

前海人寿[2021]医疗保险 006 号



请扫描以查询验证条款

阅读指引


本阅读指引有助于您理解条款，对“前海医管家医疗保险（2021）合同”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ◇ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ◇ 您有退保的权利.....5.1

您应当特别注意事项

- ◇ 本产品不保证续保，保险期间届满您需要重新向本公司申请投保本产品.....1.4
- ◇ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ◇ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ◇ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ◇ 您有如实告知的义务.....6.1
- ◇ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7
- ◇ 我们对可能影响本主险合同保障的重要内容进行了显著标识，请您仔细阅读正文中背景突出显示的内容。

 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

[本页内容结束]

条款目录

<p>1. 您与我们的合同</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保年龄</p> <p>1.4 保险期间</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 保险计划</p> <p>2.2 保险责任</p> <p>2.3 保险金计算方法</p> <p>2.4 责任免除</p> <p>3. 如何申请领取保险金</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金的给付</p> <p>4. 如何支付保险费</p> <p>4.1 保险费的支付</p> <p>5. 如何解除保险合同</p> <p>5.1 您解除合同的手续及风险</p> <p>6. 其他需要关注的事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄错误</p> <p>6.4 合同内容变更</p> <p>6.5 联系方式变更</p> <p>6.6 争议处理</p> <p>7. 释义</p> <p>7.1 周岁</p> <p>7.2 有效身份证件</p> <p>7.3 疾病</p> <p>7.4 意外伤害</p> <p>7.5 医院</p> <p>7.6 住院</p> <p>7.7 个人支付</p> <p>7.8 城乡居民大病保险</p> <p>7.9 合理且必要</p> <p>7.10 医疗费用</p> <p>7.11 护士</p> <p>7.12 手术植入材料</p> <p>7.13 肾透析</p>	<p>7.14 化学疗法</p> <p>7.15 放射疗法</p> <p>7.16 肿瘤免疫疗法</p> <p>7.17 肿瘤内分泌疗法</p> <p>7.18 肿瘤靶向疗法</p> <p>7.19 初次发生</p> <p>7.20 重大疾病</p> <p>7.21 专科医生</p> <p>7.22 组织病理学检查</p> <p>7.23 ICD-10</p> <p>7.24 ICD-O-3</p> <p>7.25 TNM 分期</p> <p>7.26 肢体</p> <p>7.27 肌力</p> <p>7.28 语言能力完全丧失</p> <p>7.29 严重咀嚼吞咽功能障碍</p> <p>7.30 六项基本日常生活活动</p> <p>7.31 永久不可逆</p> <p>7.32 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级</p> <p>7.33 特定医疗机构</p> <p>7.34 质子重离子医疗费用</p> <p>7.35 指定移植手术</p> <p>7.36 指定重大手术</p> <p>7.37 基本医疗保险</p> <p>7.38 毒品</p> <p>7.39 醉酒</p> <p>7.40 酒后驾驶</p> <p>7.41 无合法有效驾驶证驾驶</p> <p>7.42 无有效行驶证</p> <p>7.43 机动车</p> <p>7.44 感染艾滋病病毒或患艾滋病</p> <p>7.45 遗传性疾病</p> <p>7.46 先天性畸形、变形或染色体异常</p> <p>7.47 既往症</p> <p>7.48 潜水</p> <p>7.49 攀岩</p> <p>7.50 探险</p> <p>7.51 武术比赛</p> <p>7.52 特技表演</p> <p>7.53 现金价值</p> <p>附表：前海医管家医疗保险（2021）计划</p>
---	---

前海医管家医疗保险（2021）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指前海人寿保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“前海医管家医疗保险（2021）合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请，经我们同意承保，本主险合同成立。
我们收取您支付的保险费后向您及时签发保险单，本主险合同的生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 7.1）计算。本产品接受的投保年龄为 0 周岁至 60 周岁。投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且健康的婴儿。若您在被保险人 61 周岁至 100 周岁期间申请投保本产品，需要同时满足以下条件：
(1) 非首次投保；
(2) 在不增加保险责任的前提下，您在上一个保险期间届满前为同一被保险人提出重新投保申请。
您的每次投保申请均需经我们审核后决定是否承保。
- 1.4 保险期间** 本产品不保证续保。本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向本公司申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
若保险期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

2 我们提供的保障

- 2.1 保险计划** 本主险合同提供计划 A 及计划 B 两个保险计划：
计划 A：包含一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金与质子重离子医疗保险金三项保险责任；
计划 B：包含一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金与特定疾病及手术特需医疗保险金四项保险责任。
各保险计划的年度给付限额、年免赔额见附表。具体保险计划由您在投保时与我们约定并在保险单上载明，在本主险合同有效期内，我们将按约定的保险计划承担保险责任。
本主险合同各项保险金合计累计给付金额不超过年度给付限额。
- 2.2 保险责任** 在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：

等待期

自本主险合同生效之日起 30 日内为等待期，等待期内被保险人发生**疾病**（见 7.3）的，因该疾病导致的相关治疗，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 30 日，我们均不承担给付保险金的责任。

因**意外伤害**（见 7.4）导致发生治疗的等待期为 0 天。

在不增加保险责任的前提下，您在上一个保险期间届满前为同一被保险人提出重新投保申请，经我们同意并交纳保险费后获得的新保险合同无等待期。

除等待期间依前款约定外，我们按照下列方式承担保险责任：

一般医疗保险金**1. 住院医疗费用**

被保险人因疾病或意外伤害经**医院**（见 7.5）诊断必须接受**住院**（见 7.6）治疗的，对于住院期间发生的需**个人支付**（见 7.7）的、**合理且必要**（见 7.9）的住院**医疗费用**（见 7.10），我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

对等待期后本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 30 日内的住院治疗，对于需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受以下指定门诊治疗的，对治疗期间发生的需个人支付的、合理且必要的下列指定门诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

- （1）门诊**肾透析**（见 7.13）；
- （2）门诊恶性肿瘤治疗，包括**化学疗法**（见 7.14）、**放射疗法**（见 7.15）、**肿瘤免疫法**（见 7.16）、**肿瘤内分泌疗法**（见 7.17）、**肿瘤靶向疗法**（见 7.18）；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗；
- （4）门诊手术。

3. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受住院治疗的，对住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而发生的需个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

住院前后门急诊医疗费用不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

上述住院医疗费用、指定门诊医疗费用及住院前后门急诊医疗费用的合计累计给付金额不超过一般医疗保险金年度给付限额。

重大疾病医疗保险金

被保险人经医院确诊**初次发生**（见 7.19）本主险合同所列的“**重大疾病**”（见 7.20），且经医院诊断必须接受住院治疗、指定门诊治疗、住院前后门急诊治疗的，我们首先按照一般医疗保险金的约定给付一般医疗保

险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金的年度给付限额后，我们将按下列约定给付重大疾病医疗保险金。

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所列的“重大疾病”，且经医院诊断必须接受住院治疗的，对于住院期间发生的个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

对等待期后本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 30 日内的住院治疗，对于需个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们仍然按照本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

2. 重大疾病指定门诊医疗费用

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所列的“重大疾病”且经医院诊断必须接受以下指定门诊治疗的，对治疗期间发生的需个人支付的、合理且必要的下列重大疾病指定门诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) 门诊手术。

3. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所列的“重大疾病”且经医院诊断必须接受住院治疗的，对住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而发生的需个人支付的、合理且必要的重大疾病门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

重大疾病住院前后门急诊医疗费用不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

上述重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用及重大疾病住院前后门急诊医疗费用的合计累计给付金额不超过重大疾病医疗保险金年度给付限额。

质子重离子 治疗保险金

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所指的“恶性肿瘤——重度”，并在我们指定的**特定医疗机构**（见 7.33）接受质子重离子放射治疗的，对于其因接受质子重离子放射治疗而发生的需个人支付的、合理且必要的**质子重离子医疗费用**（见 7.34），我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

质子重离子医疗保险金累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

特定疾病及手

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所列的“重大疾病”且因该重

术特需医疗保险金（计划 A 不包含该项保险责任）

大疾病需接受下列一种或多种治疗项目的，对于被保险人在我们认可的**医院**（见 7.5）的特需部、国际部或 VIP 部发生的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用、指定门诊医疗费用或住院前后门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

本项责任所保障的治疗项目如下：

- (1) **恶性肿瘤——重度**（见“7.20 重大疾病”释义第 1 项）或**严重非恶性颅内肿瘤**（见“7.20 重大疾病”释义第 9 项）的治疗；
- (2) **指定移植手术**（见 7.35）；
- (3) **指定重大手术**（见 7.36）。

特需部、国际部及 VIP 部的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币 1500 元。

特定疾病及手术特需医疗保险金累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金与特定疾病及手术特需医疗保险金四项责任的合计累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

2.3 保险金计算方法

对于在本主险合同责任范围内的医疗费用，我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的保险金 = (个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 免赔额余额) × 赔付比例。

对一般医疗保险金及重大疾病医疗保险金，若被保险人已经通过**基本医疗保险**（见 7.37）、城乡居民大病保险或公费医疗获得医疗费用补偿的，则该赔付比例为 100%，若被保险人未通过基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗获得医疗费用补偿的，则该赔付比例为 60%。基本医疗保险个人账户支付部分视为个人支付，不视为通过基本医疗保险获得的费用补偿。

对质子重离子医疗保险金，赔付比例为 100%。

对特定疾病及手术特需医疗保险金，赔付比例为 80%。

说明：

- (1) 一次就诊是指一次住院或一次门诊（包括指定门诊或住院前后门急诊）。一次住院是指被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。

被保险人多次就诊累计发生的个人支付的、合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用等于被保险人各次就诊发生的个人支付的、合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用相加。

- (2) 免赔额余额是指**前次理赔经“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”**抵扣后剩余的免赔额。

举例来说，假设免赔额为 8000 元，如未就诊过，则免赔额余额为 8000 元；如第一次就诊累计的“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”为 5000 元，则本次赔付为 0 元，针对本

次就诊理赔后的免赔额余额为 3000 元；第二次就诊累计的“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”为 9000 元，则本次赔付为 6000 元乘以相应赔付比例，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元。

- (3) 本主险合同中所指免赔额均指年免赔额。年免赔额是指一个保险期间内对应的免赔额。基本医疗保险非个人账户部分、城乡居民大病保险支付部分或公费医疗支付部分，不能抵扣年免赔额。在本主险合同有效期内，一般医疗保险金与重大疾病医疗保险金共用同一年免赔额，年免赔额为人民币 8000 元。质子重离子医疗保险金、特定疾病及手术特需医疗保险金两项责任无免赔额。

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、本公司在内的任何商业保险机构等）获得补偿的，我们按照上述约定计算并给付保险金时，最高给付金额不超过被保险人实际发生的合理且必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。基本医疗保险个人账户支付部分视为个人支付，不视为已从其他途径获得的医疗费用补偿。

2.4 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们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) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗，服用、吸食或注射**毒品**（见7.38），**醉酒**（见7.39）或因醉酒导致的伤害；
- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见7.40）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见7.41），或**驾驶无有效行驶证**（见7.42）的**机动车**（见7.43）；
- (5) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见7.44）期间因疾病导致的，但符合本主险合同所定义的“经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”的不在其限；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) **遗传性疾病**（见7.45），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见7.46）；
- (9) 保险单中特别约定的除外疾病；
- (10) **既往症**（见7.47）；
- (11) 不孕不育治疗、人工辅助生殖、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；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (12) 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》第十次修订版（ICD-10）确定）、性病；
- (13) 各种健康体检、各种预防保健性诊疗项目（如预防接种、跟踪随访费、疗养等）、康复性治疗、疗养、矫形、牙齿修复、牙齿整形、视力矫正、美容、非意外事故所致整容手术、变性手术；
- (14) 被保险人从事**潜水**（见7.48）、跳伞、**攀岩**（见7.49）、蹦极、驾

驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见7.50）、摔跤、**武术比赛**（见7.51）、**特技表演**（见7.52）、赛马、赛车等高风险运动；

（15）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械（眼镜、义齿、义肢、义眼等）、假体、各种自用的按摩保健检查和治疗器械（如按摩器、轮椅、拐杖、腰围、药枕、各种家用检测治疗仪器等）；

（16）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权威部门批准的治疗；使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（17）各种医疗咨询、医疗鉴定，包括但不限于心理咨询、健康咨询、婚育咨询、医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤和伤残等级鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定。

除上述情形外，本条款中还有其他显著标识的免除本公司责任的内容，详情请见背景突出显示的部分。

3 如何申请领取保险金

- 3.1 受益人** 除另有约定外，本主险合同各项保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您或受益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、伤害程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 保险金申请** 由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- （1）保险合同；
 - （2）受益人的有效身份证件；
 - （3）医院出具的入出院证明、医疗诊断书、病历及检查报告；
 - （4）医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单；
 - （5）如果已从其他途径获得了补偿，则需提供从其他途径报销的原始凭证；
 - （6）所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
- 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 3.4 保险金的给付** 我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此

受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

4 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付 本主险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保险计划确定。

5 如何解除保险合同

- 5.1 您解除合同的手续及风险 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- （1）保险合同；
 - （2）您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见 7.53），但对于本主险合同解除前我们已给付或应给付保险金的，我们不退还本主险合同的**现金价值**。

6 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 6.2 本公司合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

- 6.3 年龄错误** 您在申请投保时，应与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- （1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。我们行使合同解除权适用“6.2 本公司合同解除权的限制”的规定。
 - （2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费与应交保险费的比例进行给付。
 - （3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。
- 6.4 合同内容变更** 在本主险合同有效期内，经您和我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，应当由我们在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您和我们订立书面的变更协议。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 争议处理** 本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

7 释义

- 7.1 周岁** 指按**有效身份证件**（见 7.2）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。
- 7.2 有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
- 7.3 疾病** 指经过专业执业医师的诊断和确诊，改变了人体健康状态的异常状态。一种疾病指源于同一诊断的所有伤害和影响，以及同一病因和相关病因引发的所有不适。如果一种疾病由先前疾病的病因或相关病因引发，该疾病为先前疾病的延续，而非新的疾病。
- 7.4 意外伤害** 指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 7.5 医院** 本主险合同的“一般医疗保险金”及“重大疾病医疗保险金”责任所指的“医院”指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部。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。

但不包括如下机构或医疗服务：

- （1）特需部、国际部、VIP部、干部病房、联合病房、联合医院、精神病院、诊所；
- （2）专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。

本主险合同的“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所指的“医院”指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院的特需部、国际部及VIP部。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。

但不包括如下机构或医疗服务：

- （1）干部病房、联合病房、联合医院、精神病院、诊所；
- （2）专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。

本主险合同所指的“医院”若另有约定，按约定内容执行。

- | | | |
|-----|-----------------|---|
| 7.6 | 住院 | 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病房（床）、康复科、康复病床（房）、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。 |
| 7.7 | 个人支付 | 个人支付不包括基本医疗保险、 城乡居民大病保险 （见7.8）及公费医疗支付部分，但基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付。基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）。 |
| 7.8 | 城乡居民大病保险 | 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。 |
| 7.9 | 合理且必要 | <p>（1）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。</p> <p>对是否符合通常惯例由我们根据客观、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权威医学专家进行审核鉴定。</p> <p>（2）医学必要：指被保险人接受医疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或意外伤害合适且必需的项目； ② 不超过安全、足量治疗原则； |

- ③ 由医生开具的处方药；
- ④ 非试验性、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。

7.10 医疗费用

指被保险人接受住院、指定门诊、住院前后门急诊治疗时发生的由医院收取并开具收费凭证的医疗费用，包括：

一、床位费

床位费是指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。

本主险合同中“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所保障的床位费不受此限。

二、加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

本主险合同中“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所保障的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币1500元。

三、重症监护室床位费

重症监护室床位费是指住院期间被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救措施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

四、膳食费（伙食费）

膳食费是指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。

膳食费不包括：

- （1）所有医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- （2）不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；
- （3）不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

五、护理费

指住院期间由**护士**（见7.11）对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

六、医生费（诊疗费）

指由医生所实施的病情咨询及体格检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

七、治疗费

指由医生或护士对被保险人进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费、医疗器械使用费，具体以所就诊医院的费用项目划分为标准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法费用。物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等。

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗。

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

八、检查化验费

指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检查人员实施的各种检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、内镜检查、放射性检查、计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度等。

九、药品费

指在住院以及指定门诊、住院前后门急诊就医期间实际发生的合理且必要的由医生开具且由医院直接提供的西药、中成药和中草药的费用。药品费不包括在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。

任何形式医院外购药不属于本款所约定的药品费。

十、材料费

指在住院以及指定门诊、住院前后门急诊就医期间医生或护士在为被保险人进行的各种检查治疗中所使用的消耗性材料费用（包括一次性无菌注射器、无菌纱布、留置针、引流管等）。

十一、手术费用

手术费用指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见7.12）费；因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中发生的费用。**

十二、救护车使用费

指住院、指定门诊、住院前后门急诊就医期间以抢救生命或治疗疾病为目的，被保险人由救护车送至医院急诊室或转诊过程中医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市的医疗运送。

7.11	护士	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.12	手术植入材料	指在手术过程中由医生植入被保险人体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
7.13	肾透析	指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行的透析交换，从而达到治疗终末期肾病目的治疗方式。
7.14	化学疗法	指针对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。本主险合同所指的化疗为被保险人根据医生医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
7.15	放射疗法	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。本主险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

- 7.16 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。本主险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总局批准用于临床治疗。
- 7.17 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。本主险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总局批准用于临床治疗。
- 7.18 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。本主险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。
- 7.19 初次发生** 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，而不是指自本主险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。
- 7.20 重大疾病** 指符合下列定义的疾病、损伤或手术。该疾病、损伤或手术应当由**专科医生**（见7.21）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。

1. 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7.22）（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**）（见7.23）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**）（见7.24）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“重大疾病医疗保险金”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7.25）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 \leq 2%) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

3. 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7.26）**肌力**（见7.27）2级（含）以下；
- （2）**语言能力完全丧失**（见7.28），或**严重咀嚼吞咽功能障碍**（见7.29）；
- （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7.30）中的三项或三项以上。

4. 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。

5. 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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

- 6. 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。
- 7. 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。
- 8. 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。
- 9. 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“重大疾病医疗保险金”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）。
- 10. 严重慢性肝衰竭** 指因慢性肝脏疾病导致肝衰竭，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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 11. 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。

- 12.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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 13.双耳失聪** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**（见7.31）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。若被保险人在0周岁至3周岁保单周年日期间双耳失聪，在本主险合同有效期内我们对双耳失聪不承担“重大疾病医疗保险金”保险责任。
- 14.双目失明** 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“重大疾病医疗保险金”理赔时年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。
- 15.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。
- 16.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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 17.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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 18.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。

19.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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

20.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。

21.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7.32）IV级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

22.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。

23.语言能力丧失 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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
若被保险人在0周岁至3周岁保单周年日期间语言能力丧失，在本主险合同有效期内我们对语言能力丧失不承担“重大疾病医疗保险金”保险责任。

24.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 $<20 \times 10^9/L$ 。

- 25. 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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 26. 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）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） $<50\text{mmHg}$ 。
- 27. 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。
- 28. 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。
- 29. 经输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染** 指被保险人因输血而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），并须满足下列全部条件：
 （1）本主险合同生效（或每次本主险合同效力恢复）之日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒（HIV）；
 （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
 （3）提供输血治疗的输血中心或医院必须拥有合法经营执照；
 （4）受感染的被保险人不是血友病患者。
 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在保障范围内。
 在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，对应的“重大疾病医疗保险金”将不再予以赔付。
- 30. 严重肌营养不良症** 指由专科医生确认的诊断为Duchenne, Becker, 或Limb Girdle肌营养不良症（所有其他类型的肌营养不良症均不在保障范围内），已进行了至少90天的治疗，并提供肌肉活检和血CPK检测证实。
 该疾病须导致被保险人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，或者导致被保险人永久性的卧床，没有外部帮助无法起床。
 本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

- 31.急性出血坏死性胰腺炎** 指被保险人因为急性出血坏死性胰腺炎已经接受了外科开腹手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或者胰腺部分切除。
因饮酒所致的急性出血坏死性胰腺炎或者经腹腔镜手术进行的治疗不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 32.严重全身性重症肌无力** 重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以涉及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，须经专科医生明确诊断，并满足下列全部条件：
(1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
(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。
- 33.坏死性筋膜炎** 指肢体或躯干肌肉之浅或深筋膜受到感染，病情往往属暴发性并需要实时进行手术及清创术阻止病情恶化。其诊断须满足下列全部条件：
(1) 符合坏死性筋膜炎的典型临床表现；
(2) 细菌学检查检出致病菌；
(3) 出现广泛性肌肉及软组织坏死，并导致身体受影响部位完全失去功能超过180天。
- 34.严重脊髓灰质炎** 脊髓灰质炎是指由于脊髓灰质炎病毒感染致脊髓运动神经元损害所导致的瘫痪性疾病，至少导致两个或以上的肢体瘫痪程度达到肌力在0-3级，经180天治疗后肢体肌力仍然不能恢复到4或5级。诊断需提供脊髓灰质炎病毒检查的证据（如粪便或脑脊液检查，血液中抗体检查）。肢体的定义为整个上肢或是整个下肢。
未导致肢体瘫痪（肢体肌力达4或5级）者及其他原因导致的瘫痪不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 35.严重川崎病** 指被保险人患有川崎病，并因川崎病导致的冠状动脉损害已实际接受了在医院的手术室实施的冠状动脉手术治疗或心脏移植。
川崎病的诊断必须经医院的儿科或心血管专科医生出具医疗诊断证明来确认。
- 36.幼年型类风湿关节炎导致的关节置换手术** 指被保险人患有幼年型类风湿关节炎，并因幼年型类风湿关节炎导致的关节损害已实际接受了在医院的手术室实施的膝关节或髋关节置换手术。
幼年型类风湿关节炎的诊断必须经医院的儿科或免疫专科医生出具医疗诊断证明来确认。
- 37.严重的多发性硬化** 指中枢神经系统多灶性脱髓鞘疾病。多发性硬化症须由神经专科医生提供明确诊断，诊断依据须包括核磁共振检查（MRI）和脑脊液检查的典型改变，且疾病造成的神经系统损害导致被保险人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持续达180天以上。

38.严重的1型糖尿病

严重的1型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持180天以上。须经血胰岛素测定、血C肽测定或尿C肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本主险合同有效期内，满足下列至少一项条件：

- (1) 已出现增殖性视网膜病变；
- (2) 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
- (3) 因坏疽需切除至少一个脚趾。

39.侵蚀性葡萄胎(或称恶性葡萄胎)

该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

40.系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害

该类疾病是指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤。

系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

- (1) 临床表现至少满足下列四项条件：
 - ①蝶形红斑或盘形红斑；
 - ②光敏感；
 - ③口鼻腔黏膜溃疡；
 - ④非畸形性关节炎或多关节痛；
 - ⑤胸膜炎或心包炎；
 - ⑥神经系统损伤（癫痫或精神症状）；
 - ⑦血象异常（白细胞小于4000/ μ l或血小板小于100000/ μ l或溶血性贫血）。
- (2) 检测结果至少满足下列两项条件：
 - ①抗dsDNA抗体阳性；
 - ②抗Sm抗体阳性；
 - ③抗核抗体阳性；
 - ④皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；
 - ⑤C3低于正常值。
- (3) 狼疮肾炎致使肾功能减退（或损害），且至少满足下列一项条件：
 - ①系统性红斑狼疮造成肾脏功能损害，尿蛋白 $>2g/24$ 小时且持续性蛋白尿 $>+++$ ；
 - ②符合下列世界卫生组织（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及/或肾病综合征；

V型（膜型）肾病综合征或重度蛋白尿。

41.严重的原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功

能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级的标准判定，心功能状态已达IV级），且有相关住院医疗记录显示IV级心功能衰竭状态持续至少180天。

本病须经专科医生明确诊断。

继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

42. 严重进行性核上性麻痹

进行性核上性麻痹（PSP）又称Steele-Richardson-Olszewski综合征，是一种神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。PSP必须由神经内科专科医生确诊，并且该疾病导致被保险人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。

43. 胰腺移植

指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术。

单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在“重大疾病医疗保险金”保障范围之内。

44. 植物人状态

指经专科医生确诊，由于意外事故或疾病所致大脑皮质全面坏死，意识完全丧失，但脑干及脑干以下中枢神经功能仍保持完好，且此情况持续30天或以上。

由于酗酒或滥用药物所致的植物人状态不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

45. 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），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，并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。

类风湿性关节炎功能分级标准：

I级：胜任日常生活各项活动（包括生活自理，职业和非职业活动）；

II级：生活自理和工作，非职业活动受限；

III级：生活自理和工作，职业和非职业活动受限；

IV级：生活不能自理，且丧失工作能力。

46. 严重进行性系统性硬化

是一种以皮肤、血管和内脏器官的进行性、弥漫性纤维化为特点的系统性结缔组织病。须经专科医生根据组织活检和血清学检查结果作出明确诊断并提供下列一项或一项以上内脏器官受累的检查报告及诊疗记录：

- （1）肺脏：肺纤维化，已经发展为肺动脉高压、肺心病；
- （2）心脏：心室功能受损，至少达到美国纽约心脏病学会（New York Heart

Association, NYHA) 心功能状态分级Ⅲ级;

(3) 肾脏: 肾脏受损, 已经出现肾功能不全。

下列疾病不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内:

(1) 局部性硬皮病 (如: 带状硬皮病、硬斑病);

(2) 嗜酸粒细胞性筋膜炎;

(3) CREST综合征。

47. 埃博拉病毒感染

受埃博拉病毒感染导致出血性发热。埃博拉病必须经传染病专科医生确诊, 并且埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实。该病必须从症状开始后30天后持续出现并发症。

48. 严重象皮病

指末期丝虫病, 已经到达国际淋巴学会分级为Ⅲ级淋巴水肿, 其临床表现为肢体非凹陷性水肿伴畸形增大、硬皮症和疣状增生。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

国际淋巴学会分级:

按照国际淋巴学会的标准, 将淋巴水肿的程度分为三级:

轻度 (I级): 对水肿肢体加压可出现凹陷, 肢体抬高时水肿大部分消失, 无纤维化样皮肤损害。

中度 (II级): 加压时, 水肿肢体不出现凹陷, 肢体抬高时水肿部分消失, 有中度纤维化。

重度 (III级): 出现象皮肿样皮肤变化。

49. 严重克雅氏症 (疯牛病)

是一种传染性海绵状脑病, 临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经专科医生根据世界卫生组织 (WHO) 诊断标准明确诊断, 并且被保险人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。

疑似病例不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

50. 严重瑞氏综合征 (Reye 综合征, 也称赖氏综合征、雷氏综合征)

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍, 引起短链脂肪酸、血氨升高, 造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由儿科专科医生确诊, 并须满足下列全部条件:

(1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据;

(2) 血氨超过正常值的3倍;

(3) 临床出现昏迷, 病程至少达到疾病分期第3期。

51. 严重肾髓质囊性病

指经专科医生明确诊断为肾髓质囊性病, 并须满足下列全部条件:

(1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变;

(2) 贫血、多尿及肾功能衰竭等临床表现;

(3) 诊断须由肾组织活检确定。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

52. 器官移植导致的人类免疫缺陷病毒

指被保险人因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV), 并须满足下列全部条件:

(1) 被保险人因治疗必需而实施器官移植, 并且因器官移植而感染人类

(HIV) 感染

免疫缺陷病毒（HIV）；

(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具该项器官移植感染属于医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

(3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在保障范围内。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，对应的“重大疾病医疗保险金”将不再予以赔付。

53.肺源性心脏病

指因慢性肺部疾病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。

心功能衰竭程度至少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。永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

54.严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是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。须满足下列全部条件：

- (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抗体或抗-SLA/LP抗体；
- (3) 肝脏活检证实免疫性肝炎；
- (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。

55.肝豆状核变性(Wilson 病)

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- (1) 典型症状；
- (2) 角膜色素环（K-F环）；
- (3) 血清铜和血清铜蓝蛋白降低，尿铜增加；
- (4) 食管静脉曲张；
- (5) 腹水。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

56.原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。该疾病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清ALP $>$ 200U/L；
- (2) 持续性黄疸病史；
- (3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在“重大疾病医疗保险金”

保障范围内。

57.非阿尔茨海默病所致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人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，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须经专科医生明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

58.严重感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并须满足下列全部条件：

（1）血液培养测试结果为阳性，并至少符合以下条件之一：

- ①微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；
- ②病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；
- ③分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；
- ④持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。

（2）心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的30%）；

（3）心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

59.严重冠心病

指根据冠状动脉造影检查结果，明确诊断为三支或以上冠状动脉主要血管的严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75%以上和其他两支血管管腔直径减少60%以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。

前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

60.慢性肾上腺皮质功能衰竭

指原发性自身免疫性肾上腺炎，导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

（1）明确诊断，符合所有以下诊断标准：

- ①血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于100pg/ml；
- ②血浆和尿游离皮质醇及尿17羟皮质类固醇、17酮皮质类固醇测定、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。

本保障仅包括由自身免疫功能紊乱所导致的慢性肾上腺功能不全，其他成因（包括但不限于：肾上腺结核、人类免疫缺陷病毒（HIV）感染或艾滋病、感染、肿瘤）所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺

皮质功能减退均不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

- 61.严重心肌炎** 指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，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，且持续至少90天。
- 62.慢性复发性胰腺炎** 有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。计算机断层扫描（CT）检查证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗180天以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。
酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 63.因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染** 指被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。须满足下列全部条件：
（1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于以下职业之一：医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警；
（2）血清转化必须出现在事故发生后的180天内；
（3）必须提供被保险人在所报告事故发生后的5天内进行的检验报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体阴性；
（4）必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒（HIV）或者人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。
在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止人类免疫缺陷病毒（HIV）作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病（AIDS）发生的医疗方法被研究出来以后，对应的“重大疾病医疗保险金”将不再予以赔付。
- 64.嗜铬细胞瘤** 是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，且已经进行了手术切除肿瘤。嗜铬细胞瘤的诊断必须由内分泌专科医生确定。
- 65.溶血性链球菌引起的坏疽** 指包围肢体或躯干的浅筋膜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，且已经立即进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。
- 66.严重哮喘** 被保险人必须在首次确诊严重哮喘之日的前两年内曾发生哮喘持续状态，并满足以下全部标准：
（1）运动耐受力永久并持续地减少并且轻微的运动能引起气促；
（2）长期胸腔过度膨胀而导致胸腔畸形；
（3）在家及在静息状态下需要吸氧；
（4）持续的每天服用类固醇药物（至少持续180天以上）。
- 67.骨生长不全症** 是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有4种类型：I型、II型、III型、IV型。本主险合同只保障III型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。

III型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

68.肺泡蛋白质沉积症

指肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病，胸部X线呈双肺弥漫性肺部磨玻璃影，病理学检查肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质，并且接受了肺灌洗治疗。

69.疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。智商的检测必须由我们认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。

理赔时必须满足下列全部条件：

- （1）造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人6周岁以后；
- （2）儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- （3）专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；
- （4）被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

70.严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，并须满足以下全部条件：

- （1）至少切除了三分之二小肠；
- （2）完全肠外营养支持三个月以上。

71.严重骨髓异常增生综合征

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-，且需满足下列所有条件：

- （1）由血液病专科医生确诊；
- （2）骨髓穿刺或骨髓活检结果支持诊断；
- （3）被保险人已持续接受一个月以上的化疗或已接受骨髓移植治疗。

72.严重慢性缩窄型心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎，并须满足下列全部条件：

- （1）心功能衰竭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天以上；
- （2）实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

- 73.破裂脑动脉瘤夹闭手术** 指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。
脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 74.肺淋巴管肌瘤病** 肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，并须满足下列全部条件：
（1）经组织病理学诊断；
（2）计算机断层扫描（CT）显示双肺弥漫性囊性改变；
（3）血气提示低氧血症。
- 75.失去一股及一眼** 因疾病或者意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：
（1）眼球缺失或者摘除；
（2）矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
（3）视野半径小于5度。
被保险人在3周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 76.进行性多灶性白质脑病** 指一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须由神经科专科医生根据脑组织活检确诊。
- 77.严重原发性骨髓纤维化** 原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等。
被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：
（1）血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；
（2）白细胞计数 $>25\times 10^9/\text{L}$ ；
（3）外周血原始细胞 $>1\%$ ；
（4）血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$ 。
恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 78.亚历山大病** 亚历山大病（Alexander's Disease）是一种遗传性中枢神经系统退行性病变，特点为脑白质营养不良。临床表现为惊厥发作、智力下降、球麻痹、共济失调、痉挛性瘫痪。亚历山大病必须被明确诊断，并且造成永久性神经系统功能障碍。被保险人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，日常生活必须持续接受他人护理。
本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

未明确诊断的疑似病例不在“重大疾病医疗保险金”保障范围之内。

79.心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

80.严重心脏衰竭 CRT 心脏再同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了CRT治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

- （1）心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Ⅲ级或Ⅳ级；
- （2）左室射血分数低于35%；
- （3）左室舒张末期内径 $\geq 55\text{mm}$ ；
- （4）QRS时间 $\geq 130\text{msec}$ ；
- （5）药物治疗效果不佳，仍有症状。

81.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。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断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）已经植入永久性心脏起搏器。

82.风湿热导致的瓣膜病

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件：

- （1）风湿热病史；
- （2）慢性心脏瓣膜病病史；
- （3）实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

83.头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。非开胸的血管旁路移植手术、因其他病因而进行的旁路移植手术，对其他动脉进行的旁路移植手术，经皮经导管进行的血管内手术不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

84.败血症导致的多器官功能障碍综合征

指由专科医生确诊为败血症，并由血液或骨髓检查证实致病菌，伴发一个或多个器官系统生理功能障碍，并因该疾病入住重症监护病房至少96小时，同时至少满足以下一条标准：

- （1）呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；
- （2）凝血血小板计数 $< 50 \times 10^3 / \text{微升}$ ；

- (3) 肝功能不全, 胆红素 $>6\text{mg/dl}$ 或 $>102\ \mu\text{mol/L}$;
- (4) 已经使用强心剂;
- (5) 昏迷: 格拉斯哥昏迷评分(GCS) ≤ 9 ;
- (6) 肾功能衰竭, 血清肌酐 $>300\ \mu\text{mol/L}$ 或 $>3.5\text{mg/dl}$ 或尿量 $<500\text{ml/d}$ 。

非败血症引起的多器官功能障碍综合征不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

85. 室壁瘤切除手术

被保险人被明确诊断为左室室壁瘤, 并且实际接受了开胸开心进行的室壁瘤切除手术治疗。

经导管心室内成型手术治疗不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

86. 脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的多与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件:

- (1) 脊髓小脑变性症必须由专科医生诊断, 并有下列所有证据支持:
 - ①影像学检查证实存在小脑萎缩;
 - ②临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常;
- (2) 运动功能严重障碍, 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。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

87. 神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病, 主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害, 并可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞病必须明确诊断, 并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一:

- (1) 移动: 自己从一个房间到另一个房间;
- (2) 进食: 自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

88. 脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性疾病, 其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓称为延髓空洞症, 表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍, 存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列任一条件:

- (1) 延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难;
- (2) 双手萎缩呈“爪形手”, 肌力2级或以下。

89. 艾森门格综合征

因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。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及需符合以下所有标准:

- (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 。

先天性心脏病所致的艾森门格综合征不在“重大疾病医疗保险金”保障范围。

- 90.席汉氏综合征** 指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：
- (1) 产后大出血休克病史；
 - (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
 - (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
 - (4) 实验室检查显示：
 - ①垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；
 - ②性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下。
 - (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。
- 垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在“重大疾病医疗保险金”保障范围之内。
- 91.严重强直性脊柱炎** 强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。严重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或三项以上。
- 92.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。
- 93.Brugada 综合征** 被保险人必须由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，并提供完整的诊疗记录；
 - (2) 心电图有典型的 I 型Brugada波；
 - (3) 已经安装了永久性心脏除颤器。
- 94.溶血性尿毒综合征** 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由血液和肾脏专科医生诊断，被保险人理赔时年龄在二十五周岁以下，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“重大疾病医疗保险金”保障范围内。
- 95.严重癫痫** 本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及核磁共振检查（MRI）、正电子发射断层扫描（PET）、头颅断层扫描（CT）等影像学检查确诊。理赔时必须提供6个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

96. 脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

97. 严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经专科医生明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单个肢体功能障碍指疾病确诊180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

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

98. 范可尼综合征

也称Fanconi综合征，指近端肾小管的功能异常引起的一组症候群。须经专科医生诊断，且须满足下列至少两项条件：

- （1）尿液检查出现肾性糖尿、全氨基酸糖尿或磷酸盐尿；
- （2）血液检查出现低磷血症、低尿酸血症或近端肾小管酸中毒；
- （3）出现骨质疏松、骨骼畸形或尿路结石；
- （4）通过骨髓片、白细胞、直肠黏膜中的结晶分析或裂隙灯检查角膜有胱氨酸结晶。

被保险人在三周岁之前罹患该疾病，本公司不承担“重大疾病医疗保险金”保险责任。

99. 自身免疫性脑炎

自身免疫性脑炎（Autoimmune Encephalitis, AE）泛指一类由自身免疫机制介导的脑炎。临床以精神行为异常、癫痫发作、近事记忆障碍等多灶或弥漫性脑损害为主要表现。

自身免疫性脑炎须经专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件：

（1）急性或亚急性起病，具备以下1个或多个神经与精神症状或临床综合征。

- ①边缘系统症状：近事记忆减退、癫痫发作、精神行为异常，发生以上3个症状中的1个或多个；
- ②脑炎综合征：弥漫性或多灶性脑损害的临床表现；
- ③基底核和（或）间脑/下丘脑受累的临床表现；
- ④精神障碍，且精神心理专科认为不符合非器质性疾病。

（2）具有以下1个或多个的辅助检查发现，或者合并相关肿瘤。

- ①脑脊液异常：脑脊液白细胞增多；或者脑脊液细胞学呈淋巴细胞性炎症；或者脑脊液寡克隆区带阳性；
- ②神经影像学或电生理异常：MRI边缘系统T2或者FLAIR异常信号，单侧或双侧，或者其他区域的T2或FLAIR异常信号（除外非特异性白质改变和卒中）；或者PET边缘系统高代谢改变，或者多发的皮质和（或）基底核高代谢；或者脑电图异常：局灶性癫痫或癫痫样

放电（位于颞叶或颞叶以外），或者弥漫或多灶分布的慢波节律；
③与自身免疫性脑炎相关的特定类型的肿瘤，如边缘性脑炎合并小细胞肺癌，抗NMDAR脑炎合并畸胎瘤。

(3) 抗神经元表面抗原的自身抗体阳性，其中抗NMDAR抗体检测主要以脑脊液阳性为准。

100. 戈谢病

戈谢病（Gaucher disease, GD）是较常见的溶酶体贮积病，为常染色体隐性遗传病。该病由于葡萄糖脑苷脂酶基因突变导致机体葡萄糖脑苷脂酶（又称酸性β-葡萄糖苷酶）活性缺乏，造成其底物葡萄糖脑苷脂在肝、脾、骨骼、肺，甚至脑的巨噬细胞溶酶体中贮积，形成典型的贮积细胞即“戈谢细胞”，导致受累组织器官出现病变，临床表现多脏器受累并呈进行性加重。又称葡萄糖脑苷脂病、高雪氏病、家族性脾性贫血、脑貳病、脑苷脂网状内皮细胞病等。

戈谢病需经专科医生明确诊断，且同时满足以下条件：临床肝、脾肿大或有中枢神经系统症状、骨髓涂片检查见到戈谢细胞、典型的X线表现、血清酸性磷酸酶增高。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

101. 严重气性坏疽

指由梭状芽胞杆菌所致的肌坏死或肌炎。须经专科医生明确诊断，且须满足下列全部条件：

- (1) 符合气性坏疽的一般临床表现；
- (2) 细菌培养检出致病菌；
- (3) 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

清创术不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

102. 多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病须由专科医生明确诊断，并且有电生理检查结果证实。

103. 弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。

104. 严重结核性脊髓炎

因结核杆菌引起的脊髓炎，须经神经科专科医生确诊，且必须有病原学检查证实，并且结核性脊髓炎导致永久性神经系统功能障碍，即：疾病首次确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；
- (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项日常生活活动中的三项或三项以上。

105. 原发性噬血细胞综合征

噬血细胞综合征又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症（hemophagocytic lymphohistiocytosis, HLH），是一组由多种病因诱发细胞因子“瀑布式”释放，组织病理学以组织细胞增生伴随其吞噬各种造血细胞为特征的综合征。本疾病须符合下列条件中的至少三项，并且经专科医生认可有必要进行异体骨髓移植手术：

- (1) 分子生物学诊断出现特异性的基因突变；

- (2) 铁蛋白 $>500\text{ng/ml}$;
- (3) 外周血细胞减少,至少累及两系, $\text{Hb}<90\text{g/L}$, $\text{PLTS}<100\times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 $<1.0\times 10^9/\text{L}$;
- (4) 骨髓、脑脊液、脾脏及淋巴结等之特征性噬血细胞增加,无恶性肿瘤的证据;
- (5) 可溶性CD25 $\geq 2400\text{U/ml}$ 。

本公司承担本项疾病责任不受本主险合同“2.4 责任免除”部分中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

任何其它病因导致的继发性噬血细胞综合征不在“重大疾病医疗保险金”保障范围内。

- 7.21 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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 7.22 组织病理学检查** 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。
- 7.23 ICD-10** 《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。如果出现ICD-10与ICD-0-3不一致的情况,以ICD-0-3为准。
- 7.24 ICD-0-3** 《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-0-3),是世界卫生组织(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。
- 7.25 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。
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

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。

- 7.26 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。
- 7.27 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。
- 7.28 语言能力完全丧失** 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。
- 7.29 严重咀嚼吞咽功能障碍** 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。
- 7.30 六项基本日常生活活动** 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。

- 7.31 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。
- 7.32 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。
- 7.33 特定医疗机构 指上海市质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心。保险期间内我们调整认可的特定医疗机构的，以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布的为准。
- 7.34 质子重离子医疗费用 指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的费用，包括床位费、膳食费、护理费、医生费、治疗费、检查化验费、药品费、材料费和手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。
- 7.35 指定移植手术 指重大器官移植术或造血干细胞移植术（见“7.20 重大疾病”释义第4项）。
- 7.36 指定重大手术 包含冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）（见“7.20 重大疾病”释义第5项）、主动脉手术（见“7.20 重大疾病”释义第25项）及**严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术**。
严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术：指被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术，因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在“特定疾病及手术特需医疗保险金”保障范围内。
- 7.37 基本医疗保险 本主险合同所称的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）。
- 7.38 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。
- 7.39 醉酒 指发生事故时被保险人每百毫升血液的酒精含量大于或等于80毫克。

- 7.40 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。
- 7.41 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
 (1) 没有取得驾驶资格；
 (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 (4) 未经公安机关交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
 (5) 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；
 (6) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无合法有效驾驶证驾驶”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准；
 (7) 公安机关交通管理部门规定的其他无合法有效驾驶证驾驶的情况。
- 7.42 无有效行驶证** 指下列情形之一：
 (1) 未取得行驶证；
 (2) 机动车被依法注销登记的；
 (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；
 (4) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无有效行驶证”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准。
- 7.43 机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 7.44 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。
- 7.45 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。
- 7.46 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。
- 7.47 既往症** 指被保险人在本主险合同生效日之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
 (1) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
 (2) 本主险合同生效前，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) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
 (4) 本主险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

- 7.48 **潜水** 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 7.49 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.50 **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。
- 7.51 **武术比赛** 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 7.52 **特技表演** 指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。
- 7.53 **现金价值** 对于有等待期的， $\text{现金价值} = \text{当期保险费} \times (1 - 25\%) \times (1 - \text{当期保险费对应保障的已经过天数} / \text{当期保险费对应保障的总天数})$ ；
对于无等待期的， $\text{现金价值} = \text{当期保险费} \times (1 - 20\%) \times (1 - \text{当期保险费对应保障的已经过天数} / \text{当期保险费对应保障的总天数})$ 。
经过天数不足1天的按1天计算。

[本页内容结束]

附表：

前海医管家医疗保险（2021）计划

单位：人民币元

保险计划		计划 A	计划 B
各项保险金 年度给付限 额	一般医疗保险金	200 万	200 万
	重大疾病医疗保险金	200 万	200 万
	质子重离子医疗保险金	无单独限额	无单独限额
	特定疾病及手术特需医疗保险金*	不包含该项责任	无单独限额
年度给付限额		400 万 (以上各项保险金合计年度给付金额不超过 400 万)	
各项保险金 年免赔额	一般医疗保险金	共用 8000 元年免赔额	
	重大疾病医疗保险金		
	质子重离子医疗保险金	无免赔额	
	特定疾病及手术特需医疗保险金*	无免赔额	

*特定疾病及手术特需医疗保险金所保障的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币 1500 元，但重症监护室床位费不受此限。

[本页内容结束]