

中意财产保险有限公司

个人住院医疗保险 B 版（互联网专用）条款

注册号：C00011732512025121801983

总则

第一条 保险合同的构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、保险凭证、批注、批单及其他投保人与保险人的共同认可的书面协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险合同成立和生效

投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。合同生效日期在保险单上载明。

第三条 被保险人

被保险人应为出生满 30 天至 99 周岁（含）、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。首次投保或非连续投保时，被保险人年龄应在 65 周岁（含）以下。

被保险人的常住地应为中国大陆境内（不含香港、澳门、台湾地区，下同），在投保前连续 12 个月内在中国大陆境内累计居住至少 183 天。若被保险人投保时不满 1 周岁，则被保险人在中国大陆境内累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的二分之一。

第四条 投保人

投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、或对被保险人有保险利益的其他人。

第五条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 等待期

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，自本合同生效之日起的三十天为等待期。被保险人在等待期内确诊罹患疾病，无论治疗时间是否超过等待期，保险人均不承担给付保险金的责任。

投保人在保险期间届满时申请不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

被保险人因遭受意外伤害事故而接受治疗的，也不受等待期的限制。

第七条 保险责任

本合同的保险责任包括“一般住院医疗保险金（必选责任）”、“特殊门诊医疗保险金（必选责任）”、“医疗援助保险金（必选责任）”、“特定药品费用保险金（必选责任）”和“特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金（可选责任）”。

除另有约定外，保险人所提供的保险计划、保障区域和指定医疗机构范围详见保险计划表（附件 1），投

保人可根据需求选择投保，但“可选责任”不得单独投保，须与“必选责任”一起投保。

本保险合同所承保的具体保险计划、保险责任、保障区域和指定医疗机构范围在保险合同中载明，保险人根据保险合同中载明的内容承担保险责任。

（一）一般住院医疗保险金（必选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**事故或在等待期后因罹患疾病，在本合同约定的**医院经专科医生诊断必须接受住院治疗的**，对于被保险人住院治疗期间实际发生的、需个人支付的、**医学必需且合理的、且符合通常惯例水平**的下列医疗费用，**保险人扣除保险单载明的各项费用免赔额后**，依照本合同约定和保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额、日数（次数）限制和赔付比例给付住院医疗保险金。**各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、床位费和膳食费：床位费指被保险人在住院期间实际发生的以中国大陆地区（不含港澳台地区）**标准单人病房为标准的住院床位费**。膳食费指被保险人在住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。**膳食费应包含在医疗账单内，账单内的具体费用项目归属以各医院的实际情况为准。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。**

2、住院陪床费：指未满十二周岁或年满六十周岁的被保险人在住院期间，其直系亲属或法定监护人（限一人）陪同住院所发生的加床费及医院提供的膳食费用。**陪同人员的加床费标准以不高于被保险人的床位费标准为限。本合同约定的住院陪床费日限额为：每日最高人民币 800 元。本合同约定的住院陪床费日数限制：本合同年度内未满十二周岁或年满六十周岁的被保险人住院陪床费的给付标准以最高不超过九十天为限。**

若年龄已满十二周岁且未满六十周岁的被保险人住院，则不享有本项“住院陪床费”保障内容。

3、重症监护床位费：指被保险人在住院期间实际产生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的重症监护病房、心监室等类似病房或病区而产生的床位费用。

4、医师诊疗费：指被保险人在住院期间实际发生的、由医生实施的、因医生为患者以治疗疾病为目的而提供的必要医学手段而产生的技术劳务费、医疗器械使用费和消耗品费用，具体以被保险人就诊医院的费用项目划分为准。

5、麻醉师费：外科手术的麻醉师实施麻醉的费用。

6、手术医师费：指被保险人在住院期间接受手术治疗过程中所产生的手术医师操作费。包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。

7、护理费：指被保险人实际发生的，由专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。

8、检查检验费：指被保险人实际发生的、由医生或专业医技人员实施的、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产生的费用，包括 X 光检查、心电图、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、内窥镜检查的费用分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及其它**大型检查检验**费用。

9、治疗费：指以治疗疾病为目的，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，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

10、手术费：指被保险人在住院期间接受手术治疗过程中所产生的麻醉费、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。本项手术费也包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。**本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。**

11、药品费：指由医师在被保险人住院期间以及出院日处方开具的药品的费用、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、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，**且其用量以出院日起九十天为限。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。药品费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，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、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。

12、手术辅料费：指被保险人在住院期间接受手术治疗过程中所产生的手术辅料费。包含被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、必需且合理的日间手术治疗而实际产生的上述费用。

13、手术植入材料费：指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体内，以治疗、诊断或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料，包括：

(1) 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片等；

(2) 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器等；

(3) 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜等；

(4) 钛网/支架等组织成型材料：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架等；

(5) 其它：脑起搏器、心脏起搏器等。

上述手术植入材料不包括任何非手术中医疗必需的物体或材料。

14、义肢/人造假肢（手术植入）费：指被保险人在医疗上必要的，由主诊专科医师推荐的，由手术植入的、非美容目的的晶体、支架（不包括牙套）、起搏器、假肢或类似整形外科器具和植入物的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

15、耐用医疗设备费：指被保险人实际发生的、因医学必需而购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。不包括替换或维修上述非一次性耐用医疗设备的费用。本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器、腿臂背和颈支具、人造腿臂眼，不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述非一次性耐用医疗设备的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

16、器官移植费：指被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病，以被保险人为受体，经相关医生明确诊断，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。

17、康复治疗费：指在医院接受门诊急诊治疗或住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。治疗范围须满足下列条件其一：

(1) 手术后的康复治疗；

(2) 中枢神经损伤后的康复治疗；

(3) 脑卒中、脑中风或者脑出血后的康复治疗；

(4) 言语或者吞咽功能障碍的康复治疗（因精神疾病导致的除外）。

以上治疗手段包括：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

18、专业护理费：指为在一定程度上治疗或减缓病症，医师处方要求的、仅国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士才能提供的、每日至少持续四个小时的住院或门诊护理费。

（二）特殊门诊医疗保险金（必选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病，在本合同约定的医院经专科医生诊断必须接受**特殊门诊治疗**的，保险人对由此而实际产生的以下必需且合理的医疗费用，依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制和赔付比例，在特殊门诊医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金。本合同约定的**特殊门诊医疗保险金**包括：

1、**住院前后三十天（含入院和出院当日）内**，被保险人由于该次住院相同原因接受门诊治疗，由此发生的医师诊疗费、检查检验费、处方药品费。

2、与日间治疗及**门诊手术**相关的医师费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师

费。

3、特殊门诊治疗费：指在门诊进行的肾脏透析疗法的费用，器官移植术后抗排异治疗的费用，恶性肿瘤的电疗、化学治疗、放射治疗、质子重离子治疗、**肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法**的费用。

（三）医疗援助保险金（必选责任）

在保险期间内，保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用，依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制和赔付比例，在医疗援助保险金额内给付医疗援助保险金。

1、重大疾病住院津贴保险金：

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害之外的其他原因，经医院专科医生**初次确诊**罹患本合同所定义的二十八种**重大疾病**（无论一种或者多种），并在医院因该重大疾病接受住院治疗的，保险人对于被保险人每年**实际住院日数**，按照“（每年实际住院日数）×每日重大疾病住院津贴限额”计算**重大疾病住院津贴保险金**。无论被保险人一次或多次住院，保险人针对每一被保险人累计给付重大疾病住院津贴保险金的日数以三十日为限。

2、**同城救护车费**：指住院前或住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需在同一城市医院转诊过程中的医院用车费用。**同城救护车费用的使用仅限于在同一城市中的医疗运送。**

3、**重大疾病异地就诊交通费**：指被保险人在等待期后经医生初次确诊罹患本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**经保险人授权的医疗服务供应商授权同意**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，保险人按照本合同约定在给付限额内给付重大疾病异地就诊交通费保险金。**重大疾病异地就诊交通费需提前取得医疗服务供应商的授权同意。**

本项**重大疾病异地就诊交通费**责任的公共交通工具包括民航班机（限经济舱）和客运火车（含软卧、硬卧、软座、硬座、站票或高铁动车一等座、二等座、无座）。**被保险人选择其他交通工具、民航班机的其他舱位或客运火车的其他席位而产生的交通费用，不在本项责任的保障范围内。**

4、**重大疾病异地就诊住宿费**：指对被保险人和被保险人的一名成年直系亲属陪同时（如有）发生的必需且合理的因异地就诊产生的住宿费用，**住宿费为到达转院目的地后的住宿费。**

除另有约定外，住宿酒店以三星级及以下的标准间（标准双床房或标准大床房）为限，对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，保险人在保险期间内一次或多次重大疾病异地就诊住宿费用的累计给付天数以 28 日为限。

（四）特定药品费用保险金（必选责任）

在保险期间内，保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用，依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每日限额、日数限制和赔付比例，在特定药品费用保险金额内给付特定药品费用保险金。

1、**恶性肿瘤特定药品基因检测费**：被保险人经医生确诊罹患“恶性肿瘤——重度”疾病、“恶性肿瘤——轻度”疾病，被保险人在医疗机构或基因检测机构发生的因治疗该疾病，且以使用恶性肿瘤特定药品、药物为目的的合理且医疗必需的恶性肿瘤特定药品基因检测费用。

2、临床急需进口药品费

被保险人经二级或二级以上公立医院或**指定医院**（详见保险人另行发布的《指定医院清单》）专科医生初次确诊罹患“恶性肿瘤——重度”，且经指定医院专科医生诊断必须使用临床急需进口药品治疗的实际药品费用。**实际药品费用须同时满足以下所有条件：**

（1）该药品处方或用药医嘱须由我们指定医院专科医生开具、且属于被保险人当前治疗必需的药品；

（2）该药品须经相关监管部门审批通过并获得进口许可；

（3）每次处方仅限治疗初次确诊的原发性恶性肿瘤，**原发于其他器官组织而浸润、转移的恶性肿瘤不在保障范围内；**

（4）被保险人须在保险人指定医院购买上述处方中所列药品，且该药品在保险人指定的药品清单中（具体以保险人另行发布的《临床急需进口药品清单》为准）；

(5) 被保险人所罹患的疾病须与该药品的适应症范围相对应；

(6) 每次的处方剂量不超过一个月。

本项保险责任仅承担临床急需进口药品本身的费用，不承担因临床急需进口药品而产生的其他医疗费用。

(五) 特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金（可选责任）

在保险期间内，保险人对被保险人实际产生的以下必需且合理的费用，依照本合同约定和本合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每次限额、次数限制和赔付比例，在特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金额内给付特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金。

1、被保险人因意外伤害或疾病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、赔付比例、每月购药次数、单次给付限额承担保险责任。**药品配送费用不属于本项保障内容。**特定互联网医院在线药品费用保险金的给付，需同时满足下列所有条件：

(1) 该药品是用于治疗被保险人于等待期后首次罹患的疾病，或是用于治疗保险合同保障期内发生的意外伤害。

(2) 处方及处方药的开具遵循国家相关法律法规要求执行；药品的使用符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量。

(3) 药品须属于保险人所约定的在线问诊药品清单。

(4) **每次药品处方剂量不超过七日。**

本项保障内容仅适用于六周岁至六十五周岁被保险人。

保险人对于以上“住院医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”、“医疗援助保险金”、“特定药品费用保险金”和“特定互联网医院在线问诊及药品费用保险金”五项费用的累计保险金给付金额之和以本合同约定的年度保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的保险金额时，保险人对于被保险人的保险责任终止。

第八条 补偿原则和赔付标准

本保险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、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行补偿。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。

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险合同载明的比例进行赔付。

第九条 免赔额和赔付比例

本保险合同所指免赔额为年免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。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、城乡居民大病保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

赔付比例指保险责任范围内费用扣除免赔额后由保险人比例承担的部分。

免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险合同中载明。

责任免除

第十条 责任免除

下列费用或因下列情形导致的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- 1、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2、被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3、被保险人从事违法行为或者故意行为（包括但不限于自残、自杀、自伤），但被保险人为无民事行为能力的不受此限；
- 4、被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- 5、被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；
- 6、任何既往症、或被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病；保险人同意承保的既往症不受此限。
- 7、任何保险单载明的除外疾病或除外项目；
- 8、被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技项目期间；
- 9、被保险人从事或参加高风险运动，包括但不限于潜水、跳伞、攀岩、蹦极、漂流、冲浪、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术、摔跤、特技表演、赛马、赛车、马术、拳击、跆拳道、空手道、柔道、摔跤、滑雪、滑冰、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰等；
- 10、职业病、医疗事故；
- 11、核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 12、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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（ICD-10）》为准，但涉及重大疾病病种释义中约定的情况除外）；
- 13、被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；
- 14、虽有临床不适症状，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（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（ICD-10）》为准）；
- 15、疗养、各种健康体检项目及预防性医疗项目、非意外事故所致整容手术；
- 16、皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、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、缩乳；戒烟治疗、减肥、变性；
- 17、各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
- 18、各种健美治疗项目，包括但不限于营养、增胖、增高费用；
- 19、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- 20、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 21、除齿科意外治疗外的其他齿科医疗及相关费用（包括因咀嚼食物或咀嚼其他外物导致牙齿伤害而产生的医疗费用）；
- 22、各种美容用品、抗光老化药物、大剂量维生素费用；生长激素治疗及其它相关费用、眼镜、隐形眼镜费用
- 23、任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过三十天用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本合同约定的医院药房购买的药品（本合同另有约定的除外）；
- 24、各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（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）；
- 25、自动轮椅或自动床、舒适设备、空气质量或温控设备（空调、湿度调节器、空气净化器等）、健身脚踏车、加热垫、坐浴盆、健身器材或其它类似设备；
- 26、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从本合同约定的医院或保险人指定医疗

机构确定出院之日起发生的一切医疗费用)；

27、未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

28、虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

29、未被政府部门批准的治疗，未获得政府许可或批准的药品或药物；

30、各类医疗鉴定产生的费用，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、遗传基因鉴定费用；

31、精神和行为障碍疾病相关的治疗费用。（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（ICD-10）》为准）；

32、被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病引起的治疗；

33、被保险人患任何性病引起的医疗费用；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；

34、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；未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；未取得中国大陆法律法规及中国大陆相关监管机关批准的检查、治疗及相关医疗服务的所有费用，试验性治疗的所有费用；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、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；

35、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；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；

36、器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用。除心脏瓣膜、支架（不包括牙套）、起搏器、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的材料、安装和置换等费用；

第十一条 保险金额和保险费

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，并在保险合同中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。

若投保人选择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，对于保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，须经投保人申请并经保险人同意，并在保险合同中载明。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，对于保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十二条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同上载明的起讫时间为准。

第十三条 不保证续保

本保险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。

保险人义务

第十四条

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。

第十五条

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发电子保险单或其他保险凭证。投保人要求提供纸质保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

第十六条

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

第十七条

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条

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

第十九条

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费。

第二十条

订立保险合同，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规定的义务，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，不承担给付保险金责任，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，不承担给付保险金责任，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。

第二十一条

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日起退保并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人重新按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保险费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条

投保人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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十三条

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准。投保人在申请投保时，应填写被保险人的出生日期，如发生错误按照下列方式办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未到期保险费。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。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费；若已发生保险事故，保险人在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应将多交的保险费无息退还投保人。

第二十四条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请

第二十五条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请保险金时，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相关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）保险金索赔申请书；

（二）保险合同或其他保险凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）指定医疗机构出具的完整病历资料，包括诊断证明、门急诊/住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；

（五）如已从其他途径获得医疗费用补偿的，须提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；

（六）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、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,由其监护人代为申请保险金,并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中,经被保险人同意,保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

第二十六条 直付服务

被保险人在保险人指定的**直付网络医院**就医的,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,保险人将直接给付保险金给提供医疗服务的指定直付网络医院,保险人不再向保险金受益人重复给付保险金。

被保险人在直付网络医院就医的,对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医院未向其收取的医疗费用,在接到保险人或者保险人授权机构的通知后,被保险人应当在三十日内支付相应款项;未在三十日内支付相应款项的,保险人有权向其继续追偿相应费用并停止提供直付服务。

被保险人未在直付网络医院就医的,不享受保险人直付服务。

第二十七条 事先授权申请

在直付网络医院接受下列治疗前,被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人或保险人的授权机构提交事先授权申请表:

- (一) 住院、手术(含门诊手术)、特殊门诊;
- (二) 单价在 5000 元以上的药剂或检查;
- (三) 购买或租用非一次性耐用医疗设备,包括但不限于胰岛素泵及其配套器械;
- (四) 临终关怀。

对于被保险人事先授权申请,保险人或保险人的授权机构将予以书面回复,被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗。未获得书面许可自行接受治疗的,保险人保留不承担相关保险责任的权力。

即使被保险人获得书面许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范围,保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

紧急情况下,可不进行事先授权申请先行接受治疗(紧急情况指不立即采取需事先授权的治疗就会使被保险人的健康严重受损的情形),但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或保险人的授权机构,保险人将对本次治疗是否属紧急情况予以审核。

其他事项

第二十八条 合同解除

在保险期间内,投保人可以解除本保险合同并提前以书面形式通知保险人。投保人解除本保险合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单或其他保险凭证;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明;
- (五) 保险人需要的其他有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同,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 日内退还保险单的未到期保险费。若保险人已给付过任何保险金,则未到期保险费为零。

第二十九条 合同内容变更

除另有约定外，在本保险合同有效期内，投保人和保险人可以协商变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在保险单或其他保险凭证上批注或出具批单，或者由投保人与保险人订立书面变更协议。

第三十条 争议处理和法律适用

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，依法向人民法院起诉。

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）。

释义

- 1、**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。
- 2、**等待期**：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，**在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。**
- 3、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且主要的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本合同所指意外伤害：
 - (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**。
- 4、**医院**：是指符合下列所有条件的机构，包含以下机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院）：
 - (1) 拥有合法经营执照的中国大陆的二级及以上定点公立医院，保险人指定的中国大陆私立医院（具体以保险人另行发布的《指定医院清单》为准）；
 - (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
 - (3) 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，**且非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。****本保险各个保障计划和各项保障项目对医院的限制条件以本合同所附保障计划表中的约定为准。**
- 5、**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。
- 6、**住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**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) **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，在住院期间每日非二十四小时在院。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。
 - (3) **被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗**；
 - (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和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**。
- 7、**医学必需且合理**：指符合以下两个条件
 - (1) **符合通常惯例水平**：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

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) 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f. 非试验性或研究性。

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。

8、大型检查检验：本合同约定的大型检查检验项目包括计算机断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层扫描（PET-CT）、计算机辅助断层成像（CTA）、核磁共振检查费（MRI）、磁共振血管成像（MRA）、磁共振胰胆管成像（Magnetic Resonance Cholangio Paneretography）、内镜检查（如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查、鼻内镜检查等）、数字减影血管造影（Digital Subtraction Angiography）、消化道造影、穿刺活检术、髋关节B 超、心电图、心脏彩超、肺功能检查检验。

9、非一次性耐用医疗设备：本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器、腿臂背和颈支具、人造腿臂眼，不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述非一次性耐用医疗设备的费用。

10、初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院或保险人指定医疗机构确诊患有某种疾病。

11、重大疾病：本合同所约定的重大疾病是指被保险人发生符合以下二十八种依据中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》疾病定义所述条件的疾病：

(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**（见释义 40）（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 42）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（见释义 43）；

(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 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 较重急性心肌梗塞

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，在确诊六周以后，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，指疾病确诊一百八十天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上**肢体肌力**（见释义 43）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 44）；
- (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 45）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九十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 γ 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一百八十天后，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) 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九十六小时以上。

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——三周岁(含)以上确诊的方可理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆(见释义 47)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。

被保险人确诊时年龄必须在三周岁(含)以上，并且提供确诊当时的听力丧失诊断及检查证据。

(十四) 双目失明——三周岁(含)以上确诊的方可理赔

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。

被保险人确诊时年龄必须在三周岁(含)以上，并且提供确诊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，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，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，指脑损伤一百八十天后，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 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七天 (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-三周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少十二个月 (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三周岁以上，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 \geq 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，经过积极治疗一百八十天后满足以下所有条件：

- (1) 静息时出现呼吸困难；
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 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 (PaO₂) <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。

12、实际住院日数：指被保险人在住院病房内实际接受治疗的日数，以医疗机构收费凭证上实际收取的住院费对应的日数为准，但须扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。

13、门诊手术：被保险人因疾病或意外伤害，以治疗疾病或挽救生命为目的，由外科医生在门诊用手术刀、手术剪、针线等医疗器具在病人身体进行切除、缝合等治疗的手术，但不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查，康复性手术，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

14、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，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗。

15、放射治疗：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，在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

16、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。本合同所指的靶向治疗的药物需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。

17、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局批准用于临床治疗。

18、肿瘤内分泌疗法：指针对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局批准用于临床治疗。

19、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。

20、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固定范围内的免费医疗预防。

21、醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

22、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。

23、酒后驾驶：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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

24、无合法有效驾驶证：指下列情形之一

(1) 没有取得驾驶资格；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；

(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶，或使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证；

(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；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

25、无合法有效行驶证：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；

26、既往症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。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。

27、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或作业。

28、探险：指明知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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

29、武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、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运动。

30、特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演活动。

31、职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

32、医疗事故：指医院或指定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规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

33、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。

34、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。

35、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征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他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。

36、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

37、未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

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

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

38、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

39、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、按规定可使用的港澳通行证、回乡证、有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

40、直付网络医院：指保险人直接或通过保险人的授权机构建立合作关系的直付网络医院，具体直付网络医院名单在保险合同中载明。保险期间内保险人调整直付网络医院清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

41、组织病理学：指通过局部切除、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。

42、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。

43、甲状腺癌的 TNM 分期：甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我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

pTX：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

T1a 肿瘤最大径≤ 1cm

T1b 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

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：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

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX：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

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>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

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：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

pT4a：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

pT4b: 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

pNx: 区域淋巴结无法评估

pN0: 无淋巴结转移证据

pN1: 区域淋巴结转移

pN1a: 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。

pN1b: 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

38、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。

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。

39、肢体:指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

40、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。

41、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。

42、六项基本日常生活活动：是指：（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。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

43、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。酒精过量由医院或指定医疗机构或公安部门判定。

44、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。

（本页结束）

附件 1 保险计划表

产品计划	计划一	计划二
年度最高保额	600 万	600 万
地理保障区域	中国大陆	中国大陆
医院范围	公立医院普通部及指定私立医院 重大疾病可扩展至公立医院特需部 及国际部	公立医院普通部、特需部及国际部及 指定私立医院
承保年龄	30 天—65 周岁，可续保至 99 周 岁	30 天—65 周岁，可续保至 99 周岁
等待期	30 天，意外无等待期	30 天，意外无等待期
免赔额	0/1 万/3 万 重大疾病 0 免赔	0/1 万/3 万 特定互联网医院在线问诊及药品费/ 重大疾病 0 免赔
外购药品、外购材料或器械	受限于门诊/住院的各项福利限制	受限于门诊/住院的各项福利限制
一般住院医疗费		
床位费及膳食费	标准单人间	标准单人间
陪床费（限 90 天/年） （被保险人 12 周岁以下或 60 周岁 以上）	500 元/天	800 元/天
重症监护室床位费	全额赔付	全额赔付
医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费		
护理费		
治疗费和检验检查费		
手术费、药品费和手术敷料费		
器官移植费 （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，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，也不包 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）		
康复治疗和专业护理费（限 60 天/ 年）		
手术植入材料费和义肢/人造假肢 （手术植入）费	2 万	2 万
耐用医疗设备费	2 万	2 万
医疗援助保险金		
重大疾病住院津贴（限 30 天/年）	300 元/天	500 元/天
同城救护车费	全额赔付	全额赔付
重大疾病异地就医交通及住宿费（含 一位陪同人员） （限住院治疗前后 14 天内）	1 万 公共交通工具包括民航班机（限经 济舱）和客运火车（含软卧、硬 卧、软座、硬座、站票或高铁动车	1 万 公共交通工具包括民航班机（限经济 舱）和客运火车（含软卧、硬卧、软 座、硬座、站票或高铁动车一等座、

	一等座、二等座、无座) 住宿酒店以标准间(标准双床房或标准大床房)为限,限1000元/天	二等座、无座) 住宿酒店以标准间(标准双床房或标准大床房)为限,限1000元/天
特殊门诊医疗费		
住院或日间手术前后三十天的门诊治疗费	全额赔付	全额赔付
特殊门诊治疗费 (肾脏透析治疗、器官移植的抗排异药物、恶性肿瘤的电疗治疗费、化学疗法、放射治疗和肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法及质子重离子疗法)		
日间治疗及门诊手术费		
特定药品费用保险金		
临床急需进口药品费	全额赔付	全额赔付
恶性肿瘤特定药品基因检测费	1万	3万
特定互联网医院在线问诊及药品费		
特定互联网医院在线问诊	不涵盖	问诊不限次
特定互联网医院药品费		赔付比例80%,限200元/次(限5次/年)

(本页结束)