

京东安联财产保险有限公司  
个人及家庭高端医疗保险条款（2024 互联网版）

总则

**第一条 保险合同构成**

本保险合同由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或其他保险凭证、保险卡（含电子版）、网络医疗机构名册、批注、附贴批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。本保险合同仅用于互联网渠道销售。

**第二条 投保人与被保险人**

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对其有保险利益的其他个人，可作为本保险合同的投保人。

本保险合同的被保险人包括：

凡在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门签发的签证或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权。在保险期间内，被保险人应当在大陆境内（不包括港澳台）居住累计达到保险期间的三分之二。投保时不属于此种情形或者保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或者发生变化时告知保险人，保险人有权据此决定是否承保、调整承保条件或者保险费率，具体以保险合同约定为准。

若被保险人申请恶性肿瘤（重度）海外先进疗法治疗，被保险人在提交理赔申请之日（不含初次提交理赔申请当日）前 365 天内在中国大陆（不含港澳台地区）累计居住时间需超过 240 日；若被保险人提交理赔申请之日时不满 1 周岁（见释义 1），被保险人在中华人民共和国（不含港澳台地区）累计居住时间需超过自出生之日起至首次提交理赔申请之日止累计日数的三分之二。

凡初次投保时符合本保险合同年龄要求，能正常工作（释义 2）、生活的自然人，经保险人（释义 3）同意，可作为本保险合同的主被保险人。

投保时年龄不超过六十五周岁（含），能正常工作、劳动或生活的主被保险人配偶，经保险人同意，可作为附属被保险人。

投保时年龄不超过二十一周岁（含）（若为全日制在校学生或存在身体缺陷或智力障碍的，年龄应不超过二十六周岁（含））能正常学习或生活且经济上完全依赖主被保险人的未婚子女（释义 4），经保险人同意，也可作为附属被保险人。

投保时年龄在六十六周岁（含）至一百周岁（含）之间的自然人（子女除外），须同时满足以下三个条件，才可作为本保险的主被保险人或附属被保险人：

- （一）非首次投保本保险；
- （二）上一个保险期间届满，投保人重新向保险人投保本保险，且保险人同意承保；
- （三）除另有约定外，本保险合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

主被保险人和附属被保险人统称或泛称为“被保险人”，单称或特称为“每一被保险人”、

“该被保险人”或“被保险人本人”。

### 第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的各项保险金的受益人均为被保险人本人。

### 第四条 第三方管理机构

**第三方管理机构**（见释义5）是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗就诊、直付协助、紧急医疗转运援助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息在保险单中载明。被保险人在接受特定项目治疗（见第十九条）前，须与第三方管理机构联系，以获得相应保险保障的事先授权和保险理赔指导等帮助。

### 第五条 医疗机构

本保险合同保险人指定或认可的医疗机构（释义6）分为公立医院、境内指定私立医疗机构和海外指定医疗机构。具体由投保人和保险人在投保时约定并载于保险单上。

因保险人指定或认可的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品，凭主治医师开具的处方或外购药单到院外**保险人认可的药店**（释义7）购买而发生的费用，视同被保险人在保险人指定或认可的医疗机构发生的费用。

保险人指定或认可的医疗机构中，境内指定私立医疗机构以保险人提供的合作医疗机构清单为准，分为以下两类：

#### （一）昂贵医疗机构

指收费水平高于通常惯例水平的医疗机构，具体以保险合同列明的医疗机构列表为准。保险人将根据医疗机构的收费水平变化，适时调整该类医疗机构列表，并在网络医疗机构名册中进行更新。

#### （二）一般医疗机构

指不在昂贵医疗机构列表中的医疗机构。

### 第六条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。本保险合同中约定的恶性肿瘤（重度）海外先进疗法的评估期及治疗期（见附表1）结束后，恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金的给付责任终止，不再接受续保。

## 保险责任

### 第七条 保障类型

本保险合同的保障类型分为必选保障和可选保障。具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明于保险单中。

除另有约定外，附属被保险人的保险计划必须与主被保险人的保险计划保持一致。

**第八条** 本保险合同的必选保险责任，包括“住院及日间治疗保险金”、“视同住院的特殊门诊医疗费用保险金”、“未成年人先天性疾病住院医疗保险金”、“医疗运送和异地就医保险金”、“恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金”，可选责任包括“门急诊医疗费用保险金”。

投保人可以单独投保必选保险责任，也可以在投保必选保险责任的同时选择投保可选保险责任，但不能单独投保可选保险责任。本保险合同的保险责任由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

## **第九条 必选保险责任**

### **一、住院及日间治疗保险金**

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 8）或在**等待期**（见释义 9）届满后**初次**出现症状或体征且确诊罹患**疾病**（释义 10），在保险人指定或认可的医疗机构经**医师**（释义 11）诊断必须接受**住院**（释义 12）治疗或**日间治疗**（释义 13）的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、**医学必需**（释义 14）且符合**通常惯例水平**（见释义 15）的以下类型费用，保险人按本保险合同约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的**赔付比例**，在各项费用的**给付日数限制**、**赔偿限额**内给付住院及日间治疗费用保险金。各项费用的免赔额（释义 16）、**赔付比例**（释义 17）、**给付日数限制**、**赔偿限额**由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. **床位费**（不高于标准单人病房，不含套房；若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费）、**急诊室费**、**重症监护病房费**。
2. **膳食费**：住院**治疗期间**，医疗机构为病人配餐的食堂配送的膳食的费用。膳食费应包含在医疗账单内，根据指定医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并**在病房费**等其他款项内。
3. **陪床费**：未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费，女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人住院期间出生未满十六周的新生婴儿住院的加床费。
4. **手术室费和恢复室费**。
5. **医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费**。
6. **处方药品费**：指被保险人在住院期间实际发生的，由医生开具**处方**（见释义 18）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处方药品的费用。
7. **手术辅料费**：包括但不限于输血、血浆、血浆扩容药物的费用，以及所有相关化验、设备操作、服务的费用。
8. **护理费**：指治疗期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
9. **治疗费**：指被保险人在医疗机构实际发生的，由医生实施的以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的**技术劳务费**和**医疗器械使用费**，以及**消耗品**的费用，输血、血浆、血浆扩容药物的费用等，具体以被保险人**就诊医疗机构**的费用项目划分为准。

10. 接受恶性肿瘤的**化学治疗**（释义 19）、**放射治疗**（释义 20）、**肿瘤靶向疗法**（释义 21）、**肿瘤免疫疗法**（释义 22）、**肿瘤内分泌疗法**（释义 23）、**质子重离子放射治疗**（释义 24）、**肿瘤介入疗法**（释义 25）所发生的治疗费。
11. **检查检验费**：包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查的费用。
12. **耐用医疗设备费**：因医学必需而购买或租赁**非一次性耐用医疗设备**（见释义 26）的费用以及随后修理、更换的费用。
13. **矫形改造手术费**：仅限于被保险人遭受意外伤害或罹患疾病需要接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌的情形。
14. **器官移植费**：指以被保险人为受体，经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学必需而接受的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植和骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等，**但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。器官移植费不包括任何器官本身的费用和获取器官过程中产生的任何费用。**
15. **手术机器人使用费**：包括手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科 ROSA 机器人，Mako 骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。
16. **住院物理治疗费**：指由具有相应医疗职业资格的医师实施的**物理治疗**（见释义 27）、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。该类治疗应当满足下列全部条件：
  - （1）为该被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；
  - （2）被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
  - （3）疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医疗师）才能安全、有效实施。
17. **重大疾病**（释义 28）**住院现金津贴**：保险期间内，被保险人在等待期后罹患特定重大疾病，并因此**在医疗机构接受住院治疗的**，对于被保险人实际住院日数，保险人按照**保险单约定的规则**计算特定重大疾病住院津贴保险金。保险人针对每一被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以三十日为限。**投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本保险合同项下所有被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以保险单约定的天数为限，且本保险合同项下两位以上（含）被保险人在同一日接受住院治疗的，实际住院日数仅计为一日。**
18. 经保险人审核通过的其他住院医疗费用。

本保险合同保险期间届满前发生的并延续至保险期间届满后**30日内（含第30日）**的住院及日间治疗，对此期间发生的必需且合理的上述医疗费用（**不包括特定重大疾病住院津贴**），保险人按照本保险合同的约定，在住院及日间治疗费用保险金额内给付。

**住院及日间治疗需满足以下条件，否则，保险人不承担给付保险金责任：**

1. 被保险人住院前须经过保险人授权的第三方管理机构的授权同意；
2. 若为遭受意外伤害导致的紧急住院，被保险人可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗，但须在开始治疗后的 48 小时内通知保险人或保险人授权的第三方管理机构；
3. 根据医疗机构意见，被保险人的身体状况确实需要住院、看护、康复的，不包括住院长期护理、慢性病的疗养或者帮助被保险人日常寝食活动。

## 二、视同住院的特殊门诊医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期届满后初次罹患疾病并经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须使用特殊治疗保障的，对于被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗，需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊治疗门诊医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制、赔偿限额内给付视同住院的特殊门诊医疗费用保险金。各项费用的免赔额、赔付比例、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. 门诊或日间手术费：指被保险人由医生诊断无需住院即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，但不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。
2. 门诊手术或住院前后门急诊医疗费：指被保险人在门诊手术前后三十天（含门诊手术当日）内，或住院前后三十天（含入院和出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受的治疗期间实际发生的符合通常惯例水平的、医学必需的门急诊治疗而产生的诊疗费、检查检验费和处方药费（但不包含特定疾病门诊医疗费、门诊或日间手术费）。
3. 特定疾病门诊医疗费，包括
  - (1) 门诊肾透析费；
  - (2) 门诊恶性肿瘤（释义 29）治疗费：指被保险人在门诊接受恶性肿瘤的化学治疗、放射治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子放射治疗的费用。
  - (3) 器官移植后的抗排异治疗费。

除另有约定外，被保险人申请视同住院的特殊门诊治疗之前，均须事先与保险人或保险人授权的第三方管理机构联系以获得事先授权。除非被保险人取得了事先授权，否则保险人将不会支付相关费用。

## 三、未成年人先天性疾病住院医疗保险金

在保险期间内，未满 18 周岁的被保险人在等待期届满后在医疗机构首次确诊先天性疾病（见释义 30），必须接受住院治疗或门诊手术治疗的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在赔偿限额内给付未成年人先天性疾病住院医疗保险金。该项费用免赔额、赔付比例、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

## 四、医疗运送和异地就医保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后罹患疾病，对于被保险人实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗运送和异地就医费用，保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制、赔偿限额内给付医疗运送和异地就医保险金。各项费用的免赔额、赔付比例、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. **救护车运送费用**：指在本保险合同保障地域内，在保险人同意的情况下，由于被保险人发生紧急情况，出于医学必需以专业地面救护车将其运至就近医疗机构而产生的费用以及一位陪同人员的费用。
2. **重大疾病异地就医交通补贴、住宿费用**：指被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后初次出现症状或体征且经专科医生初次确诊罹患本保险合同约定的重大疾病，由于当地医疗条件限制的原因，需要在中国大陆境内跨省或自治区或直辖市住院治疗，经被保险人申请由转出医院开具转院证明，并经保险人授权的第三方管理机构供应商授权同意后，对被保险人及其一位陪同人员发生的合理且必需的因异地就诊产生的公共交通工具使用费（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱及以下，火车限软卧或高铁动车一等座及以下）、酒店住宿费，保险人按照本保险合同约定在给付限额内给付重大疾病异地就诊交通补贴、住宿费保险金。

## 五、恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金

（一）在保险期间内，若被保险人在等待期后经国内二级及二级以上公立医院的专科医生（释义 31）初次确诊罹患本保险合同约定的恶性肿瘤（重度）（释义 32），且符合海外先进疗法（见附表 1）对应的适应症（见附表 2），按照本保险条款“恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金申请与支付”的约定提交“第三十二条”中约定的海外先进疗法资格审核及“第三十三条”中约定的初步适应症审核，且经保险人审核确认均通过后，保险人对于被保险人因该适应症在评估期及治疗期（见附表 1）内接受保险人或保险人授权的第三方服务商安排的、在除中华人民共和国（包括中华人民共和国境内及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）以外的国家或地区（以下简称“特定国家或地区”）的海外指定医疗机构（释义 33）进行的海外先进疗法治疗所实际产生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的以下医疗费用，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在赔偿限额内给付恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金。该项费用免赔额、赔付比例、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

### 1. 适应症评估及治疗费用：

本项责任承担被保险人亲自前往特定国家或地区的指定医疗机构进行本保险条款“第三十五条 海外先进疗法适应症临床评估及治疗、保险金赔付”约定的适应症评估及治疗期间，在特定国家或地区的指定医疗机构实际发生的、与海外先进疗法适应症评估及治疗直接相关的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用：

海外指定医疗机构治疗产生的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、海外药品费（释义 34）、诊疗费、治疗费、护理费、检查检验费、转运费（释义 35）、医学翻译费（释义 36）、心理咨询费（释义 37）、营养咨询费（释义 38）、住院理疗费（释义 39）、治疗直接并发症的费用（释义 40）。

### 2. 交通费用

本项责任承担被保险人及 1 名陪同人员（若被保险人年龄为 0-14 周岁，可安排最多 2 名陪同人员，且其中至少一位陪同人员必须是被保险人的父母或监护人）以进行本保险条款“第三十五条”中的“海外先进疗法适应症临床评估及治疗、保险金赔付”中约定的适应症评估及治疗为目的的、总计 1 次往返于被保

险人中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）常住地与特定国家或地区的海外指定医疗机构所在城市的交通费用。

保险人或保险人授权的第三方服务商会根据被保险人病情为被保险人推荐并安排海外指定医疗机构以及就医行程，并将行程安排提前告知被保险人，以便被保险人有足够的时间做出必要的个人安排。**未经保险人认可的、由被保险人或其陪同人员自行做出的行程安排所产生的相关费用，或因被保险人变更保险人或保险人授权的第三方服务商已告知的出行日期或路线而产生的相关费用，保险人不予承担。**

保险人承担的、根据已授权的治疗方案安排的行程的交通费用包括：

- （1）从中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）常住地前往人民共和国大陆境内（不含港澳台）指定机场或火车站的交通费用；
- （2）从中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）常住地前往治疗地的飞机或铁路费用；
- （3）从治疗地指定机场或火车站前往治疗地指定酒店或指定医疗机构的交通费用；
- （4）从治疗地指定酒店或指定医疗机构前往治疗地指定机场或火车站的交通费用；
- （5）从治疗地前往被保险人中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）常住地的飞机或铁路费用；
- （6）由中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）指定机场或火车站到达被保险人中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）常住地或常住地的二级以上（含二级）公立医院的交通费用。

上述交通费用赔付标准为**航班限经济舱或经济座位，火车以硬卧或者二等座为限**。经保险人审核同意，可为0-14周岁（含）**被保险人本人及1名陪同人员将航班舱位等级升级为商务舱**。

### 3. 住宿费用

本项责任承担被保险人及1名陪同人员（若被保险人年龄为0-14周岁，可安排最多2名陪同人员，且其中至少一位陪同人员必须是被保险人的父母或监护人）在特定国家或地区的海外指定医疗机构进行本保险条款“第三十五条”中的“海外先进疗法适应症临床评估及治疗、保险金赔付”约定的适应症评估及治疗期间的住宿费用。

保险人或保险人授权的第三方服务商会根据被保险人病情为被保险人推荐并安排指定医疗机构以及就医行程，并将行程安排提前告知被保险人，以便被保险人有足够的时间做出必要的个人安排。**未经保险人认可的、因被保险人或其陪同人员自行做出的住宿安排所产生的费用，或因被保险人变更保险人或保险人授权的第三方服务商告知的住宿安排而产生的相关费用，保险人不予承担。保险人不承担除住宿费以外的酒店用餐费用、因升级房间所产生的费用等其他相关费用。**

住宿费用的赔付标准如下：

- （1）住宿标准为**3星或4星酒店1间双人标准间**；

**注意：**若被保险人为0-14周岁（含）并有两位陪同人员，且酒店1间双人标准间不能同时入住1名儿童及两位成年人的，可安排酒店其他可供1名儿童及2名成人同时入住的房型，如某一酒店有两种或以上符合定义的房型，则应按其中价格最低的房型进行安排。

- （2）在本保险约定的评估期及治疗期内**保险人最多承担60日**的住宿费用。

#### （二）评估期及治疗期

在保险期间内，自被保险人在等待期后初次确诊罹患恶性肿瘤（重度）之日起的一段时间周期为评估期

及治疗期（见附表1），在这段期间内，保险人承担赔付恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金的责任。该“评估期及治疗期”结束后，即使该被保险人保单仍在有效期内，保险人也不再承担给付该被保险人恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金的责任。本保险合同中其他未罹患恶性肿瘤（重度）的被保险人（如有）的恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金责任，不受影响。

## 第十条 可选保险责任

### 一、门急诊医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者罹患疾病并经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须接受门诊治疗的，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用（不含视同住院的特殊门诊医疗费用），保险人按照本保险合同的约定，在扣除本保险合同约定的免赔额后，依照本保险合同约定的赔付比例，在各项费用的给付日数限制、赔偿限额内给付门急诊医疗费用保险金。各项费用的免赔额、赔付比例、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

1. **医师诊疗费和专家门诊费：**医疗必须的门诊医师诊疗费同一疾病每日限一次，保险人同意支付被保险人因医疗必要必须一日内在不同科室就诊的费用，且不同科室就诊各自独立计算门诊次数，点名专家诊费不在赔付范围。
2. **化验费、检查费：**包括但不限于心电图检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、内窥镜检查费。
3. **康复理疗（可选）：**接受由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）所发生的治疗费。**该治疗应当满足下列全部条件：**
  - (1) 应当为被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；
  - (2) 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
  - (3) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业治疗师）才能安全、有效实施。
4. **中医治疗（可选），包括：**
  - (1) 接受由具有专业中医资格的医师实施的**针灸治疗**（释义41）、**顺势疗法**（释义42）所发生的治疗费。
  - (2) 依据注册中医医师的处方开具的中草药费用，中医挂号费、诊察费及相关费用。
5. **急诊室费、急诊医疗服务费。**
6. **处方药（释义43）品费：**
  - (1) 指依据医师的处方开具的药品费用。每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配，**单次以30日用量为上限；**
  - (2) 由执业医师针对可保疾病开据的治疗性非处方药的费用。
7. **非一次性耐用医疗设备费：**包括购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用以及随后修理、更换的费用。



#### 8. 特定互联网医院在线问诊医生咨询费用及药品费用（可选）

- (1) 保险人因意外伤害或疾病（非慢性病（释义 14））通过保险人指定入口进入指定的互联网医院接受在线问诊而产生的医生咨询费用，保险人按照保险单载明的在线问诊次数承担保险责任，该笔保险金将直接支付给保险人指定的互联网医院。
- (2) 被保险人在上述在线问诊过程中，经该互联网医院医生处方开具药品且通过上述指定入口在线购买药品的，保险人对于同时满足下列条件的药品费用，按照保险单载明的在线问诊药品年度保险金额、给付比例、单次给付限额承担保险责任。药品配送费用不属于保险责任范围。

#### 9. 经保险人审核通过的其他门诊医疗费用。

10. 预防性检查及疫苗费用补偿保障（可选）：保险期间内，对于被保险人按保险合同约定接受指定项目的健康检查和疫苗免疫接种，所实际支出的、需个人支付的健康检查费用及免疫接种费用，保险人将按保险合同中载明的赔付比例并以保险金额为限补偿被保险人。每一保险期间的每一被保险人在本项保障下的每项责任赔付次数限一次。

### 责任免除

第十一条 在本“责任免除”部分，列出的治疗、病症及情况均不属于保险责任中的保障范围。除此之外，被保险人的保险计划中可能还有适用的其他个人除外责任或限制条款，此类除外责任或限制条款（如有）将列明于被保险人的保险单或其他保险凭证中。

第十二条 投保时，保险人要求被保险人填写健康问卷时，被保险人须如实告知过去已接受药物、建议或治疗，或在成为被保险人之前已出现症状的任何疾病或损伤的相关信息（即既往症信息），保险人将进行医疗审核。

根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本保险合同约定的既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并将在保险单或其他保险凭证中载明。对于要求填写健康问卷的被保险人未如实告知的既往症（释义 44）将不在本保险合同的承保责任范围内。

第十三条 由于下列任何原因发生的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人的故意行为导致的医疗费用；
- （二）从事违法行为或者故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用，但被保险人为无民事行为能力的不受此限；
- （三）未经保险人审核通过的既往症及其相关并发症的治疗及其他相关费用；
- （四）等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病的的治疗及其他相关费用；
- （五）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物及相关医疗服务的所有费用，试验性治疗的所有费用；
- （六）根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用；
- （七）代诊费用，无原始发票的费用，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按

时就诊的预约费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准的医疗费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

（八）为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、套房及其相关设施、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费；

（九）保险期间届满后发生的费用，但本保险合同有约定的或按疗程将在保险期间届满之日起九十日内服用的药品费用不受此限；

（十）功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费，出于行政或者管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费；

（十一）在中国境内使用的非药品准字号的药品费和非（食）药监械号的设备费，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药（包括但不限于人参、鹿茸、十全大补丸等）、膏方药费，草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶的费用或者其他制剂发生的加工费用；

（十二）未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；

（十三）视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视、屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及相关费用；

（十四）专业护士（释义 45）家庭护理费，临终关怀（释义 46）费，静养疗法、姑息疗法费用、监护（释义 47）及家居照料费，在护理之家、养老院发生的护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非保险人认可的医疗机构接受的服务或者治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住情形下发生的费用，完全或者部分因为家庭原因的住院医疗费用；

（十五）选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；

（十六）性别转换症治疗费，性障碍治疗费，以及上述相关并发症治疗及其他相关费用，任何原因和形式的美容、整容、非医学必需的整形费，包括以美容为目的的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面费用；

（十七）对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；

（十八）与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗费，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发费，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植费；

（十九）戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术、袖状胃切除术）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用；

（二十）器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；

（二十一）基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用；但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；

- (二十二) 过敏源检测相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；
- (二十三) 与生育相关的医疗费用，包括但不限于怀孕、分娩、流产（包括但不限于受孕药、助孕人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕）、不孕不育、生育控制、孕前准备以及由此导致的并发症治疗及其他相关费用；
- (二十四) 因溶剂滥用、毒品滥用、酒精（酒精过敏、误服酒精除外）、或者任何成瘾物直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；在中国境内因使用违反中国大陆法律的疫苗和药物、非医师医嘱要求药物或者非医师医嘱要求用量直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；
- (二十五) 牙科医疗及其他相关费用；
- (二十六) 耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）及其他类似设备费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，但医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；
- (二十七) 矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者其他其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害的（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费，但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限；
- (二十八) 常规足部医疗及其他相关费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；
- (二十九) 政府为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的检查检测费、食宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；
- (三十) 生长激素治疗及其他相关费用，但经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限；
- (三十一) 与精神和心理障碍相关的医疗费用，包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症（释义 48）、注意缺陷多动障碍（释义 49），心理缺陷或者心理发育迟缓评估治疗及其他相关费用，另有约定除外；
- (三十二) 睡眠检查和治疗费，对疑为发作性睡眠（释义 50）或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费；
- (三十三) 先天性疾病和症状（释义 51）治疗费、遗传病治疗费，另有约定除外；
- (三十四) 因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用；
- (三十五) 对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或者受训职业体育运动、高风险运动，战争（释义 52）和恐怖主义活动（释义 53），放射材料辐射或者核燃料燃烧，主动置身于风险，但抢救他人性命情形不在此限；
- (三十六) 被保险人在向保险人申请恶性肿瘤（重度）海外先进疗法治疗之前，已接受过针对同一适应症的、同类型的海外先进疗法治疗的，被保险人再次向保险人提出进行海外先进疗法治疗所产生的费用；
- (三十七) 被保险人在中国以外国家和地区进行的任何医学随访（释义 54）产生的费用；或无相关医学检查证明需进一步治疗的任何出国就医或检查产生的费用。
- (三十八) 被保险人未经过保险人或保险人授权的第三方服务商确认并安排而前往海外特定国家或地区的

医疗机构就医发生的医疗费用；被保险人在非本保险合同约定的海外指定医疗机构就诊发生的医疗费用；

（三十九）被保险人在海外特定国家或地区治疗并发症所产生的费用（本保险条款“第九条”中“五、恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金”中约定的直接并发症不在此限）；

（四十）若被保险人申请赴海外特定国家或地区接受海外先进疗法治疗，被保险人在提交理赔申请之日（不含初次提交理赔申请当日）前 365 天内在中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）累计居住时间未超过 240 日的；若被保险人提交理赔申请之日时不满 1 周岁，被保险人在中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）累计居住时间少于自出生之日起至首次提交理赔申请之日止累计日数的三分之二的；

（四十一）其他不属于本保险责任范围内的损失和费用。

上述任一情形下，被保险人身故的，保险人对该被保险人的保险责任终止，并将退还该被保险人的未到期净保费（释义 55）。

### 保险期间

**第十四条** 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

除另有约定外，本保险合同终止日后发生的任何医疗费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

### 保险金额

**第十五条** 保险金额

本保险合同设置如下四种**保险金额**（释义 56），每种保险金额将分别计算，并在保险单中载明：

1. **年度最高保险金额**：保险人针对每个被保险人的所有保险责任在每个保险期间内累计可支付的最高金额上限。
2. **责任大项保险金额**：保险人针对该大项保障下所有投保项目（包括住院及日间治疗保险金、视同住院的特殊门诊医疗保险金、未成年人先天性疾病住院医疗保险金、医疗运送和异地就医保险金、恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金、门急诊医疗费用保险金）在每个保险期间内可支付的最高金额上限。
3. **分项保障保险金额**：保险人针对具体责任大项保障下的分项保障项目的可支付的最高金额上限。
4. **家庭共享保险金额**：以家庭为单位投保同一保险计划的所有被保险人，在保险单载明的保险责任项目（包括责任大项和分项保障）下可支付的最高金额上限。

### 免赔额和自付比例

**第十六条** 免赔额

本保险合同的免赔额为年度累计免赔额（见释义 57）和单次免赔额，每位被保险人的免赔额将在被保险人的保险单或其他保险凭证中载明。

在免赔额适用的保险责任下，所有免赔额将分别适用于主被保险人和每位附属被保险人。在被保险人达到免赔额的上限之前，被保险人须自行直接支付该保障项目的治疗费用。

#### 第十七条 自付比例（见释义 58）

自付比例在被保险人的保险单或其他保险凭证中载明。

被保险人必须自行承担按照约定保障项目所产生的自付比例或通常惯例自付比例的费用额度。

#### 境内医疗服务网络和事先授权

第十八条 保险人提供医疗直付服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。

被保险人未在直付医疗网络接受治疗的，被保险人不享受保险人直付服务。

被保险人在直付医疗网络接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但保险人已代为垫付的医疗费用，在接到保险人或者其授权第三方管理机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用并停止向被保险人提供直付服务。

第十九条 在中国境内接受下列任何一项治疗之前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日向保险人授权的第三方管理机构提交事先授权申请：

1. 任何住院治疗（包括住院及日间治疗、视同住院的特殊门诊治疗）；
2. 需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，肿瘤免疫疗法，肿瘤内分泌疗法，质子重离子治疗，血液或者腹膜透析；
3. 购买或租赁非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵等；
4. 器官、骨髓、干细胞或其他组织移植；
5. 大型检查检验项目，或单价在人民币 5000 元以上的检查项目；
6. 除另有约定外，预计花费超过人民币 3 万元的治疗；
7. 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何药品、治疗、检查项目；
8. 其他在保险单或保险凭证上约定的需要事先授权的项目和治疗。

对于被保险人事先授权申请，第三方管理机构将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应予以配合。在未获得书面许可回复被保险人接受治疗的，或者保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人根据约定的保险责任计算“保险金×（1-40%）”支付医疗保险金；在未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗，但须在开始治疗后的 48 小时内通知保险人或第三方管理机构。保险人或第三方管理机构将对此次治疗是否属紧急情况予以审核。

**第二十条** 被保险人或医疗机构可致电第三方管理机构，了解事先授权、网络医疗机构的相关情况。被保险人获得第三方管理机构许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属于保险责任范围，也不构成保险人对赔偿责任的承诺，保险人将按照本保险合同的约定承担保险责任。

### 保险人义务

**第二十一条** 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险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、保险单或者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者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。

**第二十二条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第二十三条** 保险人认为被保险人或者受益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被保险人或者受益人补充提供。

**第二十四条** 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定；情形复杂的，保险人应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力（释义 59）、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的除外。保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝赔偿通知书，并说明理由。

**第二十五条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿保险金的给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第二十六条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定，缴费途径为通过互联网线上支付。

#### 1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

## 2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定缴纳日**（见释义 60）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费约定缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

**第二十七条** 订立本保险合同时，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担支付保险金的责任，并不退还保险费。

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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在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，保险人应当承担给付保险金责任。

## **第二十八条** 年龄确定与错误处理

（一）被保险人的年龄以周岁计算；

（二）投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保文件上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的全部保险费。对于被保险人发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任；对于已经给付的保险金，保险人有权向被保险人追回。

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，保险人在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例支付；

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的，保险人会将多收的保险费退还给投保人。

**第二十九条** 被保险人住所或通讯地址发生变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若被保险人未通知的，保险人将按本保险合同载明的最后住所或通讯地址发送有关通知，直至被保险人向保险人作出变更为止。

### **第三十条 保险事故通知**

除另有约定外，投保人、被保险人应当在知道保险事故发生后 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内及时通知保险人。

如果投保人、被保险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，不承担给付保险金责任，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或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### **境内治疗保险金的申请与支付**

**第三十一条** 住院及日间治疗保险金、视同住院的特殊门诊医疗费用保险金、未成年人先天性疾病住院医疗保险金、医疗运送和异地就医保险金以及门急诊医疗费用保险金的申请与支付

被保险人在网络医疗机构内接受治疗时，该医疗机构受保险人委托，不对被保险人收取本保险合同约定的应向受益人支付的保险金额对应的医疗费用，由保险人直接跟该医疗机构进行审核结算。若保险人已承担相应费用的，则受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本保险合同的约定向保险人申请保险金。

**申请人（即受益人或其受托人）向保险人申请保险金时，应提供的理赔材料包括：**

- （一）填写完整的理赔申请表；
- （二）所有与被保险人的治疗相关的原始发票/收据/费用详细清单/信函；
- （三）医疗病历、检查报告、手术及出院小结或有关被保险人的病情的其他资料；
- （四）投保人、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；
- （五）若被保险人委托他人申请的，还应提供委托授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；以及

在保险人要求或特定情况下，被保险人须在当次治疗完成后尽快将上述全部理赔材料提供给保险人或保险人授权的第三方管理机构。除另有约定外，被保险人提供的所有理赔材料归保险人所有。

被保险人有义务向保险人提供所有医疗报告和记录，若为处理本保险合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应授权许可保险人或保险人授权的第三方管理机构取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，除法律禁止的情形外，保险人有权要求对该被保险人进行尸检。



## 恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金申请与支付

### 第三十二条 海外先进疗法资格审核

如被保险人罹患本保险合同约定的恶性肿瘤（重度），且希望赴海外进行先进疗法治疗，需提交海外先进疗法就医申请，并按下列要求提供理赔资料：

- (1) 保险合同或电子保险单号，以及被保险人完整填写并签署的理赔申请书；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 保险人认可的医疗机构出具的受益人医疗诊断书（包括必要的病历记录、手术记录及检查报告）、门诊病历、住院病案首页、入出院记录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的病史资料及疾病诊断报告书；
- (4) 能证明被保险人在首次提交理赔申请之日（不含首次提交理赔申请当日）前 365 天内在中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）累计居住时间满 240 日（含）的材料（如：护照和出入境记录等）；若被保险人首次提交理赔申请之时不满 1 周岁，则需提供证明被保险人在中华人民共和国大陆境内（不含港澳台）累计居住时间不少于自出生之日起至首次提交理赔申请之日止累计日数的三分之二的材料（如护照等）；
- (5) 如委托他人代为申请，除上述证明和资料外，还须提供相关受益人的授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。
- (6) 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；

**如果被保险人未提交海外先进疗法资格审核或者资格审核未通过，保险人不承担赔付相关保险金的责任。**

### 第三十三条 海外先进疗法初步适应症审核

保险人或保险人授权的第三方服务商会在收集和详细审阅被保险人提供的医学材料的基础上，安排与被保险人所患疾病相关的、具有特定国家或地区有效行医执照的医学专家出具第二诊疗意见，**以初步判断被保险人是否有进行海外先进疗法治疗的必要性**。保险人将根据被保险人提供的理赔资料以及第二诊疗意见结果进行海外先进疗法初步适应症审核。

如果初步适应症审核出现以下特殊情况，保险人或保险人授权的第三方服务商有权要求被保险人补充其他与初步适应症审核相关的医学材料：

- (1) 被保险人提交海外先进疗法资格审核时所提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持初步适应症审核；
- (2) 其他不足以支持初步适应症审核的情形。

### 第三十四条 指定医疗机构推荐及治疗方案授权书的签署

被保险人的海外先进疗法资格审核及初步适应症审核均通过后，保险人或保险人授权的第三方服务商将根据被保险人的病情推荐 3 家指定医疗机构供被保险人选择，并出具带有海外指定医疗机构简介的指定医疗机构推荐函。

被保险人在保险人或保险人授权的第三方服务商推荐的指定医疗机构中选定接受海外先进疗法的指定医疗机构后，保险人或保险人授权的第三方服务商会联络选定的医疗机构进行就医安排，被保险人可获得只对该选定的医疗机构有效的治疗方案授权书。

由于被保险人的健康状况随时可能变化，指定医疗机构推荐函及治疗方案授权书的**有效期为3个月**。若在获得指定医疗机构推荐函之后的3个月内被保险人未选择医疗机构，或在获得治疗方案授权书的3个月内未在指定医疗机构进行治疗，如果被保险人在保险责任有效期内再次申请特定国家或地区海外先进疗法就医，被保险人将需重新获得适合其当时健康状况的指定医疗机构推荐函和治疗方案授权书。

### **第三十五条 海外先进疗法适应症临床评估及治疗、保险金赔付**

被保险人签署治疗方案授权书后，保险人或保险人授权的第三方服务商会安排被保险人前往选定医疗机构临床评估所患恶性肿瘤（重度）是否适合接受本保险合同约定的海外先进疗法治疗。

若经选定医疗机构评估被保险人不适合接受海外先进疗法治疗，保险人在恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金中，仅承担海外先进疗法适应症评估期间发生的保险责任范围内的医疗费用。

若指定医疗机构经海外先进疗法适应症临床评估，确认被保险人适合接受海外先进疗法治疗，保险人或保险人授权的第三方服务商将安排被保险人在指定医疗机构接受相关海外先进疗法治疗。

保险责任范围内的恶性肿瘤（重度）海外先进疗法医疗保险金将由保险人或保险人授权的第三方服务商直接与相应的医疗机构和服务机构结算，被保险人无需也不应向保险人要求向其本人另行支付保险金，并应自行承担保险责任范围外的其他费用。

保险人或保险人授权的第三方服务商不对相关机构或个人提供的医疗及护理质量负责。对指定医疗机构、医生或其他相关主体的医疗护理疏忽或过错，被保险人无权就此向保险人或保险人授权的第三方服务商索赔。

### **第三十六条 货币换算**

对于在中国大陆获得的保障项目的相关赔案的申请，保险人与被保险人之间仅以人民币进行结算。

对于在其他国家和地区获得的保障项目的相关赔案的申请，保险人向被保险人支付的货币需转换成人民币进行支付：

除另有约定外，本保险合同中涉及的外币与人民币的汇率，以费用支出当日中国人民银行公布的人民币兑换外币的中间价为准。

### **第三十七条 第三方责任的损失费用**

发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

### **第三十八条 保险金计算和给付**

本保险为费用补偿型医疗保险。保险人每次仅对被保险人发生的费用（不含住院津贴费用）扣除其已从除本保险外的其他途径获得补偿后的余额部分，按照本合同的约定计算给付保险金。无论如何，被保险人每次通过各个途径所获得的费用（不含住院津贴费用）补偿金额总和不得超过其实际发生的费用金额。

对于被保险人保险期间内发生的属于本合同保险责任范围的费用超过年免赔额的，保险人按照“（发生的保险责任范围内的费用—年免赔额）×（1—一般自付比例）”计算给付保险金。

当每次发生的费用小于等于年免赔额时，保险人不给付保险金，但该费用可用于扣减年免赔额。被保险人从社保途径和非社保途径已获得的医疗费用补偿也可用于抵扣年免赔额。年免赔额经上述扣减或抵扣后降至零元时，保险人计算给付保险金时不再扣除年免赔额。

保险人在本合同项下针对每一被保险人因先天性疾病和症状所发生的医疗费用给付的保险金累计以先天性疾病和症状给付限额为上限；针对每一被保险人因既往症所发生的医疗费用给付的保险金累计以既往症给付限额为上限；针对每一被保险人因非被认定为既往症的特定疾病所发生的医疗费用给付的保险金累计以非认定为既往症特定疾病给付限额为上限。

保险人在本合同项下针对每一被保险人给付的门急诊医疗保险金累计以门急诊医疗保险责任给付限额为上限，当达到该给付限额时，该被保险人的门急诊医疗保险责任终止。

保险人在本合同项下针对每一被保险人给付的各项费用保险金累计以本合同约定的保险金额为上限，当达到该保险金额时，该被保险人的各项保险责任终止。

其他应由被保险人承担的赔偿金额，保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

### 第三十九条 诉讼时效

受益人向保险人请求支付保险金的诉讼时效依法律规定，自其知道或应当知道保险事故发生之日起算。

## 被保险人变更

**第四十条** 保险期间内，投保人可申请变更被保险人，保险人按下列约定予以受理：

1. 因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人员的，投保人应书面通知保险人，保险人进行医疗审核。经保险人同意后，保险人保险单载明的起始日期开始按相关约定对该附属被保险人承担保险责任，并根据加人前后不同参保类型的保险费差额按日收取相应保险费。

2. 因主被保险人婚姻状态发生变化需要减少附属被保险人员的，投保人应书面通知保险人，并向保险人退还保险卡（如有）。保险人自收到通知之日次日零时起或通知书载明的终止日期次日零时（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保类型的保险费的差额按日退还未满期净保费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保费。

**第四十一条** 在保险期间内，经政府相关机构批准被保险人合法收养子女的，投保人或被保险人可为该子女投保本保险，并递交参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。

在该子女被批准收养之日起，经保险人同意，保险人自保险单载明的起始日期零时起对该子女按照承保约定承担保险责任。

**第四十二条** 如果被保险人常住地、住址、工作、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化（或者身故），投保人或被保险人应及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

### 医疗机构就诊

**第四十三条** 保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。

**第四十四条** 罹患疾病或遭受意外伤害后，被保险人应尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗，尤其是意外伤害，应在意外发生后 48 小时内接受治疗，以免伤情恶化、损害身体健康。

**第四十五条** 申请成为本保险合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本保险合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断），保险人将对这些信息保密。

申请成为本保险合同的主被保险人，亦意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本保险合同相关事宜。

### 争议处理和法律适用

**第四十六条** 因履行本保险合同发生的争议，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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

**第四十七条** 与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

### 其他事项

**第四十八条 合同变更**

除另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人或被保险人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人、被保险人和保险人订立变更的书面协议后生效。

**第四十九条 合同解除**

在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本保险合同。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (1) 保险合同解除通知书；
- (2) 投保人身份证明；
- (3) 保险卡（若有需自行剪毁）；
- (6) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人在保险责任开始生效日之前，或生效之日起 10 日内要求解除本保险合同的，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内全额退还投保人已交保险费，**保险人对在此期间发生的保险事故不承担保险责任。**

投保人在保险责任开始生效之日起的 10 日之后要求解除本保险合同的，若未发生保险事故，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止，并在收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本保险合同的未到期净保费。

**第五十条** 保险人将为每一被保险人发放电子保险卡，该保险卡将用于记录以下信息：保险单号码、免赔额、自付比例、保障类型、特别约定、第三方管理机构号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。保险卡是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

## 释义

1. **周岁**：指按法定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。
2. **正常工作**：指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。
3. **保险人**：指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。
4. **子女**：指与主被保险人存在父母与子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。
5. **第三方管理机构**：由保险人指定并代表保险人管理本保险合同或保险计划的公司、组织和合作伙伴。
6. **医疗机构**：指被接受医疗服务所在地国家或者地区当地法律或者政府认可的、有常驻职业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。**但不包括如下机构或医疗服务：**
  - (1) 诊所、康复中心、家庭病床（房）、护理机构；
  - (2) 休养、解酒、戒毒中心。
7. **保险人认可的药店**：指依法取得《药品经营许可证》的机构。
8. **意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的、非疾病使身体受到伤害的客观事件。**以下情形属于疾病范畴，非本保险合同所指意外伤害：**
  - (1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
  - (3) 高原反应；
  - (4) 中暑；
  - (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。
9. **等待期：**指自本保险合同保险期间开始时或被保险人成为本保险合同的被保险人首日（以较晚者为准）起，保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的所有治疗和诊断费用不承担保险责任。
10. **疾病：**机体在一定病因作用下自稳调节紊乱而发生地异常生命活动过程，并引发一系列代谢、功能、结构的变化，表现为症状、体征和行为的异常。
11. **医师：**指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，但不包括实习人员、在训人员。
12. **住院：**指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人彻夜占用医疗机构病床的行为，并正式办理入院手续。但不包括下列情况：
- (1) 被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
  - (2) 被保险人入住康复科、康复病房或接受康复治疗；
  - (3) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
  - (4) 被保险人住院体检；
  - (5) 挂床住院及其他不合理的住院。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。
13. **日间治疗：**指出于医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗服务，如肾透析、高压氧治疗等。
14. **医学必需：**指被保险人接受、使用的治疗、服务、器械或者服用的药品符合以下条件：
- (一) 医师医嘱要求且对治疗被保险人疾病或者意外伤害合适且必需。
  - (二) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。
  - (三) 非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。
  - (四) 最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的、接受鼻饲或者胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理的，不属医学必需。
  - (五) 非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。
  - (六) 非试验性或者研究性。该治疗手段如获当地国家政府法律批准通过的，在当地国家就诊手术发生的费用，且并未在责任免除中列出的。

急性指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

**亚急性**指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

**慢性病**指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：（一）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；（二）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

**喘息照护**指出于减轻患慢性或者终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

**日常生活活动**指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

**15. 通常惯例水平：**指医疗费用为以下两者中较低者：

（一）提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

（二）若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

**16. 免赔额：**指保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中应由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

**17. 赔付比例：**指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中应由保险人承担的比例。

**18. 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。

**19. 化学治疗：**指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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

**20. 放射治疗：**指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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

**21. 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，将药物或者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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

**22. 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需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

**23. 肿瘤内分泌疗法：**指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，杀死癌细胞或者抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

**24. 质子重离子放射治疗：**指利用质子和重离子对恶性肿瘤进行的放射治疗。

25. **肿瘤介入疗法**：指在影像设备引导下，将特制的穿刺针、导管等插入人体肿瘤或相关管道内，进行插管、灌注药物、引流、动脉栓塞等手段以杀灭肿瘤的治疗方法。本保险合同所指的介入治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

26. **非一次性耐用医疗设备**：指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备。购买或租赁耐用医疗设备的费用以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限，**但随后修理、更换费用保险人仅赔付相应符合通常惯例水平的购买价格的 50%**。对于患癌症接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，其两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。**但不包括任何非医疗必需的设备。**

耐用医疗设备不包括：自动轮椅、自动/电动床；添置轮子；额外的牙科切磨器；为个人舒适或者方便的器材（如电话、电话托臂、桌板）；改进空气质量或者调节温度的器件（如空调、加湿器、除湿器、净化剂、空气过滤器、太阳能或加热灯、加热垫）；一次性用品；电热毯、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、马桶座圈，桑拿房、涡流按摩浴；升降机；健身器材；定制或改造任何交通工具或者住宅设备费等。

27. **物理治疗**：指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。**不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。**

28. **重大疾病**：本保险合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

#### （一）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（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-O-3）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：

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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 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。

#### （二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的



心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

- (1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白 (cTn) 升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍 (含) 以上；
- (2) 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍 (含) 以上；
- (3) 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数 (LVEF) 低于 50% (不含)；
- (4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度 (含) 以上的二尖瓣反流；
- (5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；
- (6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白 (cTn) 升高不在保障范围内。

### (三) 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢 (含) 以上肢体 (见释义 61) 肌力 (见释义 62) 2 级 (含) 以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍 (见释义 63)；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动 (见释义 64) 中的三项或三项以上。

### (四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞 (包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞) 的移植手术。

### (五) 冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

### (六) 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议 (K/DOQI) 制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

### (七) 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端 (靠近躯干端) 以上完全性断离。

### (八) 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

### (九) 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，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) 范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；

(2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 $\gamma$ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
- (十) 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒（见释义 65）或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

#### (十一) 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### (十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

#### (十三) 双耳失聪-3 周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见释义 66）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

#### (十四) 双目失明-3 周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

#### (十五) 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

#### (十六) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

#### (十七) 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为

异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表(CDR, Clinical Dementia Rating)评估结果为3分；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。**

#### **(十八) 严重脑损伤**

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

(1) 一肢(含)以上肢体肌力2级(含)以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### **(十九) 严重原发性帕金森病**

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。**

#### **(二十) 严重Ⅲ度烧伤**

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

#### **(二十一) 严重特发性肺动脉高压**

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级(见释义67)Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg(含)以上。

#### **(二十二) 严重运动神经元病**

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

(1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；

(2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天(含)以上；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### **(二十三) 语言能力丧失-3周岁始理赔**

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月(声带完全切除不受此时间限制)，仍无法通过现有医疗手段恢复。

**精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**

**被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。**

#### **(二十四) 重型再生障碍性贫血**

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

① 中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9$  /L；

② 网织红细胞计数< $20 \times 10^9$  /L；

③ 血小板绝对值< $20 \times 10^9$  /L。

### **(二十五) 主动脉手术**

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤,已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

**所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。**

### **(二十六) 严重慢性呼吸衰竭**

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 0 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV<sub>1</sub>) 占预计值的百分比 < 30%;
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) < 50mmHg。

### **(二十七) 严重克罗恩病**

指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克罗恩病 (Crohn 病) 病理组织学变化,须根据组织病理学特点诊断,且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

### **(二十八) 严重溃疡性结肠炎**

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变已经累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,须根据组织病理学特点诊断,且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

以上 28 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范(2020 年修订版)》中列明的疾病,以下 9 种重大疾病为保险人增加的疾病。

### **(二十九) 严重心肌病**

指因心肌病导致慢性心功能损害,已经造成永久不可逆性心功能衰竭,达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级,须满足永久不可逆性体力活动能力受限、无法从事任何体力活动的条件。

### **(三十) 严重重症肌无力**

指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病,临床特征是局部或全身横纹肌于活动时易于疲劳无力,颅神经眼外肌最易累及,也可涉及呼吸肌、下肢近端肌群以至全身肌肉。且须满足下列全部条件:

- (1) 经药物或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情,丧失正常工作能力;
- (2) 出现眼睑下垂,或延髓肌受累引起的构音困难、进食呛咳,或由于肌无力累及延髓肌、呼吸肌而致机体呼吸功能不正常的危急状态即肌无力危象;
- (3) 症状缓解、复发及恶化的交替出现,临床接受新斯的明等抗胆碱酯酶药物治疗的病史。

### **(三十一) 严重多发性硬化症**

指因中枢神经系统脱髓鞘疾病,导致不可逆的运动或感觉功能障碍,临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实,且须满足下列全部条件:

- (1) 明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状;
- (2) 散在的、多样性的神经损伤;
- (3) 上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史纪录。

### **(三十二) 严重脊髓灰质炎**

指由脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱持续三个月以上,须导致一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失,指疾病确诊 180 天后,每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬,或不能随意识活动。

### **(三十三) 严重类风湿性关节炎**

指广泛分布的慢性进行性多关节病变,表现为关节严重变形,侵犯至少三个主要关节(腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节)或关节组(如手的多个指间、掌指关节,足的多个足趾、跖趾关节等)。类风湿性关节炎须明确诊断,并已达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍,且须

满足下列全部条件：

- (1) 晨僵；
- (2) 对称性关节炎；
- (3) 类风湿性皮下结节；
- (4) 类风湿因子滴度升高；
- (5) X线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。

#### （三十四）严重系统性红斑狼疮性肾病

系统性红斑狼疮是累及多系统、多器官的具有多种自身抗体的免疫性疾病。系统性红斑狼疮性肾病，又称为狼疮性肾炎，是系统性红斑狼疮累及肾脏，造成肾功能损伤。须由肾脏病理学检查结果证实或经临床确诊，并符合下列 WHO 诊断标准定义的 III 型至 V 型狼疮性肾炎。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型（微小病变型）：镜下阴性，尿液正常；
- II 型（系膜病变型）：中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变；
- III 型（局灶及节段增生型）：蛋白尿，尿沉渣改变；
- IV 型（弥漫增生型）：急性肾炎伴有尿沉渣改变或肾病综合征；
- V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿。

其它类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮，仅累及血液及关节等其它系统的系统性红斑狼疮不在保障范围内。

#### （三十五）持续植物人状态

指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态，且植物人状态须已持续 30 天以上。

#### （三十六）严重冠心病

指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件：

- (1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75% 以上，另一支血管管腔堵塞 60% 以上；
- (2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管官腔堵塞 75% 以上，其他两支血管管腔堵塞 60% 以上。

左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

#### （三十七）急性坏死性胰腺炎开腹手术

指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

### 29. 恶性肿瘤：指恶性肿瘤轻度和重度。

#### 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-O-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。

恶性肿瘤——重度（释义 32）

30. **先天性疾病**：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。具体范围以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）第十七章《先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）》的疾病范畴为准。

31. **专科医生**：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（二）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；（三）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》；（四）在二级或二级以上公立医院的相应科室从事临床工作三年以上。

32. **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（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-O-3）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”：

①ICD-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；

②TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

③TNM 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 $<10/50\text{HPF}$  和  $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

33. **海外指定医疗机构**：指由保险人或保险人授权的第三方服务商指定的、安排被保险人前往特定国家或地区接受先进疗法医疗服务的、符合当地法律法规要求合法设立的境内及海外的医疗机构，具体以保险人在其官网或产品销售页面公示的为准。

34. **海外药品费**：指被保险人在海外指定医疗机构接受适应症评估及治疗过程中，在特定国家或地区的指定医疗机构使用的根据主诊医生处方开具的药品的费用。

35. **转运费**：指遵循医嘱且预先通过保险人或保险人授权的第三方服务商安排，在特定国家或地区使用救护车在同一城市内进行转院或者运送时产生的费用。

36. **医学翻译费**：指被保险人在特定地区的指定医疗机构进行海外先进疗法适应症评估及治疗时产生的、与海外先进疗法适应症评估及治疗相关的医学翻译费用。

**37. 心理咨询费：**指被保险人在特定国家或地区的指定医疗机构进行海外先进疗法治疗且住院期间，经该指定医疗机构的主治医生书面建议并由该指定医疗机构提供的心理咨询服务所产生的费用。

本保险合同仅涵盖年龄为**14周岁及以下患者**在特定国家或地区的指定医疗机构进行上述约定的心理咨询服务所产生的相关费用。

**敬请注意：**保险人承担的上述约定的心理咨询次数在福利表上另行约定。

**38. 营养咨询费：**指被保险人在特定国家或地区的指定医疗机构进行海外先进疗法治疗且住院期间，经该指定医疗机构的主治医生书面建议并由该指定医疗机构提供的营养咨询服务所产生的费用。

本保险合同仅涵盖年龄为**14周岁及以下患者**在特定国家或地区的指定医疗机构进行上述约定的营养咨询服务所产生的相关费用。

**敬请注意：**保险人承担的上述约定的营养咨询次数在福利表上另行约定。

**39. 住院理疗费：**指被保险人在特定国家或地区的指定医疗机构、针对颅内恶性肿瘤进行海外先进疗法治疗并导致肢体功能障碍的，在住院期间，经该指定医疗机构的主治医生书面建议并由该指定医疗机构提供的、以恢复肢体功能为目的的理疗服务所产生的费用。

本保险合同仅涵盖年龄为**14周岁及以下患者**在特定国家或地区的海外指定医疗机构进行上述约定的住院理疗服务所产生的相关费用。

**敬请注意：**保险人承担的上述约定的住院理疗次数在福利表上另行约定。

**40. 治疗直接并发症的费用：**指治疗由本保险合同安排的、在特定国家或地区的指定医疗机构进行的海外先进疗法治疗所引起的直接并发症的费用。这些费用需同时满足以下条件：(a)被保险人需要立即在特定国家或地区的指定医疗机构进行医疗处置；(b)目的是使被保险人的身体状况满足归国行程所需。**因接受本保险合同安排的海外先进疗法所引起的并发症但并不满足上述条件的相关治疗费用不在本保险合同保障范围内。**

**41. 针灸治疗：**由具有相应资格的医师利用针刺与艾灸所进行的治疗。

**42. 顺势疗法：**一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

**43. 处方药：**简称 Rx，是由国家卫生行政部门规定或审定的，必须由医生处方开据，并且无处方无法从医院药房或药店获得的药物。对于某些药物，如维生素类，草药，阿司匹林，感冒药，以及实验性用药，医疗器械等，不需医生处方即可从医院药房或药店获得的，即使是由医生建议，也不能归类于处方药。

**44. 既往症：**在本保险合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(1) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(3) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

(4) 本保险合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

**45. 专业护士：**指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

**46. 临终关怀：**指对终末期病人提供集成家庭或住院医护服务，提供该服务的机构应满足下列全部条件：第一，取得了政府相关部门的批准；第二，二十四小时提供服务；第三，有医师直接管理和监控；第四，有注册护士指挥、协调护理服务；第五，被批准从事社会服务指导和协调；第六，主要目的为提供临终

关怀服务；第七，有全职管理人员；第八，保存了所提供服务的全部书面记录。

**47. 监护：**包括以下情形：

- (1) 治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾的人员提供的床位、护理等服务；
- (2) 对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；
- (3) 修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

**48. 注意力缺陷症：**是一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

**49. 注意缺陷多动障碍：**一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

**50. 发作性睡眠：**是指一种不可抗拒的睡眠发作，除正常睡眠外，可在任何时间或场所（如行走、谈话、进食和劳动中）入睡，不可自制。每次持续数分钟至数小时，可一日数发（大多数的病因不明）。

**51. 先天性疾病和症状：**指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

**52. 战争：**包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

**53. 恐怖主义活动：**指任何人或团伙出于政治、宗教、思想意识或类似目的，为对政府施加影响和（或）使全体或部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或威胁使用武力或暴力。恐怖主义活动，可仅为实施该活动者本身行为，或代表某一机构、政府，或与某一机构、政府相关。

**54. 医学随访：**指被保险人在没有任何与本保险合同约定的恶性肿瘤（重度）相关的阳性医学检查结果和临床疾病体征的情况下，到医疗机构进行的、为确认其未来是否可能患病或预防未来患病的所有医疗行为（包括问诊、治疗、用药、检查等）。

**55. 未到期净保费：**

**若保险费为一次性缴付的：**未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-30%)。经过天数不足一天的按一天计算。

**若保险费为分期缴付的：**未到期净保费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-30%)。经过天数不足一天的按一天计算。

**若本保险合同已发生过保险金给付，则未到期净保费为零。**

**56. 保险金额：**指保险人承担相应保险责任的最大限额。

**57. 年度累计免赔额：**指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须首先由被保险人自行负担的金额。

**58. 自付比例：**指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比例。

**59. 不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**60. 保险费约定缴纳日：**指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最



后一日为对应日。

61. **肢体**：肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
62. **肌力**：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：
- 0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。
- 1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。
- 2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。
- 3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。
- 4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。
- 5 级：正常肌力。
63. **语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍**：**语言能力完全丧失**，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。**严重咀嚼吞咽功能障碍**，指因牙齿以外的原因导致器质障碍 或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取 或吞咽的状态。
64. **六项基本日常生活活动**：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
65. **酗酒**：指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由保险人指定或认可的医疗机构或公安部门判定。
66. **永久不可逆**：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
67. **美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级**：**美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级**：
- I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。
- II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。
- III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。
- IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

（本页内容结束）

附表 1：恶性肿瘤（重度）海外先进疗法清单

海外 先进 疗法	定义	评估期及治疗期
质 子 重 离 子 放 射 治 疗	指对恶性肿瘤（重度）采用质子和重离子进行放射治疗的技术。本保险合同约定的质子重离子放射治疗指被保险人在质子重离子放射治疗的指定医疗机构针对本保险合同约定的质子重离子放射治疗指定适应症（见附表 2）进行的质子重离子放射治疗。	在本保险合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经二级以上（含二级）公立医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤（重度），并需要进行质子重离子放射治疗，自其确诊之日起 2 年内为质子重离子放射治疗的治疗期（含评估期）。
硼 中 子 俘 获 疗 法	指对恶性肿瘤（重度）采用硼中子进行俘获治疗的技术。本保险合同约定的硼中子俘获治疗指被保险人在特定国家或地区的硼中子俘获治疗指定医疗机构针对本保险合同约定的硼中子俘获治疗指定适应症（见附表 2）进行的硼中子俘获疗法治疗。	在本保险合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经二级以上（含二级）公立医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤（重度），并需要进行硼中子俘获治疗，则自被保险人确诊之日起 2 年内为硼中子俘获疗法治疗的治疗期（含评估期）。
近 红 外 光 免 疫 治 疗	<p>近红外光免疫治疗是一种最前沿的、具有高度选择性的癌症治疗方法。其原理是将单克隆抗体与光敏剂结合的偶联物注射到患者体内，当抗体偶联物在目标肿瘤中积聚后，再以特定波长的近红外光照射，激活抗体偶联物，通过光化学等反应导致目标肿瘤细胞死亡。</p> <p>本保险合同约定的近红外光免疫疗法指被保险人在特定国家或地区的近红外光免疫治疗指定医疗机构针对本保险合同约定的近红外光免疫疗法指定适应症（见附表 2）进行的近红外光免疫治疗。</p>	在本保险合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经二级以上（含二级）公立医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤（重度），并需要进行近红外光免疫治疗治疗，自其确诊之日起 2 年内为近红外光免疫治疗的治疗期（含评估期）。
细 胞 免 疫 疗 法	<p>指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者传输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。</p> <p>本保险合同约定的细胞免疫疗法指被保险人在特定国家或地区的细胞免疫疗法指定医疗机构，针对本保险合同约定的细胞免疫疗法指定适应症（见附表 2），使用指定药品（见附表 2）进行的细胞免疫疗法治疗。</p> <p>细胞免疫疗法主要包括以下七个步骤，其中除步骤（2）CAR-T 细胞的制备外，其他步骤须在指定医疗机构进行：</p>	<p>在本保险合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经二级以上（含二级）公立医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤（重度），并需要进行细胞免疫疗法治疗，则自被保险人确诊之日起 2 年为细胞免疫疗法评估期。</p> <p>（1）只有在细胞免疫疗法评估期内，被保险人可前往指定医疗机构进行细胞免疫疗法适应症临床评估。</p> <p>（a）对于细胞免疫疗法申请评估期结束后被保险人发生的与细胞免疫疗法相关的评估费用及治疗费用，保险人不承担赔付保险金的责任。</p> <p>（b）被保险人在细胞免疫疗法评估期结束前未进行本保险合同“细胞免疫疗法”中的第（1）</p>

	<p>(1) 单采：被保险人经指定医疗机构评估确认适合使用指定药品进行细胞免疫疗法并开具指定药品处方后，在指定医疗机构进行单采，提取白细胞。</p> <p>(2) CAR-T 细胞的制备：利用被保险人的白细胞，在制药中心制备 CAR-T 细胞。</p> <p>(3) 回输前的检查：被保险人在指定医疗机构接受 CAR-T 细胞回输相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合进行预处理化疗和回输。</p> <p>(4) 预处理：被保险人在指定医疗机构接受 CAR-T 细胞回输前 7 天内进行的，以清除淋巴细胞为目的的化疗。</p> <p>(5) CAR-T 细胞回输：在指定医疗机构将利用被保险人的白细胞在制药中心制备的 CAR-T 细胞回输到被保险人体内。</p> <p>(6) 反应监控：指定医疗机构监护被保险人，控制 CAR-T 治疗可能带来的不良反应。</p> <p>(7) 治疗效果评估：被保险人到接受 CAR-T 治疗的指定医疗机构接受各项检查，评估治疗效果。</p>	<p>步“单采”的，细胞免疫疗法评估期结束后保险人不承担任何保险责任。</p> <p>(2) 自被保险人在细胞免疫疗法申请评估期内首次进行本保险合同“细胞免疫疗法”中所定义的医学治疗中的第(1)步“单采”的第 1 日起，至下列两者较早到达之日结束为细胞免疫疗法治疗期：</p> <p>(a) 医学治疗中的第一步“单采”第 1 日后的第 365 日（含当日）；</p> <p>(b) 医学治疗中的第五步“CAR-T 细胞回输”治疗之日后的第 30 日（含当日）。</p> <p><b>敬请注意：</b></p> <p>① 在细胞免疫疗法治疗期内，保险人仅承担 1 次因进行 CAR-T 细胞的制备所产生的相关费用。</p> <p>② 保险人不承担 CAR-T 治疗期间进行的除预处理以外的化疗及靶向药治疗所产生的费用。</p>
<p>T 细胞受体工程改造 T 细胞疗法</p>	<p>TCR-T，即 T 细胞受体工程改造 T 细胞疗法。它是通过向普通 T 细胞中转导嵌合抗原受体，来提高特异性识别肿瘤抗原的 TCR 的亲力和免疫细胞的战斗力，使 T 细胞能够重新高效识别肿瘤靶细胞，在体内发挥更强的抗肿瘤免疫效应。TCR-T 疗法不仅能快速杀灭肿瘤，还可以避免疫苗和 T 细胞检查点疗法的延迟效应。本保险合同约定的 TCR-T 疗法指被保险人在特定国家或地区的 TCR-T 疗法指定医疗机构针对本保险合同约定的 TCR-T 疗法指定适应症（见附表 2）使用指定药品（见附表 2）进行的 TCR-T 疗法治疗。</p>	<p>在本保险合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经二级以上（含二级）公立医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤（重度），并需要进行 TCR-T 疗法治疗，自其确诊之日起 2 年内为 TCR-T 疗法治疗的治疗期（含评估期）。</p>

注：保险人保留对海外先进疗法清单进行适当调整的权利。若海外先进疗法清单调整，请以保险人官网公示为准。

（本页内容结束）

附表 2：海外先进疗法适应症清单

1、质子线放射治疗适应症清单

质子线放射治疗适应症清单		
部位	疾病诊断	适应症
头颈部	鼻咽恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T3 NOM0 期，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	鼻腔恶性肿瘤	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	鼻窦恶性肿瘤	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	头颈部恶性黑色素瘤	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	嗅神经母细胞瘤	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	腺样囊性癌	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	主唾液腺的恶性肿瘤	病理呈现低分化细胞形态的唾液腺肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	头颈部非鳞状细胞癌	头颈部非鳞状细胞癌（不包括甲状腺癌），但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	头颈部鳞状细胞癌	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
脑部、脊髓	神经胶质瘤	恶性神经胶质细胞瘤
	胶质母细胞瘤	非先天性恶性胶质母细胞瘤
	颅内生殖细胞瘤	颅内非先天性的恶性生殖细胞肿瘤
	恶性脑膜瘤	专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	大细胞髓母细胞瘤	肿瘤分期为 T1-T2 NOM0 期的，无复发的非先天性大细胞髓母细胞瘤
	恶性室管膜瘤	肿瘤分期为 T1-T3 NOM0 期的，无复发的颅内的恶性室管膜瘤
	原始神经外胚瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOM0 期的非先天性神经外胚层肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	脊索瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOM0 期的脊索瘤
泌尿系统	前列腺恶性肿瘤	肿瘤分期为 T2-T4 NOM0 期的前列腺恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	膀胱恶性肿瘤	临床分期为 I-III 期的膀胱恶性肿瘤，但专科医生已经

		建议首选手术治疗的除外
	肾细胞癌	肿瘤分期为 T1-T2 NOMO 期的无周围器官浸润的原发性肾癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	睾丸恶性肿瘤	主动脉周边以及患侧总髂动脉周边需要放射性治疗的、无复发的睾丸恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
肺、纵膈	肺恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的肺恶性肿瘤（不包括伴有邻近脏器浸润的 T4 NOMO 期）
	非小细胞肺癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的、无周围脏器浸润的，无气管支气管转移的原发性非小细胞肺癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	纵膈恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的、无周围任何脏器的浸润的纵膈恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
消化系统	肝细胞性癌	肿瘤分期为 T1-T3 NOMO 期的肝细胞性肝癌
	肝内胆管癌	肿瘤分期为 T1-T3 NOMO 期的原发性或复发性肝内胆管细胞癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	胆管癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的原发性或复发性胆管癌（肝门部，肝脏外的胆管癌），但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	胰腺恶性肿瘤	临床分期为 I, IIA, IIB, III 期的胰腺恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	食道恶性肿瘤	临床分期为 I-IV 期的食道恶性肿瘤，其中 IV 期须为无血液转移和任何浸润的局部局限性食道恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	复发的直肠恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的、无临近器官浸润的直肠恶性肿瘤术后局部复发，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
妇科	子宫颈恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T2 NOMO 期的、无复发的、无周围器官浸润的子宫颈恶性肿瘤
	子宫恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T2 NOMO 期的、无复发、无周围器官浸润的子宫体恶性肿瘤
其他	软骨肉瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的软骨肉瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	骨肉瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的骨肉瘤，但专科医生已经

		建议首选手术治疗的除外
	骨、软组织恶性肿瘤	手术根治困难的、局部局限性的骨、软组织的恶性病变，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外

注：质子线放射治疗适应症均为原发性恶性肿瘤——重度，不包括任何良性肿瘤或发生转移的恶性肿瘤。

## 2、重离子线放射治疗适应症清单

重离子线放射治疗适应症清单		
部位	疾病诊断	适应症
头颈部	头颈部非鳞状细胞癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的非鳞状细胞癌（不包括甲状腺恶性肿瘤），但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	泪腺恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的泪腺恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	头颈部恶性黑色素瘤	头颈部粘膜恶性黑色素瘤及脉络膜恶性黑色素瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	鼻腔鼻窦鳞状细胞癌	肿瘤分期为 T1-T3 NOMO 期的，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	耳部鳞状细胞癌	肿瘤分期为 T1-T3 NOMO 期的，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
肺、纵膈、	肺恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的肺恶性肿瘤的、并且无邻近脏器浸润的原发性肺癌
	非小细胞肺癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的非小细胞肺癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
泌尿系统	前列腺恶性肿瘤	肿瘤分期为 T2-T4 NOMO 期的原发性前列腺癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	肾细胞癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的、无复发、无周围器官浸润的原发性肾细胞癌
消化系统	食道恶性肿瘤	临床分期为 I-III 期的、无任何浸润的、局限性原发性食道恶性肿瘤
	复发的直肠恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的原发性直肠恶性肿瘤，术后骨盆内复发，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	复发的结肠恶性肿瘤	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的结肠恶性肿瘤，术后骨盆内复发，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外

	肝细胞癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的肝细胞癌
	肝内胆管癌	肿瘤分期为 T1-T4 NOMO 期的、原发性或复发性肝内胆管癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	胰腺恶性肿瘤	临床分期为 I, IIA, IIB, III 期的胰腺恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
妇科	子宫颈恶性肿瘤	临床分期 (FIGO) 为 II-IVA 期的子宫颈部腺癌或大于 6 cm 的鳞状细胞癌，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	子宫恶性肿瘤	临床分期 (FIGO) 为 I-IVA 期的、因合并症等原因不能手术切除的原发性子宫恶性肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	妇科恶性黑色素瘤	局部局限性妇科领域的、边界清楚，无复发的恶性黑色素瘤
其他	颅底恶性肿瘤	手术根治困难的脊索瘤，软骨肉瘤等，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外
	骨、软组织恶性肿瘤	手术根治困难的、局部局限性的恶性骨、软组织肿瘤，但专科医生已经建议首选手术治疗的除外

注：重离子线放射治疗适应症均为原发性恶性肿瘤——重度，不包括任何良性肿瘤或发生转移的恶性肿瘤。

### 3、细胞免疫疗法适应症及指定药品清单

细胞免疫疗法适应症及指定药品清单		
药品通用名	药品中文名	适应症
Yescarta	阿基仑赛	既往接受二线或以上系统性治疗后复发的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤，或既往接受二线或以上系统性治疗无效的难治性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤
Breyanzi	利基迈仑赛	既往接受一线或以上系统性治疗后复发的大 B 细胞淋巴瘤；既往接受一线或以上系统性治疗无效的难治性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤；既往接受一线或以上系统性治疗后复发的 3b 级滤泡性淋巴瘤；既往接受一线或以上系统性治疗无效的难治性 3b 级滤泡性淋巴瘤
Kymriah	替沙仑赛	25 岁以下既往接受二线或以上系统性治疗后复发的 B 细胞前体急性淋巴细胞白血病；25 岁以下既往接受二线或以上系统性治疗无效的难治性 B 细胞前体急性淋巴细胞白血病；既往接受二线或以上系统性治疗后复发的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤；既往接受二线或以上系统性治疗无效的难治性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤
Tecartus	/	既往接受二线或以上系统性治疗后复发的成人 B 细胞前体急性淋巴细胞白血病；既往接受二线或以上系统性治疗无效的难治性成人 B 细胞前体急性

		淋巴细胞白血病；既往接受二线或以上系统性治疗后复发的套细胞淋巴瘤；既往接受二线或以上系统性治疗无效的难治性套细胞淋巴瘤
Abecma	艾基维仑赛	既往接受四线治疗（包括免疫调节剂、蛋白酶体抑制剂和抗 CD38 单克隆抗体）后复发的多发性骨髓瘤；既往接受四线治疗（包括免疫调节剂、蛋白酶体抑制剂和抗 CD38 单克隆抗体）无效的难治性多发性骨髓瘤
Carvykti	西达基奥仑赛	既往接受四线治疗（包括免疫调节剂、蛋白酶体抑制剂和抗 CD38 单克隆抗体）后复发的多发性骨髓瘤；既往接受四线治疗（包括免疫调节剂、蛋白酶体抑制剂和抗 CD38 单克隆抗体）无效的难治性多发性骨髓瘤

#### 4、硼中子俘获治疗适应症

硼中子俘获治疗适应症清单	
诊断疾病	不可切除的、局部晚期或局部复发的头颈部恶性肿瘤——重度，不包括脑肿瘤

#### 5、近红外光免疫治疗适应症

近红外光免疫治疗适应症清单	
诊断疾病	不可切除的、局部晚期或复发的头颈部恶性肿瘤——重度

#### 6、TCR-T 疗法适应症

指定药品商品名	指定药品通用名	指定药品生产厂商	指定适应症
<p>Kimtrak</p> <p>（敬请注意：本药品仅适用于成年人使用。）</p>	Tebentafusp	Immunocore	<p>①HLA-A*02:01 阳性的、无法切除的葡萄膜黑色素瘤；</p> <p>②HLA-A*02:01 阳性的、转移性葡萄膜黑色素瘤</p>

注：保险人保留对海外先进疗法适应症清单进行适当调整的权利。若海外先进疗法适应症清单调整，请以保险人官网公示为准。

（本页内容结束）