

泰山财产保险股份有限公司

威海市医保补充医疗保险（2023 版）（互联网版）条款

（注册编号：C00014832512023062806953）

总则

第一条 保险合同

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单、批注、合法有效的声明及与保险合同有关的投保文件等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人

凡符合本合同的约定，已参加威海市**社会医疗保险**（见释义 1）或公费医疗（以下简称“医保”）的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他组织或个人。

第四条 受益人

除本合同另有约定外，本合同的各项保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本合同的保险期间内，保险人依照本合同的约定承担下列保险责任。本合同的保险责任包括“住院医疗保险金”、“门诊慢特病医疗保险金”、“高值药品医疗保险金”、“特定药品医疗保险金”、“普通门诊药品医疗保险金”、“健康增值服务”。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义 2）事故或在**等待期**（见释义 3）（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）届满后，在中华人

民共和国境内（不含港澳台地区）经投保人与保险人双方约定的医疗机构（见释义 4）具有合法资质的**专科医生**（见释义 5）确诊罹患疾病（见释义 6），导致其在投保人与保险人双方约定医疗机构必须接受**住院**（见释义 7）治疗的，由此发生的应当由被保险人支付的**必需且合理**（见释义 8）的**医疗费用**（见释义 9），在医保报销后，按照保险人与投保人约定的**免赔额**（见释义 10）、**赔付比例**、**保险金额**给付住院医疗保险金。

具体支付范围、免赔额、赔付比例、保险金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。

（二）门诊慢特病医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期**（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）届满后，在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）经投保人与保险人双方约定医疗机构具有合法资质的专科医生确诊罹患疾病，该疾病属于医保规定的职工“**门诊慢特病**”或居民“**特定门诊慢特病**”（见释义 11）范畴（上述 2 种分类以下统一简称“**门诊慢特病**”，具体以被保险人参保地区的医保规定为准），被保险人需要接受“**门诊慢特病**”相应治疗的，由此发生的应当由被保险人支付的必需且合理的医疗费用，在医保报销后，按照保险人与投保人约定的**免赔额**、**赔付比例**、**保险金额**给付门诊慢特病医疗保险金。

具体支付范围、免赔额、赔付比例、保险金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。

（三）高值药品医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期**（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）届满后，在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）经投保人与保险人双方约定医疗机构具有合法资质的专科医生确诊罹患疾病，

治疗该疾病必须使用某种高值药品（该药品属于当地医保规定的高值药品清单，具体的高值药品清单在保险单中载明）的，被保险人在投保人与保险人双方约定医疗机构或者院外药房（见释义 12）购买该高值药品，由此发生的应当由被保险人支付的必需且合理的医疗费用，在医保报销后，按照保险人与投保人约定的免赔额、赔付比例、保险金额给付高值药品医疗保险金。

具体支付范围、免赔额、赔付比例、保险金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）特定药品医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）届满后，在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）经投保人与保险人双方约定医疗机构具有合法资质的专科医生确诊罹患疾病，治疗该疾病必须使用某种特定药品（具体的特定药品清单（见释义 13）在保险单中载明）的，被保险人在投保人与保险人双方约定医疗机构或者院外药房购买该药，由此发生的应当由被保险人支付的必需且合理的特定药品医疗费用，按照保险人与投保人约定的免赔额、赔付比例、保险金额给付特定药品医疗保险金。

具体支付范围、免赔额、赔付比例、保险金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。

药品目录中药品涉及慈善援助（见释义 14）的，应当按照慈善机构援助方案执行，由慈善机构援助的药品费用不属于特定药品医疗保险金支付范围。

（五）普通门诊药品医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者在等待期（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）后罹患疾病在投保人与保险人双方约定医疗机

构经有合法资质的专科医生诊断必须接受门诊治疗，对由此所发生的必需且合理的药品医疗费用，按照保险人与投保人约定的免赔额、赔付比例、保险金额给付普通门诊药品医疗保险金。具体支付范围、免赔额、赔付比例、保险金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。

（六）健康增值服务

在保险期间内，保险人为本保险合同的被保险人提供健康增值服务，具体服务项目、服务内容、服务标准、服务流程、服务期限等由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人对被保险人的各项保险责任的给付金额以本合同约定的各项保险责任对应的保险金限额为限，达到约定的各项保险责任的保险金限额时，本保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担赔偿责任：

- （一）被保险人享受医保待遇，但因个人原因未使用医保报销的，保险人不承担相应的保险责任；
- （二）工伤（包括职业病）发生的医疗费用；
- （三）应当由第三人或公共卫生部门负担的责任；
- （四）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （五）被保险人实施违法犯罪行为、抗拒依法被采取的行政、刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；
- （六）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （七）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被

谋杀；

(八) 被保险人主动吸食、服用或注射毒品（见释义 15），违反规定使用麻醉或精神药品；

(九) 被保险人酒后驾驶（见释义 16）、无有效驾驶证驾驶（见释义 17）或者驾驶无有效行驶证（见释义 18）的机动车辆；

(十) 被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

(十一) 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外事故所致的不受此限；

(十二) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

(十三) 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；

(十四) 恐怖袭击、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱。

第七条 因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

(一) 被保险人未经医生处方自行进行任何治疗或自行购买药品产生的费用；

(二) 被保险人使用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；

(三) 被保险人使用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；

(四) 被保险人医保参保所在地的基本医疗保险基金不予支付费用的诊疗项目和医疗服务设施范围内的费用；

(五) 完全不纳入被保险人医保参保所在地的基本医疗保险基金支付范围的中药饮片和中药颗粒；

- (六) 被保险人怀孕(含宫外孕)、流产、分娩(含剖腹产)、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症;
- (七) 被保险人经不具有合法资质的医生诊断治疗的。

第八条 下列费用, 保险人不承担保险金给付责任:

- (一) 被保险人购买眼镜或隐形眼镜、义齿(包含烤瓷牙、种植牙)、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具;
- (二) 各类医疗鉴定, 包括但不限于医疗损害鉴定、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、伤残鉴定、护理鉴定的鉴定费用。

第九条 因下列任一情形造成被保险人特定药品费用支出的, 保险人不承担特定药品费用保险金的给付责任:

- (一) 被保险人首次确诊需要使用特定药品的疾病时, 其参加当地医保的时间或者户籍不符合参保地要求的(具体要求详见保险单);
- (二) 药品处方所载药品与本合同约定的特定药品清单中所载药品范围不符;
- (三) 未在投保人与保险人双方约定医疗机构或院外药房购买的药品;
- (四) 每次药品处方剂量超过必需且合理部分的药品费用;
- (五) 药品处方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或相关医学材料不能证明被保险人所患疾病符合使用特定药物的指征;
- (六) 被保险人的疾病状况, 经审核确定对该特定药品已经耐药, 而继续购买该药品所产生的费用; 耐药包括以下两种情况:

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小难以发现,经规范治疗后,按相关专业机构的指南规范,对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价,得出疾病进展的结论,即定义为耐药;

(七)被保险人通过慈善援助审核,但因被保险人原因未领取援助药品而继续自费购买的药品花费;

(八)本合同对被保险人的健康状况约定中涉及的既往疾病相关治疗和康复。

保险金额、免赔额和保险费

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的住院医疗保险金额、门诊慢特病医疗保险金额、高值药品医疗保险金额、特定药品医疗保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

保险金额一经确定,保险期间内不能进行变更。

第十一条 免赔额

本合同所指免赔额均指年度免赔额,指一个保单年度内被保险人自行承担,本合同不予给付的部分。免赔额由投保人与保险人协商确定,并在保险单中载明。

被保险人通过医保统筹账户和公费医疗保险获得的补偿,不可用于抵扣免赔额,被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

第十二条 保险费

保险费依据保险金额与保险费率计收,并于保险单中载明。投保人应该按照保险合同约定向保险人交纳保险费。

补偿原则和赔付标准

第十三条 费用补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。保险人按如下约定给付各项医疗保险金:

（一）保险人在本合同保险责任范围内给付各项保险金，但若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、大病保险、医疗救助和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得补偿，对于被保险人发生的属于本合同保险责任范围内医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用根据本合同约定的免赔额和给付比例给付各项保险金。

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本合同相关约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例。

免赔额及赔付比例在保险单中载明。

（二）医保卡的个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（三）赔付标准

具体赔付标准（免赔额、赔付梯度、赔付比例）在保险单中载明，可能会随着医疗水平的变化及各地医保政策的调整发生相应变化，如果发生变化保险人会及时通知投保人和/或被保险人。

保险期间

第十四条 保险期间

本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

续保

第十五条 续保

本合同为非保证续保合同，不保证续保费率。

本合同保险期间届满后，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险人义务

第十六条 明确说明义务

订立本合同时，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，保险人在订立保险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。

第十七条 签发保险单的义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十八条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十三条（投保人、被保险人义务中“如实告知义务”条款）所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第十九条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或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投保人、被保险人或受益人补充提供。

第二十条 及时核定、赔付义务

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 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

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 7 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。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 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 缴费义务

除另有约定外，投保人应当在本保险合同成立时一次性足额交纳全部保险费。投保人未按约定交纳全部保险费的，本保险合同不生效，保险人对保险合同生效前发生的保险事故不承担保险责任。

第二十三条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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。

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的责任。

第二十四条 年龄错误导致实交保费少于应交保费的处理

投保人申请投保时，应按被保险人的周岁（见释义 19）年龄填写。

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照实付保险费与应付保险费的比例支付。

第二十五条 年龄错误导致实交保费多于应交保费的处理

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，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十六条 住址或通讯地址变更告知义务

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，保险人按本合同所载的住所或通讯地址发送的有关通知，无论是否被签收，均视为已送达给投保人。

第二十七条 保险事故通知义务

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（见释义 20）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十八条 保险金申请与给付

保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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材料。

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证正本；
- （三）保险金申请人的有效身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）申请人所能提供的其他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；

（六）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；

（七）若保险金申请人为监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件；

（八）被保险人继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的继承关系证明。

第二十九条 特定药品医疗保险金申请及审核

在本合同保险期间内，被保险人由具有合法资质的专科医生开具特定药品处方后，可申请选择自主购药事后报销或特定药品直付两种保险金申请方式。具体流程如下：

（一）自主购药事后报销流程

1、保险金申请人可选择自主前往投保人与保险人双方约定医疗机构或院外药房购买处方中所载的符合本合同约定的特定药品目录范围的特定药品，并留存下列材料：

（1）门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）、首次申请需提供确诊初次罹患相关疾病的病史材料、病理诊断报告、免疫组化/基因检测报告、药品处方（影像件、复印件）、药品发票、费用清单；

（2）第二十八条约定的其他资料；

2、携带上述保险金申请材料至保险人指定服务中心提交保险金给付申请或使用

投保人与保险人双方约定线上服务系统上传保险金申请材料提交保险金给付申请；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及是否属于保险责任进行审核，审核未通过的，保险人不承担给付特定药品医疗保险金的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向保险金申请人给付特定药品医疗保险金。

(二) 特定药品医疗费用直付流程

1、被保险人在购买或接受特定药品前，须通过保险人指定服务中心或投保人与保险人双方约定第三方服务商向保险人提出申请；

2、被保险人在申请时需提交以下材料：

(1) 门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）、首次申请需提供确诊初次罹患相关疾病的病史材料、病理诊断报告、免疫组化/基因检测报告、药品处方（影像件、复印件）、药品发票、费用清单；

(2) 第二十八条约定的其他资料；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定药品医疗保险金的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或委托人提供购药凭证，被保险人或委托人可通过到店自取或药品配送的方式从投保人与保险人双方约定院外药房获得特定药品。

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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医

疗检查。

诉讼时效期间

第三十条 诉讼时效期间

被保险人向保险人请求赔偿的诉讼时效期间适用现行有效法律的规定，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十一条 争议处理

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，可依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十二条 法律适用

与本合同有关的事项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（不含港澳台地区）。

其他事项

第三十三条 合同变更

除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商一致后，可变更本合同的有关内容。

变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意后，由保险人在本合同的保险单或其他保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十四条 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；

(三) 法律法规规定或本合同约定的其他导致本合同效力终止的情形。

第三十五条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 本合同解除申请书；
- (二) 本合同原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到本合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还**最低现金价值（见释义 21）**。

释义

1.社会医疗保险：包括但不限于城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险、公务员医疗补助、公费医疗、少儿保险等由政府举办的医疗保险项目。

2.意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、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的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤、过敏及过敏引发的变态反应性疾病、中暑、蚊虫叮咬、高原反应、细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病均不属于意外伤害。**

3.等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

4. 投保人与保险人指定双方约定的医疗机构:是指投保人与保险人双方约定的医疗机构,并在保单中载明,未有约定的指经中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)卫生部门审核认定的二级或二级以上的综合性或专科医疗机构或保险人认可的医疗机构,且仅限于上述医疗机构的普通部,不包括如下机构或医疗服务:

(1) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;

(2) 休养、戒酒、戒毒中心;

(3) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心;

(4) 上述医院或医疗机构的家庭病床(房)、特需医疗、外宾医疗、国际部、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 病房,以及其他不属于社会医疗保险范畴的门诊、急诊、病房、住院部。

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。

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) 确诊或开具处方时,在与处方适应症治疗相关的临床科室执业。

6. 疾病: 是指本合同签发之日起,经等待期(续保不受此限)后被保险人所患任何疾病或症状。

7. 住院: 指被保险人入住医疗机构之正式病房接受全日 24 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) 被保险人在医疗机构的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

(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；

(6) 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 小时在床、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。

8.必需且合理：指符合以下两个条件

符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

医学必需：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：

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

(3) 由医生开具的处方药；

(4) 非试验性的、非研究性的项目；

(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

9.医疗费用：包括住院期间发生的床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费。

(1) 床位费

指住院期间使用的医院床位（不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床）的费用。

(2) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。**

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

(3) 药费

住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具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。

(4) 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

(5) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

(6) 检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺

功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

(7) 特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

10.免赔额：本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由每一被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。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。但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

11. 职工“门诊慢特病”或居民“特定门诊慢特病”：指符合各省、市、地方社会医疗保险政策范围内的，不需住院治疗，可以门诊治疗，长期依靠药品维持病情稳定的慢特疾病，以被保险人医保参保地医保约定的范围为准，在保险单中载明。

12. 投保人与保险人双方约定的院外药房：指投保人与保险人双方约定的院外药房，并在保单中载明，未有约定的指经药品监督管理局批准，取得《药品经营许可证》后直接向消费者销售药品的药店。

13.特定药品清单：指保险人指定的特定药品医疗保险金责任适用的药品目录。

14.慈善援助：指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

15.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成分的处方药品。

16.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《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

17.无有效驾驶证驾驶指下列情形之一：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

18.无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) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；
- (3) 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。

19.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。

20.不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

21.最低现金价值：指本合同所具有的价值，通常体现在解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。最低现金价值=净保费×(1-m/n)，其中，m为已

生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。若本合同已发生保险金给付，最低现金价值为零。