

**中国大地财产保险股份有限公司
个人住院医疗保险（B款 2025 版，互联网专属）条款**

【注册编号：C00001032512025112827833】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、网络内医疗机构名册、服务手册、附贴批单和其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人，对被保险人具有保险利益的其他自然人或者组织机构，可作为本保险的投保人。

第三条 投保时年龄在十周岁至六十四周岁之间（含），能正常工作、劳动或者生活的自然人，可作为主被保险人。主被保险人能正常学习或者生活的子女若投保时年龄未满十周岁，只可作为附属被保险人。

投保时年龄在六十五周岁至九十九周岁之间（含）的自然人，同时满足以下三个条件的，才可再作为本保险的主被保险人：

- （一）非首次投保本保险（此前投保了与本保险保障相似的医疗保险，视同非首次投保本保险，下同）；
- （二）上一个保险期间届满，投保人重新向保险人投保本保险；
- （三）本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者泛称为“被保险人”，单称或者特称为“每一被保险人”、“该被保险人”或者“被保险人本人”。

第四条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

第五条 保险卡作为被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。保险人委托第三方服务供应商（以下简称“服务供应商”）在自本合同生效之日起十日内为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、年免赔额、给付比例、网络内医疗机构、理赔申请等有关信息。

第六条 除本合同另有约定外，本合同涉及的金额币别为人民币。

医疗机构范围

第七条 保险人仅对保险期间内，被保险人在**中国大陆地区**内保险人认可的医疗机构发生的、属于保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金。

保险人认可的医疗机构指**二级及以上公立医院的普通部、特需部、VIP 贵宾部和国际诊疗部**。

因就诊的保险人认可的医疗机构没有被保险人本次住院或者特殊门诊治疗所必需的相关药品、材料或者器械，被保险人凭主治医师开具的处方或者外购单到院外保险人认可的药店或者医疗器械机构购买而发生的费用，视同于在保险人认可的医疗机构发生的费用。

保险责任

第八条 住院医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者**经过三十日等待期后**（免除等待期的不在此限）患疾病，在保险人认可的医疗机构接受医师推荐的、医学必需的住院治疗（日间医疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的下列各项费用及与本次治疗相关的其他住院医疗费用（以下统称“住院医疗费用”），**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相应约定计算给付保险金：**

- （一）住院住宿费，指**不高于标准单人病房**的床位费，以及由保险人认可的医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。
- （二）陪床费，指被保险人住院期间一名陪同人员留宿陪同住院的加床费。
- （三）重症监护病房费。
- （四）急诊室费、手术室和恢复室费。
- （五）输血、血浆、血浆扩容药物费以及相关费用。
- （六）药品费、手术敷料费。
- （七）医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费。
- （八）护理费。
- （九）吸氧费。
- （十）化验费。
- （十一）检查费。其中，为治疗吞咽障碍，电子喉镜检查应当由语言治疗师实施。
- （十二）被保险人作为受体接受器官、骨髓移植所发生的移植费。
- （十三）治疗费，包括但不限于接受肾透析治疗、放射治疗、化学治疗、物理治疗、职业疗法、质子重离子治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法所发生的治疗费，以及接受由医师或者呼吸治疗师实施的呼吸治疗所发生的治疗费。其中，被保险人住院接受物理治疗、职业疗法

应当满足以下全部条件：

1. 治疗由具有相应医疗资质的专业医师实施。

2. 该项治疗须是医师书面治疗计划的一部分，且满足下列全部条件：

(1) 在合理的、可预测的时间内症状缓解。

(2) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有医师（包括注册物理治疗师或者职业医师）才能安全、有效实施。

(十四) 耐用医疗设备购买或者租赁费用，指主治医师医嘱要求的、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者租赁的费用，以及随后发生的修理、更换的费用。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。

第九条 特殊门诊医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者**经过三十日等待期后**（免除等待期的不在此限）患疾病，在保险人认可的医疗机构接受医师推荐的、医学必需的特殊门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的下列各项医疗费用（以下简称“特殊门诊医疗费用”），**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相应约定计算给付保险金：**

(一) 与门诊手术相关的医师诊疗费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师费。

(二) 入院前后三十日内（含入院和出院当日），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、检查费、化验费和药品费。

(三) 接受门诊肾透析治疗所发生的医疗费用。

(四) 因恶性肿瘤接受特定门诊治疗所发生的医疗费用，具体治疗方式包括电场疗法、化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法和质子重离子放射治疗。

(五) 接受器官移植后的门诊抗排异治疗所发生的医疗费用。

(六) 紧急牙科医疗费用，指由咀嚼之外的意外伤害导致的原生牙齿受损引起的治疗相关的医疗费用，但首次治疗必须在意外发生之日起三十日之内。

第十条 医疗运送和异地就医保险责任

保险期间内，被保险人发生的下列紧急医疗运送费用和异地就医交通费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相应约定计算给付保险金：**

(一) 紧急医疗运送费用，指被保险人因遭受意外伤害或者**经过三十日等待期后**（免除等待期的不在此限）患疾病，在紧急情况下出于医学必需，被以专业救护车运送至保险人认可的医疗机构，由此发生的救护车使用费。

(二) 异地就医交通费用，指被保险人因遭受意外伤害或者**经过三十日等待期后**（免除等待期的不在此限）患本合

同约定的重大疾病，由于当地医疗条件限制的原因，经服务供应商审核通过，被保险人跨地市前往其他医疗机构接受住院治疗，对被保险人及其一名陪同人员为此发生的往返于就医地和居住地所发生的公共交通（包括飞机、轮船、火车和汽车，**不含出租车和网约车**）费。

责任免除

第十一条 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) 投保人对被保险人的故意杀害、伤害。

(二) 被保险人存在违法行为或者故意行为（包括但不限于自残、自杀），但被保险人为无民事行为能力的不受此限。

(三) 被保险人从事违法活动或者抗拒司法机关依法采取的强制措施。

(四) 既往症及其并发症，等待期内确诊的疾病。

(五) 承保时保险人与投保人约定除外的疾病和症状。

(六) 先天性疾病和症状。

(七) 视觉相关的治疗及其并发症，包括但不限于激光角膜切手术，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。

(八) 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选择性手术、治疗及其并发症。

(九) 美容、整容、非医学必需的整形及其并发症，包括以美容为目的牙齿处理，接受义齿、高嵌体、种植牙、贴面等相关操作，丰胸或者缩胸手术及其并发症。

(十) 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，接受蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色等治疗，跗骨、跖骨治疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）及其并发症。

(十一) 脱发治疗及其并发症，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发，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。

(十二) 戒烟治疗及其并发症，为减肥接受的治疗、咨询、饮食，单纯性肥胖和病理性肥胖（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）及其并发症。

(十三) 不孕不育症检查、治疗及其并发症，孕前准备、检查、治疗及其并发症，任何类型助孕（包括但不限于受孕药、不孕不育症药、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）及与此相关的妊娠并发症，男女生育控制、输精管切除术和绝育术、男性或者女性绝育恢复手术，性别转换症，性障碍治疗，出于提高性功能的相关治疗和药物（包括伟哥）。

(十四) 与生育相关的常规检查及治疗,包括但不限于怀孕、流产、生育前培训、分娩、产后复查、产后盆底肌修复。

(十五) 生长激素治疗及其并发症,但经保险人审核通过的医学必需情形不在此限。

(十六) 精神和行为障碍(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),以及精神和心理障碍以外的一般心理问题咨询、治疗(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)。

(十七) 溶剂滥用、毒品滥用、酒精滥用(但酒精过敏、误服酒精除外)或者任何成瘾物引起的伤害或者疾病,酒精和药物滥用戒断治疗及其并发症。

(十八) 使用违反当地法律的疫苗和药物、非医师处方要求的药物或者非医师处方要求用量引起的伤害或者疾病及其并发症。

(十九) 由下列活动引起的伤害:参加或者受训职业体育运动、高风险运动;战争和恐怖活动,放射材料辐射或者核燃料燃烧;无必要但主动置身于风险,但抢救他人性命情形不在此限。

(二十) 接受功能医学检测(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、过敏原检查、食物不耐受检测、胰岛素生长因子结合蛋白、微量元素检测、分子及基因检测),免疫接种。

(二十一) 由于健康原因被医师建议不宜旅行,但依然执意旅行而发生的伤害或者出现的病症。

第十二条 在下列情形下发生的费用,保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 相关药品、治疗、检查和医疗服务未获得就诊地相关监管机关审批通过或者不符合就诊地法律法规规定的。

(二) 接受试验性治疗或者未通过临床评价的医疗服务的。

(三) 未经被保险人医师推荐而自行接受治疗的,但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的不在本限。

(四) 接受静养疗法、监护及家居照料的。

(五) 为休息、观察而接受环境疗法的。

(六) 在护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、居家服务机构、互联网医院、酒精或者药物滥用看护机构及其他类似目的的机构接受服务或者治疗的。

(七) 医疗机构已实际成为被保险人住所或者常住处的。

(八) 非医学必需情况下,接受白癜风、浅表静脉曲张治疗的。

(九) 在入住观察室、家庭病床期间或者挂床住院期间。

第十三条 下列任何费用,保险人不承担给付保险金的责

任:

(一) 保险期间届满后发生的费用,但按疗程将在保险期间届满之日起三十日内服用的处方药品费不受此限。

(二) 代诊费用,无原始发票的费用,电话咨询费,没有按时就诊的预约费用,不在被保险认可的医疗机构执业范围的医疗服务费用,不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所发生的医疗服务费用,非医学必需的费用,超过通常惯例水平的费用。

(三) 为个人舒适或者方便而发生的费用,包括但不限于观看电视、打扫房屋、提供访客膳食和住宿、拨打电话、购买或者租赁家庭设备、雇佣护工所发生的费用。

(四) 购买非药品准字号的药品、其他制品(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:1.单味或者复方中药饮片及药材:鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参(生晒参除外),以及各种可以药用的动物脏器(鸡内金除外)和胎盘、鞭、尾、筋、骨;2.单味使用的中药饮片及药材:阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉;3.以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸、膏方,中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶以及其他制剂。))所发生的费用,但本合同另有约定的不在此限。

(五) 器官移植供体费用、器官来源费用、器官低温储藏费用。

(六) 与基因咨询、筛查、检查和治疗相关的费用,但因恶性肿瘤治疗所需的基因检测费用不在此限;接受智能测试、教育测试、家庭心理咨询所发生的费用,接受超出合理心理缺陷或者心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务所发生的费用。

(七) 购买矫正鞋以及其他脚支撑器材(包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者任何其他预防性的服务或者器材)所发生的费用,用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材所发生的费用,以及接受常规足部护理(包括修足,去除鸡眼、老茧或者其他病变,修剪指甲及其他非由疾病或者伤害造成的足部护理)所发生的费用。

(八) 当地政府为了防止传染病扩散蔓延,被保险人在被要求进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的与治疗不相关的检查检测费、食宿费、服务费和运送费。

(九) 定制或者改造任何交通工具所发生的费用,购买自动轮椅或者自动床、舒适设备(如电话托臂和床上多用桌)、空气质量或者温度调控设备(如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器)、太阳能或者加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备所发生的费用,太阳镜及相关配件的费用。

(十) 购买非(食)药监械字号医疗器械、助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器及其他类似设备所发生的费用。

(十一) 购买或者租赁非手术所必需的假体、矫正器具或者相似的器具所发生的费用。

(十二) 接受各类医疗鉴定所发生的费用,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。

(十三) 体检费用,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)接受的检查费用,牙科医疗及其他相关费用(但特殊门诊医疗保险责任中的紧急牙科医疗费用不在此限)。

保险金额和保险费

第十四条 每一被保险人的保险金额由投保人在投保时选择,并载明于本合同中。

第十五条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

保险期间、等待期和犹豫期

第十六条 保险期间为一年,具体起讫时间由投保人与保险人协商确定,并载明于本合同中。

第十七条 除本合同另有约定外,同时满足以下三项条件的被保险人,免除等待期:

(一) 非首次投保本保险;

(二) 上一个保险期间届满,由投保人重新向保险人投保本保险;

(三) 本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。

第十八条 除本合同另有约定外,犹豫期为十日,自本合同生效日起计算。犹豫期内投保人可解除本合同,保险人将无息退还投保人已支付的全部保险费。自保险人收到投保人解除本合同的书面申请之日起,本合同解除,对于本合同解除之前发生的事,保险人不承担保险责任。

免赔额和给付比例

第十九条 本保险针对一般疾病所发生的本保险责任范围内的费用设有年免赔额,具体金额由投保人与保险人协商确定,并载明于本合同中;重大疾病所发生的本保险责任范围内的费用无免赔额。

第二十条 给付比例由投保人与保险人协商确定,并载明于本合同中。未在本合同中载明给付比例的,适用下列约定:对于一般疾病在北京市和上海市公立医院非普通部就医的情形,给付比例为80%;对于其他情形给付比例为100%。

给付限额

第二十一条 每一被保险人每日住院食宿费给付限额、每日陪护费给付限额和耐用医疗设备购买或者租赁费用给付限额和紧急牙科医疗费用给付限额由投保人和保险人协商确定,并载明于本合同中。

投保时保险人同意承保被保险人特定疾病(具体以本合同列明承保的为准)的,特定疾病给付限额,由投保人和保险人协商确定,并载明于本合同中。

保险人义务

第二十二条 保险人同意承保的,应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十三条 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保险金申请人补充提供。

第二十四条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“直付服务与保险金申请”部分约定的申请证明和资料后,应当及时作出核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人;对属于保险责任的,在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内,履行给付保险金的义务。保险人按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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

第二十五条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“直付服务与保险金申请”部分约定的申请证明和资料之日起六十日内,对其给付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给付;保险人最终确定给付保险金的数额后,应当给付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十六条 本合同保险费支付方式由投保人和保险人在投保时约定,并载明于本合同中。

若投保人选择一次性支付保险费,投保人应当在订立本合同时一次交清保险费,保险费交清前,本合同不生效。

若投保人选择分期支付保险费,需取得保险人同意,并在本合同中载明保险费分期支付的方式,且每期支付金额应保持一致。投保人未支付首期保险费的,本合同不生效。在支付首期保险费后,投保人应当在约定的各分期保险费支付日结束前支付其余各当期保险费。投保人未按约定支付当期保险费的,除本合同另有约定外,保险人允许投保人在催告之日起三十日内补交保险费;在此催告期间被保险人发生保险事故的,保险人仍按照本合同约定给付保险金,但可以扣减欠交的保险费;在此催告期间届满时投保人仍未交清当期保险费的,保险人有权解除本合同。

第二十七条 订立本合同,保险人就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，保险人有权解除本合同。

前款约定的合同解除权，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

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，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十八条 在保险期间内，发生下列三种情形的，投保人可申请变更被保险人，保险人按照下列约定予以受理：

（一）因投保人的婚姻状态发生变化需要增加被保险人的，投保人应当在婚姻状态发生改变之日起三十日内书面通知保险人，经保险人同意并按日加收保险费后，保险人自通知书载明的起始日期零时开始对增加的被保险人承担保险责任。**投保人未在上述约定的时间内通知保险人的，本合同在本保险期间内无法加保被保险人。**

（二）因投保人的婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少被保险人的，投保人应当在十日内书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知书之日的次日零时或者通知书载明的终止时间（以较晚者为准）起终止对相应被保险人的保险责任，并相应退还未满期净保险费。**但保险人已根据本合同约定给付保险金或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，不退还未满期保险费。**

（三）因投保人在保险期间内生育婴儿需要增加附属被保险人的，投保人应当在该婴儿出生之日起十日内书面通知保险人，经保险人同意并按日加收保险费后，保险人自接到通知书之日的次日零时或者自该婴儿出生后第三十一日零时或者通知书载明的起始时间（以三者中较晚者为准）起对该婴儿承担保险责任。

第二十九条 投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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不在其限。**

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第三十条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按照本合同所载的最后住所或者通讯地址发送有关通知或者其他文件，均视为正确送达。

医疗机构服务网络和事先授权

第三十一条 保险人委托服务供应商建立重大疾病医疗机构服务网络，投保人可登录保险人指定的互联网站或者致电查询网络内医疗机构名单。

第三十二条 被保险人需前往网络内医疗机构进行就医的，应当在预定开始治疗日期前至少五个工作日向服务供应商提交事先授权申请表。

服务供应商接到被保险人的事先授权申请后，在申请资料和医学证明材料完整的情况下，应当在收齐材料之日起三个工作日内出具书面审核意见。

发生紧急情况的，被保险人可在网络内医疗机构先行接受治疗，但应当在开始接受治疗后四十八小时内通知服务供应商。服务供应商将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人获得服务供应商书面同意回复，不代表保险人认可其发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围内。

直付服务与保险金申请

第三十三条 经服务供应商事先授权审核通过且申请直付服务的，被保险人在网络内医疗机构治疗结束后，经保险金申请人授权，保险人委托服务供应商与该医疗机构直接结算。保险人按照本合同约定应给付的保险金，保险金申请人不再就此向保险人申请保险金；其他情形，保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

第三十四条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- （四）保险人认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院小结；
- （五）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，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给付保险金的责任。

第三十五条 收到保险金后六十个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可通过邮寄或者发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料，并自行承担获取资料的有关费用，保险人将及时予以处理。

第三十六条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险金计算和给付

第三十七条 对于被保险人因一般疾病就诊所发生的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、紧急医疗运送费用和异地就医交通费用的总和（以下简称“一般疾病医疗费用总和”），保险人按照以下公式计算保险金：

$$\text{保险金} = (\text{一般疾病医疗费用总和} - \text{年免赔额}) \times \text{给付比例}$$

对于被保险人就诊所发生的小于等于年免赔额的一般疾病医疗费用总和，保险人不给付保险金，但用于扣减年免赔额。

年免赔额是动态递减的，应从中扣减掉已发生但不给付保险金的、用于扣减年免赔额的一般疾病医疗费用总和金额，以及既往计算给付保险金时已扣减的年免赔额金额。当年免赔额递减至零元时，保险人计算保险金时不再扣减年免赔额。

第三十八条 对于被保险人因重大疾病就诊所发生的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、紧急医疗运送费用和异地就医交通费用的总和（以下简称“重大疾病医疗费用总和”），保险人按照以下公式计算保险金：

$$\text{保险金} = \text{重大疾病医疗费用总和} \times \text{给付比例}$$

第三十九条 本保险为费用补偿型医疗保险。如果被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、政府主办的补充医疗保险、工作单位、医疗救助或者除本保险外的任何商业保险等途径）取得补偿，保险人按照上述约定计算并给付的保险金最高不超过被保险人实际发生的属于本保险责任范围内的费用扣除其已获得补偿后的余额。

第四十条 本合同载明了特定疾病给付限额的，保险人在本合同项下针对特定疾病发生的、属于保险责任范围内的医疗费用，累计给付的保险金以载明的疾病给付限额为上限，当达到该给付限额时，保险人对该特定疾病不再承担给付保险金的责任。

本合同载明了单项费用给付限额的，保险人在本合同项下针对每一被保险人累计给付的该项费用保险金，以载明的该项费用给付限额为上限，当达到该给付限额时，保险人不再承担给付该项费用保险金的责任。

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

年龄的计算及年龄错误的处理

第四十一条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第四十二条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

（一）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条款第三条所约定条件的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还相应的现金价值，投保人因此将遭受相应损失；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使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，或者在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第四十三条 除本合同另有约定外，投保人和保险人双方经协商同意，在不违反法律和监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者在订立合同变更书面协议后生效。

第四十四条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在其限。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以后发生者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应的现金价值，投保人因此将遭受相应损失。

健康管理服务

第四十五条 保险人在依法合规的前提下，可以委托第三方健康管理服务机构为被保险人提供健康咨询、就医服务、康复护理、慢病管理等健康管理服务。具体健康管理服务内容以本合同《服务手册》约定的为准。

不保证续保

第四十六条 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间届满，投保人可向保险人重新投保本保险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，但本保险不保证续保。

争议处理与法律适用

第四十七条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同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人民法院起诉。

第四十八条 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）。

释义

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、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。**医疗机构不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。**

周岁：指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。自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的部分不计。

年免赔额：指保险期间内被保险人累计发生的保险责任范围内的费用中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。

重大疾病：本合同所约定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义的疾病：

（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（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”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 分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者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 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或者更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）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，但是不在“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 < 10/50HPF 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”保障范围内：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。

（三）原位癌

指经组织病理学检查被明确诊断为原位癌。下列病变不在本疾病范围内：

1. 任何在最新肿瘤分期指南 AJCC8 中 TNM 分期无 Tis 分期的，但是被临床诊断为原位癌的病变；

2. 任何诊断为 CIN1、CIN2、CIN3、VIN、LSIL（低级别鳞状上皮内病变）、HSIL（高级别鳞状上皮内病变）的鳞状上皮内病变；

3. 任何上皮内肿瘤、上皮内瘤变、上皮内瘤；

4. 皮肤原位黑色素瘤以外的皮肤原位癌；

5. 膀胱、输尿管、尿道的 Ta 期肿瘤。

（四）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或者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）或者肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或者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者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 倍以上（含）；

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 倍以上（含）；

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%；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或者断裂引起的中度以上（含）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、心室颤动或者心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在本疾病范围内。

（五）较轻急性心肌梗死

指由于冠状动脉闭塞或者梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌梗死。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）或者肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或者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者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。

较轻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，但是未达到“较重急性心肌梗死”的定义标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在本疾病范围内。

（六）急性脑中风

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或者梗塞，导致神经系统的功能障碍，由医院专科医生明确诊断，并且有头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查结果证实。

（七）重大器官移植术或者造血干细胞移植术

重大器官移植术指因相应器官功能衰竭，需接受肾脏、肝脏、心脏、肺脏或者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者造血系统恶性肿瘤，需接受造血干细胞（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。

（八）冠状动脉搭桥术（或者称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，需接受冠状动脉血管旁路移植的手术。

（九）冠状动脉介入手术（非开胸手术）

为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，需接受冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或者激光冠状动脉成形术。

（十）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者每天进行腹膜透析。

（十一）中度慢性肾衰竭

指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害达到肾衰竭

期，诊断必须满足 $15\% \leq \text{GFR} \leq 29\%$ 、且持续至少 90 天。

（十二）急性重症肝炎或者亚急性重症肝炎

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，且经血清学或者病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或者黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或者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。

（十三）病毒性肝炎导致的肝硬化

指因肝炎病毒感染的肝脏慢性炎症并发展为肝硬化。须满足下列全部条件：

1. 有感染慢性肝炎病毒的血清学及实验室检查报告等临床证据；
2. 必须由消化科专科医生基于肝脏组织病理学检查报告、临床表现及病史对肝炎病毒感染导致肝硬化作出明确诊断；
3. 病理学检查报告证明肝脏病变按 Metavir 分级表中属 F4 阶段或 Knodel1 肝纤维化标准达到 4 分。

（十四）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-0-3 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者神经系统功能损害，出现视乳头水肿或者视觉受损、听觉受损、面部或者肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者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. 需接受颅内肿瘤完全或者部分切除手术；
2. 需接受针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

（十五）脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤

指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或者其他影像学检查被确诊为下列病变，并需接受手术、介入治疗或者放射治疗：

1. 脑垂体瘤；
2. 脑囊肿；
3. 脑动脉瘤、脑血管瘤。

（十六）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者食管胃底静脉曲张。

因酗酒或者药物滥用导致的肝衰竭不在本疾病范围内。

（十七）中度慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致肝衰竭，须满足下列任意三个条件：

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本疾病范围内。

(十八) 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，需接受心脏瓣膜置换或者修复的手术。

(十九) 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%以上（含）。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十) 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以上（含）。

(二十一) 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. 骨髓穿刺检查或者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%但是<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 $<20 \times 10^9/L$ 。

(二十二) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或者主动脉创伤，需接受切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。

(二十三) 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者肠穿孔。

(二十四) 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，且需接受结肠切除或者回肠造瘘术。

(二十五) 嗜铬细胞瘤（或者神经内分泌瘤）

指发生在肾上腺或者肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

1. 临床有高血压症候群表现；
2. 需接受嗜铬细胞瘤（或者神经内分泌瘤）切除手术。

(二十六) 严重冠心病

指冠状动脉粥样硬化斑块形成，导致主要冠状动脉（冠状动脉左主干、前降支、左旋支、右冠状动脉）管腔严重狭窄并由冠状动脉造影检查明确诊断。必须满足下列条件之一：

1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉狭窄，一支管腔堵塞75%以上（含），另一支管腔堵塞60%以上（含）；
2. 前降支、左旋支和右冠状动脉三血管狭窄，至少一支管腔堵塞75%以上（含），另外两支堵塞60%以上（含）。

(二十七) 严重感染性心内膜炎

指因细菌或者其他致病菌造成心脏内膜感染，瓣膜为最常受累部位，引起心脏瓣膜关闭不全。必须满足下列至少三项条件：

1. 急性或者亚急性感染性心内膜炎临床表现；
2. 血培养病原体阳性；
3. 需接受心脏瓣膜置换手术；
4. 心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级Ⅳ级并持续180天；
5. 并发动脉栓塞导致脑梗塞、肾梗塞或者心肌梗塞。

(二十八) 心脏粘液瘤手术切除

指为了治疗心脏粘液瘤，需接受心脏粘液瘤切除手术。

(二十九) 完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致完全性房室传导阻滞，并且满足下列所有条件：

1. 患有慢性心脏疾病；
2. 曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；
3. 心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；
4. 需植入永久性心脏起搏器。

(三十) 严重大动脉炎

指经心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

1. 红细胞沉降率及C反应蛋白高于正常值；
2. 超声检查、CTA检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

(三十一) 室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，需接受壁瘤切除手术治疗。

(三十二) 川崎病冠状动脉瘤手术

指满足以下所有条件：

1. 临床明确诊断为川崎病；
2. 影像学检查证实存在大或者巨大冠状动脉瘤；
3. 需接受手术治疗。

(三十三) 头臂动脉型多发性大动脉炎开胸旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或者闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎（主动脉综合征）可

引起脑部及上肢缺血。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且需接受无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

（三十四）重症原发性血小板减少性紫癜

指原因不明的免疫介导的血小板减少，临床表现为皮肤粘膜出血及内脏出血。重症免疫性血小板减少性紫癜必须满足下列所有条件：

1. 血小板计数 $<10 \times 10^9/L$ ；
2. 颅内出血；
3. 内脏出血（肺、胃肠道和/或泌尿生殖系统）；
4. 贫血，血红蛋白 $<9g/dl$ （ $90g/L$ ）。

继发性免疫性血小板减少性紫癜不在本疾病范围内。

（三十五）严重系统性红斑狼疮较重狼疮性肾炎

指被保险人必须被明确诊断为狼疮性肾炎并且满足下列所有条件：

1. 肾小球滤过率 $<30ml/min/1.73m^2$ ；
2. 血肌酐 $>5mg/dl$ 或者 $442\mu mol/L$ ；
3. 持续 180 天以上（含）。

其他类型的红斑性狼疮或者系统性红斑狼疮不在本疾病范围内。

（三十六）慢性自身免疫性肝炎

指一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足下列所有条件：

1. 高 γ 球蛋白血症；
2. 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或者抗-SLA/LP 抗体；
3. 肝脏活检确诊免疫性肝炎；
4. 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

（三十七）严重原发性硬化性胆管炎

是一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件：

1. 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或者经皮胆管造影（PTC）确认；
2. 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；
3. 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（三十八）溶血性尿毒综合征

指一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须明确诊断，并且满足下列所有条件：

1. 实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；
2. 因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血

性贫血、与红细胞膜缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本疾病范围内。

（三十九）急性胰腺炎

指满足以下三项标准中的至少两项：

1. 特征性腹痛：突然发作的、持续性上腹部剧烈疼痛。
2. 胰酶水平显著升高：血清淀粉酶和（或）脂肪酶活性至少高于正常值上限 3 倍。
3. 影像学特征：腹部 CT、MRI 或超声等影像检查发现胰腺腺有水肿、坏死或胰周有渗液等符合急性胰腺炎的影像学改变。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本疾病范围内。

（四十）胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，需接受在全麻下进行的胰腺异体移植手术。

（四十一）肺淋巴管肌瘤病

指一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周围上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列所有条件：

1. 经组织病理学检查明确诊断；
2. CT 显示双肺弥漫性囊性改变；
3. 肺功能检查显示 FEV1 和 DLCO（CO 弥散功能）下降；
4. 动脉血气分析显示低氧血症，动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $<85\%$ 。

（四十二）严重肺泡蛋白沉积症

指一种弥漫性肺部疾病，其组织学特征为肺泡腔内及终末细支气管内堆积过量的磷脂蛋白样物质。必须满足下列所有条件：

1. 经组织病理学检查明确诊断；
2. 需接受全身麻醉下的全肺灌洗术治疗；
3. 慢性呼吸功能衰竭，全肺灌洗术后仍然存在中重度缺氧，动脉血氧分压（ PaO_2 ） $<60mmHg$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $<85\%$ 。

（四十三）严重肺结节病

指一种原因不明的系统性肉芽肿性疾病，可以累及全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。被保险人必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

1. 影像学检查结果为 IV 期肺结节病，即广泛肺纤维化；
2. 存在心脏结节病或者神经系统结节病；
3. 肺功能进行性下降，临床持续 180 天动脉血氧分压（ PaO_2 ） $<60mmHg$ 和动脉血氧饱和度（ SaO_2 ） $<85\%$ 。

（四十四）严重弥漫性系统性硬皮病

指一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或者肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一：

1. 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

2. 心脏损害，心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能分级标准之心功能 III 级；

3. 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭，肾小球滤过率 < 30ml/min/1.73m²。

下列疾病不在本疾病范围内：

(1) 局限硬皮病；

(2) 嗜酸细胞筋膜炎；

(3) CREST 综合征。

(四十五) 慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往名称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

1. 明确诊断，符合下列所有诊断标准：

(1) 血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平 > 100pg/ml；

(2) 血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

(3) 促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

2. 已经采用皮质类固醇替代治疗 180 天以上（含）。

(四十六) 严重强直性脊柱炎

指一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

1. 严重脊柱畸形；

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以上（含）。

(四十七) 意外导致重度面部烧伤

指面部 III 度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的 2/3 或全身体表面积的 2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的 3%。面部面积不包括发部和颈部。

(四十八) 创伤弧菌感染截肢

指因创伤弧菌感染导致败血症和肢体损害。必须满足下列所有条件：

1. 近期被海产品刺伤或者肢体创口接触海水史；

2. 病原学检查证实致病菌为创伤弧菌；

3. 出现脓毒败血症或者休克；

4. 受感染需肢体（一肢体或者多肢体）自腕关节或者踝关节近端截肢。

(四十九) 埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊，并且上报国家疾病预防控制中心需接受隔离和治疗。必须满足下列所有条件：

1. 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

2. 存在持续 30 天以上（含）广泛出血的临床表现。

(五十) Brugada 综合征

指经心脏专科医生明确诊断为 Brugada 综合征，并且满足下列所有条件：

1. 有晕厥或心脏骤停病史，并且具有完整的诊疗记录；

2. 心电图有典型的 I 型 Brugada 波；

3. 需安装永久性植入式心脏复律除颤器（ICD）。

(五十一) 开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人需在全麻下接受颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除术、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术在本疾病范围内。

(五十二) 溶血性链球菌感染引起的坏疽

指包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，需进行手术及清创术。

(五十三) 肠系膜上动脉栓塞致严重肠坏死

指因肠系膜上动脉栓塞或血栓形成引起广泛小肠缺血坏死，临床表现为突发剧烈腹痛，需同时接受下列两项外科手术：

1. 肠系膜上动脉血栓摘除术（血栓内膜剥脱术）或搭桥手术；

2. 坏死肠管切除术。

(五十四) 特发性血栓性血小板减少性紫癜

血栓性血小板减少性紫癜是一组微血管血栓出血综合征，临床特征为微血管病性溶血性贫血、血小板减少、神经精神症状、肾脏受累。被保险人必须被明确诊断为血栓性血小板减少性紫癜并且满足下列至少 3 项条件：

1. 颅内出血或脑血栓形成；

2. 急性肾脏肾功能衰竭，需接受血液透析治疗；

3. 心脏受累肌钙蛋白升高和心电图异常；

4. 反复发作血栓性血小板减少性紫癜（症状完全缓解 30 天后再发生临床表现）。

先天性血栓性血小板减少性紫癜、继发性血栓性血小板减少性紫癜不在本疾病范围内。

(五十五) 多处臂丛神经根性撕脱

指因疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成的手臂感觉功能与运动功能丧失。该病须由医院专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

(五十六) 严重面容毁损颜面移植手术

指因意外伤害造成严重面容毁损，面部器官、肌肉、神经、血管大面积损伤或缺失，导致面部多器官功能严重损害。为了重建面部神经肌肉功能和恢复面部器官生理功能，被保险人需接受同种异体颜面移植手术，包括部分颜面移植和全颜面移植。

(五十七) 肝豆状核变性

指明确诊断并且满足以下条件之一：

1. 严重神经系统功能损害，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以上（含）；
2. 失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；
3. 慢性肾功能衰竭，需接受肾脏透析治疗；
4. 需接受肝移植或肾移植手术。

（五十八）大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损需接受皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的 30%以上（含）。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（五十九）艾森门格综合征

指因心脏病导致的严重肺动脉高压及右向左分流。诊断必须由心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实并且满足以下所有标准：

1. 平均肺动脉压高于 40mmHg；
2. 肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）；
3. 正常肺微血管楔压低于 15mmHg。

（六十）严重药物难治性癫痫手术治疗

指以癫痫反复发作作为特征的慢性脑部疾病状态，经依照癫痫临床指南正规抗癫痫药物治疗不能控制，被明确诊断为药物难治性癫痫。应满足下列所有条件：

1. 反复癫痫发作，连续和持续服用抗癫痫药物治疗 1 年以上（含）不能控制；
2. 需接受癫痫外科切除性手术（致痫灶切除术或脑叶切除术）、癫痫外科姑息性手术（胼胝体切开术、软脑膜下横切术、脑皮层电凝热灼术 MST）、脑立体定向射频毁损术或立体定向放射外科治疗。

先天性脑畸形或脑发育异常、遗传代谢病所致癫痫、癫痫神经调控治疗（迷走神经刺激术 VNS、反应性神经刺激器 RNS、深部脑电极刺激 DBS）不在本疾病范围内。

（六十一）严重骨髓增生异常综合征

严重骨髓异常增生综合征是指符合世界卫生组织（WHO）2008 年分型方案中的难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-1（RAEB-1）、难治性贫血细胞减少伴原始细胞增多-2（RAEB-2）、MDS-未分类（MDS-U）、MDS 伴单纯 5q-，被保险人需接受化疗或接受骨髓移植治疗。

（六十二）原发性骨髓纤维化

指原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。

（六十三）重症急性坏死性筋膜炎

指一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。须满足下列全部条件：

1. 细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
2. 病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
3. 受感染肢体需截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（六十四）1 型糖尿病严重并发症

1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列所有条件：

1. 已经持续性接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上（含）；
2. 接受下列治疗之一：

- （1）因严重心律失常需植入心脏起搏器；
- （2）因坏疽需切除自跖趾关节或以上。

（六十五）胆道重建手术

指因疾病或胆道创伤导致需接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。

保险人认可的药店或者医疗器械机构：指中国大陆地区依法取得《药品经营许可证》或者《医疗器械经营企业许可证》的机构。

住院：指被保险人经医生诊断必须住院治疗，正式办理入院手续，并实际入住医疗机构正式病房以接受治疗的行为过程，必须连续留院二十四小时以上（含）且由医疗机构收取病房或者床位费用。**被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。**

意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

等待期：指自保险期间开始之日起连续计算的一段时间，在此期间内发生事故的，保险人不承担给付保险金的责任。本合同项下中途新增被保险人的，该被保险人的等待期自批单记载的该被保险人保险期间开始之日起算。

医师：指具有医疗职业资格的任何人，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，不包括实习人员、在训人员。

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，以及非急性或者亚急性状态下的持续治疗、专业护理或者康复治疗的，不属医学必需。

(五) 非患者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。

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。

康复治疗指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况,以免恶化并协助康复。

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(含)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。

日间医疗:指医疗机构在保障医疗质量安全前提下,为患者提供二十四小时内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式。

符合通常惯例水平:指医疗费用满足以下两者中较低者:

(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。

护理:指用于在一定程度上治疗或者减缓病症,医师医嘱要求的、仅专业护士才能提供的护理。

专业护士指国家护士注册机构护士登记名册中登记的护士。

放射治疗:指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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。

化学治疗:指针对恶性肿瘤的化学治疗。化学治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。

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、高压氧舱治疗以及功能训练和手法治疗,但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

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。

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。

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。

紧急医疗:指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的病症,被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括**:

(一) 以接受治疗为目的或者违背医嘱前往中国大陆以外地区期间发生的任何医疗;

(二) 常规医疗;

(三) 可以推迟至被保险人返回中国大陆后接受的医疗;

(四) 被保险人事先计划好的治疗;

(五) 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗;

(六) 妊娠、分娩及相关病症。

既往症:指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。通常包括但不限于有以下情况:

(一) 本合同生效前,医师已有明确诊断,长期治疗未间断;

(二) 本合同生效前,医师已有明确诊断,治疗后症状未完全消失,有间断用药情况;

(三) 本合同生效前,医师已有明确诊断,但未予治疗。

投保人在投保时告知保险人,经保险人审核同意不属于既往症的疾病,不作为既往症处理。

并发症:一种是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或者症状的发生,后者即为前者的并发症;另一种并发症是指在诊疗护理过程中,病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或者几种疾病。

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，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。

遗传性疾病指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变（或者畸变）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。

生育控制：包括但不限于输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，伟哥，以及其他用于提高性功能的药物费。

毒品：指鸦片、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它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或者依赖性潜力的药品、物质或者溶剂。严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。

高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上（含）的户外运动、十八米深以上（含）的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区（沙漠、戈壁等）、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

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。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

（一）组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动；

（二）宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志；

（三）组织、领导、参加恐怖活动组织；

（四）为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利；

（五）其他恐怖活动。

监护：包括以下情形：

（一）对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；

（二）对预计医疗或者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；

（三）修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

挂床住院：指办理正式入院手续的人员，在住院期间每日非二十四小时在床、在院，或者在住院期间连续三日以上（含）未产生治疗费。

一般疾病：指不属于本合同约定的重大疾病的疾病。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

未到期净保险费：除本合同另有约定外，每一被保险人未到期净保险费=该被保险人保险费×（1-35%）×[1-（对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数）]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

社会基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保险。

公费医疗：指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

政府主办的补充医疗保险：指《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）中规定的补充医疗保险，包括城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助（含部分省份的职工大病保险）和公务员医疗补助。

现金价值：若选择一次性支付保险费，现金价值=净保险费×（1-m/n），其中，m为已生效日数，n为保险期间的日数，已生效日数亦即保险责任期间已经过日数（不足一日的按一日计算），除本合同另有约定外，净保费=保费×（1-35%）；若选择分期支付保险费，现金价值=当期净保险费×（1-m/n），其中，m为当期已生效日数，n为保险期间的当期日数，当期已生效日数亦即保险责任期间当期已经过日数（不足一日的按一日计算），除本合同另有约定外，当期净保险费=当期保费×（1-35%）。

六项基本日常生活活动：

（一）穿衣：自己能否穿衣及脱衣；

（二）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（三）行动：自己上下床或上下轮椅；

（四）如厕：自己控制进行大小便；

（五）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

（六）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

组织病理学检查：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。

ICD-10与ICD-0-3：《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-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（原发性或者转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

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。

肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

肢体：指包括肩关节的整个上肢或者包括髋关节的整个下肢。

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以上（含）职称的《医师职称证书》；

（四）在国家《医院分级管理标准》二级以上（含）医院的相应科室从事临床工作三年以上（含）。

永久不可逆：指自疾病确诊或者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。

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：具体分为四级：

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。