

众惠财产相互保险社

附加恶性肿瘤特定药品费用医疗保险（互联网专属 A 款）条款

总则

第一条 合同构成

本附加保险合同须附加于意外伤害保险、短期健康保险合同（以下简称“主保险合同”）项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。

凡涉及本附加保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第二条 保险责任

在保险期间内，被保险人在本附加保险合同约定的等待期（释义一）后经医院（释义二）专科医生（释义三）初次确诊（释义四）患恶性肿瘤——重度（释义五），对被保险人治疗该恶性肿瘤所实际发生的满足规定条件的特定药品（释义六）费用（以下简称“满足条件的药品费用”），保险人按照本附加保险合同约定给付恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金，累计给付的恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金以保险单中载明的保险金额为限，当达到保险单载明的保险金额时，保险责任终止。

被保险人首次投保或非按期续保（视为重新投保）本附加保险合同时，在等待期内，被保险人经医院专科医生初次确诊患恶性肿瘤——重度的，保险人不承担给付保险金的责任，本附加保险合同效力终止，首次投保的，保险人应向投保人退还已交保险费，非按期续保的，退还续保当期保险费。

被保险人首次投保或非按期续保本保险，在等待期后初次确诊罹患恶性肿瘤——重度，保险人承担给付恶性肿瘤特定药品医疗保险金责任至保险期间届满。

保险期间届满时恶性肿瘤的治疗仍未结束，除另有约定外，保险人继续承担给付恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金责任，并以被保险人初次确诊罹患恶性肿瘤之日起 365 天为限。

满足规定条件的恶性肿瘤特定药品费用指须同时满足以下条件：

（1）该药品处方（释义七，以下简称“处方”）须由医院专科医生开具，且符合国家药品监督管理局批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（2）初次确诊罹患恶性肿瘤——重度时间在保险期间内且在等待期后；

（3）用于治疗恶性肿瘤的药品处方中所列明的药品属于约定的药品清单（释义八）中的药品，具体的药品清单将在保险单中载明；

（4）须在保险人指定或认可的药店（释义九）购买上述处方中所列药品；

(5) 在保险人指定或认可的药店购买的药品须符合本附加保险合同第四条“院外药房直付用药流程”的约定；

(6) 每次处方剂量不超过 1 个月。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的责任。

第三条 补偿原则和赔付标准

(一) 本附加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、工伤保险、公费医疗、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构、第三方责任人等）获得本附加保险合同责任范围内医疗费用补偿，则本社仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本附加保险合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

(二) 恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金包括社保目录外药品费用（释义十）保险金及社保目录内药品费用（释义十一）保险金（以购药时药品属于社保目录内或社保目录外为标准）。除本附加保险合同另有约定外，本社按以下约定进行赔付：

1、社保目录外药品费用

被保险人发生的社保目录外恶性肿瘤药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录外恶性肿瘤药品费用补偿后，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

2、社保目录内药品费用

(1) 若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，并且以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，已从基本医疗保险、公费医疗获得药品费用补偿，发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内恶性肿瘤药品费用补偿，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

(2) 若被保险人以未参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，并且以非基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内恶性肿瘤药品费用补偿，本社按照 100%的给付比例进行赔付。

(3) 若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，本社对被保险人发生的社保目录内药品费用在扣除从其他途径已获得的社保目录内恶性肿瘤药品费用补偿后，本社按照 60%的给付比例进行赔付。

第四条 院外药房直付用药流程

在本附加保险合同有效期内，被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤——重度，在该恶性肿瘤的治疗过程中，根据医院专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的，如果被保险人在就诊医院外购买药品处方中所列明的药品，且该药品属于本附加保险合同保险计划表中所列的药品清单，则被保险人或受益人须进行院外药房直付用药申请：

(一) 购药申请

在保险人指定或认可的药店购买约定的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。

保险金申请人（释义十二）向本社提交恶性肿瘤药品购药申请，并按照本社的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院专科医生初次确诊罹患恶性肿瘤

的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果保险金申请人未提交购药申请或者申请审核未通过，本社不承担给付恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品处方审核

在保险人指定或认可的药店购买约定的药品清单中的药品须进行药品处方审核。

本社安排指定的第三方服务商（释义十三）进行药品处方审核。对于药品处方审核中，保险金申请人提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者被保险人医学材料中相关的科学方法检验报告结果，不支持药品处方的开具的，本社有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果保险金申请人的药品处方审核未通过，本社不承担给付恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在本社指定或认可的药店购买约定的药品清单中的药品。

药品处方经本社指定的第三方服务商审核通过后，保险金申请人须从本社指定或认可的药店名单中选定购药药店，经本社指定的第三方服务商提供购药凭证（释义十四）后，保险金申请人须在购药凭证生成后的 30 日内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。因取药或送药上门而产生的非药品费用，由保险金申请人自行承担。

（四）援助用药申请

本社约定的药品清单中有慈善赠药援助用药项目的药品，须进行慈善援助用药申请。

若被保险人用药时长符合本社指定或认可的慈善机构（释义十五）援助项目申请条件，本社将通知被保险人并安排指定的第三方服务商协助被保险人进行申请材料准备，被保险人须提供申请援助项目合理且必需的材料。援助项目经本社指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到援助项目的指定药店领取援助药品；若被保险人未通过援助项目审核，被保险人须按照本条第（二）款药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

责任免除

第五条 对于被保险人因以下任何情形而发生的恶性肿瘤特定药品费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）既往症（释义十六）；

（二）等待期内初次确诊罹患恶性肿瘤；

（三）被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药、迷幻药、主动吸食或注射毒品、违禁药物，有麻醉、酒精或药物滥用成瘾；

（四）任何职业病、遗传性疾病（释义十七）、先天性癌症、先天性畸形、变形或染色体异常（释义十八）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）；

(五) 被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地卫生行政部门批准的治疗；

(六) 未从医院或保险人指定或认可的药店购买的药品；

(七) 在本社指定的药店购买药品时，恶性肿瘤特定药品院外药房直付用药申请未审核通过或恶性肿瘤特定药品院外药房直付用药范围外的费用；

(八) 经保险人审核，药品处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；

(九) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；

(十) 在中国大陆境外（释义十九）的国家或者地区接受治疗；

(十一) 被保险人已对申领药品产生耐药且疾病发生进展，其继续使用耐药（释义二十）药品产生的费用；

(十二) 相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的恶性肿瘤（无论一种或者多种）有效；

(十三) 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义二十一）期间；

(十四) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性，未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用。

保险金额

第六条 本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第七条 本附加保险合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

续保

第八条 本附加保险合同为不保证续保合同。本附加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。续保的新的保险合同不计算等待期。

保险金的申请

第九条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

(一) 理赔申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证；

(三) 保险金申请人的有效身份证件；

(四) 医院出具的被保险人诊断证明（病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断）、保险人指定或认可的药店出具的药品费用票据或者发票，保险人留存其原件；

(五) 保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、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；

(六) 有效基因检测报告（释义二十二）原件；

(六) 其他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；

(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。

(八) 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(九) 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险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。

被保险人在保险人指定或认可的药店购买药品，该药店受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本附加保险合同本应向受益人给付的保险金数额对应的药品费用的，或保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得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附加保险合同向保险人申请保险金。

释 义

一、等待期：指自本附加保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

二、医院：指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部，但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

三、专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

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

五、恶性肿瘤——重度：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（释义二十三，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 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，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

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 >4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 >4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

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

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

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

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

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

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

II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

六、特定药品：是指国家卫健委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2019年版）》中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。**药品的适应症以国务院药品监督管理部门批准的药品说明书为准。**

七、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。

八、约定的药品清单：指本社在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品清单，**药品清单将在产品销售页面或投保文件中展示，以本社最新公布信息为准，本社保留对药品清单进行变更的权力，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。**

九、保险人指定或认可的药店：经本社审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品的药店，具体以本社提供的名单为准，药店名单将在产品销售页面或投保文件中展示，**本社保留对药店名单进行调整的权利。**

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

十、社保目录外药品费用：满足条件的药品费用中未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十一、社保目录内药品费用：满足条件的药品费用中被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十二、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。

十三、第三方服务商：本社授权的为保险用户提供处方审核及药事服务的机构，机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示。

十四、购药凭证：保险理赔审核通过之后，第三方服务商通过平台派发给用户可用于在第三方服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

十五、本社指定或认可的慈善机构：指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

十六、既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知的疾病或症状。

十七、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。

十八、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。

十九、中国大陆境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

二十、耐药：指以下两种情况之一：

1. 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫计委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等）的指南规范，通过骨髓形态学、流式细胞仪、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

二十一、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：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。

二十二、有效基因检测报告：指由三级公立医院或本社认可的基因检测机构出具的基因检测报告，包含患者基本信息、基因检测结果和用药建议。本社认可的基因检测机构清单将在产品销售页面或投保文件中展示。

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

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

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属的主保险合同条款中的释义为准。