药（见释义）后仍继续购买该药品；
- (十三) 被保险人进行恶性肿瘤——重度特种药品基因检测（见释义）费用（以收费票据载明信息为准）；
- (十四) 被保险人所患既往症（见释义），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外。

第八条 除本附加合同第七条列明的情形外，本附加合同中其它免除保险人责任的条款，详见本附加合同中以黑体字加粗标示的内容。

免赔额和给付比例

第九条 本附加合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同的约定仍旧由被保险人自行承担、保险人不予赔付的金额。

被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本附加合同的免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在保险单中载明。经投保人与保险人协商确定，可约定本附加合同与主险合同中的恶性肿瘤——重度相关医疗保险责任或重大疾病相关医疗保险责任共用免赔额。

第十条 给付比例以保险单中载明的为准。除另有约定外，若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本附加合同约定的给付比例再乘以 60%进行赔付。

保险金额

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

等待期

第十二条 等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

本附加合同的等待期由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。除另有约定外，本附加合同自生效之日起 30 日为等待期，续保的情况下，等待期为 0 日。

若被保险人在等待期内确诊罹患本附加合同约定的恶性肿瘤——重度，保险人不承担给付保险金的责任，但应向投保人无息退还已交纳的保险费，同时本附加合同终止。

保险期间与不保证续保

第十三条 本附加合同为不保证续保合同，保险期间以保险单载明的为准且不得超过一年。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人审核同意后，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险金的申请与给付

第十四条 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

在本附加合同保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本附加合同所定义的恶性肿瘤——重度，如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的药品，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

（一）授权申请

保险金申请人（见释义）向保险人提交院外特种药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- 1、保险金给付申请书；
- 2、被保险人的**有效身份证明**（见释义）；
- 3、医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- 4、专科医生开具的特种药品处方；
- 5、医院开具的外购药证明；
- 6、保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

7、若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、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材料。

（二）药品处方审核

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者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，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担赔付院外特种药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品购买

特种药品授权申请及特种药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本附加合同保险责任的特种药品，将由保险人与保险人指定药店或**第三方服务商**（见释义）直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的院外特种药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，**但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

释义

第十五条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）周岁

指按合法的身份证明文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。

（二）医院

除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及以上的公立医院**或保险人扩展承保的医疗机构，**且仅限上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：**

- 1、**特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房；**
- 2、**诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；**
- 3、**休养、戒酒、戒毒中心；**
- 4、**保险人不予理赔的医疗机构。**

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

（三）专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- 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。

（四）初次罹患

指自被保险人出生之日起第一次经保险人认可的医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之日起或其他某一时间后第一次经保险人认可的医院确诊患有某种疾病。**恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。**

（五）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）（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）（见释义）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义）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-O-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：

（1）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；

（2）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）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 AnnArbor 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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（六）必需且合理

指符合通常惯例且医学必需。

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。

对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）由医生开具的处方药、诊断证明；
- （4）非试验性的、非研究性的项目；
- （5）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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

（七）院外

指非被保险人就诊医院。

（八）特种药品

指本附加合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的特种药品（特种药品是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2020年版）》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）。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

（九）处方

指由注册的执业医师和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。

（十）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。

（十一）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。

（十二）约定的药品清单

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品清单，**以保险人最新公布信息为准，保险人保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。**

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。

（十三）指定药店

指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单中的药店。保险人指定的药店应同时满足以下条件：

- 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。

保险人保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

（十四）基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

（十五）有益的治疗疗效

指以下两种情况：

- 1、指实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）未出现疾病进展（完全缓解、部分缓解、疾病稳定），即定义为有益的治疗疗效；
- 2、非实体肿瘤按相关专业机构的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病未进展的结论，即定义为有益的治疗疗效。

（十六）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、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、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。

（十七）恶性肿瘤——重度特种药品基因检测

指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤——重度病理切片组织或恶性肿瘤——重度转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤——重度相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。境内医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物（即特种药品）的给药方案。

（十八）既往症

指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

（十九）保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

（二十）有效身份证明

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、户口簿等证件。

（二十一）第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供药事服务的机构。

（二十二）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。

（二十三）ICD-10 与 ICD-O-3

《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。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-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-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

（二十四）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。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，中国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

Pt_x: 原发肿瘤不能评估

Pt₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN_i: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。