



请扫描以查询验证条款
招商信诺[2022]医疗保险 045 号

招商信诺醇享人生个人高端医疗保险条款阅读指引

本阅读指引帮助您方理解条款，若与条款冲突，以条款为准。

✓ 您方所拥有的重要权益

在首次投保时，自您方签收本保险合同之日起 15 天内为犹豫期，如果您方在犹豫期内要求解除本保险合同，我方将无息退还您方已支付的全部保险费，对于保险合同解除前发生的保险事故我方不承担保险责任。签收本保险合同之日起 15 天后，您方仍然有解除本保险合同的权利，但会存在一定的退保损失。

✓ 您方应特别注意的事项

1. 请您方留意保险责任条款中的各保障项目的内容，并根据您方的需求购买。
2. 请您方留意关于保险金的给付条件和范围，以及免赔额、自负比例、支付次数限制和赔付限额等。
3. 请您方留意责任免除条款，以及其他已加下划线的免除或限制我方责任的条款。
4. 请您方留意保险合同中关于保险期间、预先批准及应追讨款项的条款。
5. 请您方留意续保的条件，如果您方不愿意续保，请在保险期间届满日前通知我方。
6. 请您方留意保险条款中术语的释义条款。

条款目录

第一章 一般条款及规定

1. 保险合同构成
2. 保险合同成立与生效
3. 保险期间
4. 保险合同终止
5. 投保人解除保险合同的手续及风险
6. 不保证续保
7. 被保障人员
8. 增减被保险人
9. 保障范围
10. 保障选项
11. 保险费的支付
12. 免赔额
13. 非公立医院自负比例和美国地区非网络医院自负比例
14. 赔付限额
15. 基本医疗保险或公费医疗身份
16. 明确说明和如实告知
17. 未如实告知的处理
18. 常住地所在国

19. 联系方式变更

20. 保险合同变更

21. 语言

22. 管辖权及争议处理

第二章 保险责任

23. 核心医疗保障
24. 扩展医疗保障（可选保障）
25. 综合牙科保障（可选保障）

第三章 责任免除

26. 通用责任免除

第四章 预先批准

27. 预先批准清单
28. 预先批准审核

第五章 保险金申请

29. 理赔申请资料
30. 保险金的给付
31. 其它核定结果
32. 应追讨款项
33. 严格遵从理赔流程

第六章 释义

34. 术语定义

招商信诺醇享人生个人高端医疗保险条款

第一章 一般条款及规定

-
- | | |
|---------------------------|--|
| 1. 保险合同构成 | <p>1.1 本保险合同包括与本保险合同有关的投保申请、保险单（或其他保险凭证）及所附保险条款、保障利益表、合法有效的批注、批单及其他文件。</p> <p>1.2 在本保险合同中，“您方”指投保人，“我方”指招商信诺人寿保险有限公司。</p> |
| 2. 保险合同成立与生效 | <p>2.1 您方提出投保申请，经我方同意承保，本保险合同成立。</p> <p>2.2 本保险合同的生效时间在保险单中载明。</p> <p>2.3 您方务必及时向我方告知本保险合同生效时间之前被保险人所发生的任何医疗情况变化，<u>我方将针对医疗情况的变化重新审核您方的申请，并可能增加特别责任免除、或重新评估是否承保。</u></p> |
| 3. 保险期间 | 本保险合同的保险期间为一年，自本保险合同的生效时间起计算。 |
| 4. 保险合同终止 | 发生下列任一情况，本保险合同效力终止： |
| | <p>4.1 本保险合同保险期间届满且没有续保；</p> <p>4.2 您方或我方按本保险合同约定或相关法律法规的规定解除本保险合同；</p> <p>4.3 按本保险合同约定或相关法律法规的规定终止本保险合同。</p> |
| 5. 投保人解除保险合同的手续及风险 | <p>5.1 您方要求解除本保险合同，应向我方提出申请，并提供保险合同、会员卡及有效身份证件。</p> <p>5.2 在首次投保时，自您方签收本保险合同之日起 15 天内为犹豫期，如果您方在犹豫期内要求解除本保险合同，我方将无息退还您方已支付的全部保险费，<u>对于保险合同解除前发生的保险事故我方不承担保险责任。</u>
续保没有犹豫期。</p> <p>5.3 您方在犹豫期后要求解除本保险合同，本保险合同自收到解除合同申请书之日起效力终止。如果被保险人在本保险合同终止前没有进行理赔或直付服务、<u>付款担保</u>或预先批准，我方将向您方退还现金价值；<u>如果被保险人在本保险合同终止前进行过理赔或直付服务、付款担保或预先批准，将没有任何保险费返还。</u>
<u>您方在犹豫期后解除保险合同会遭受一定损失。</u></p> |
| 6. 不保证续保 | <p>6.1 本保险合同不保证续保。</p> <p>6.2 本保险合同保险期间为一年。保险期间届满，您方需要重新向我方申请投保，并经我方同意，交纳保险费，获得新的保险合同。</p> <p>6.3 如果在保险期间届满日前您方有未清偿的应追讨款项（见条款 32），将导致续保不能及时进行或无法续保。</p> <p>6.4 如果您方希望在新的保险期间变更保障内容或去除特别责任免除的，请在保险期间届满日前至少 14 天通知我方，并根据我方的要求如实告知被保险人的健康状况，以便我方重新评估本保险合同续保的承保条件和保险费。</p> <p>6.5 下列情况下，本保险合同将不续保：</p> <p>6.5.1 我方认为本保险合同不符合续保条件；</p> <p>6.5.2 您方不同意续保；</p> |

- 6.5.3 本产品停售。
- 7. 被保障人员**
- 7.1 符合我方规定的投保条件的人士可作为被保险人参加本保险。所有的投保申请须经医疗核保，我方将向您方告知我方对投保申请上列明的被保险人的承保条件，包括特别限制性承保条件，如特别责任免除。经我方审核同意后，该被保险人姓名将载于保险单上。
- 7.2 年龄的计算与误告的处理
- 7.2.1 本保险合同中的年龄为以法定身份证件载明的出生日期计算的周岁年龄，自出生之日起为零周岁。
- 7.2.2 如您方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合同约定投保年龄限制的，我方有权解除本保险合同，对本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任。解除合同时，我方将向您方退还现金价值。上述规定的保险合同解除权，自我方知道有解除事由之日起超过 30 天不行使而消灭。
- 7.2.3 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使应付保险费少于应付保险费的，我方有权更正并要求您方补交保险费。若补交保险费前已发生保险事故，我方在给付保险金时按照应付保险费与应付保险费的比例折算给付保险金；折算给付的保险金=应给付的保险金×（应付保险费÷应付保险费）。
- 7.2.4 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使应付保险费多于应付保险费的，我方会将多收的保险费无息退还给您方。
- 8. 增减被保险人**
- 8.1 除非发生**重大人生事件**，本保险合同仅可在续保时增加或减少被保险人。
- 8.2 如果已发生**重大人生事件**，本保险合同可在保险期间内增加或减少因受**重大人生事件**影响的被保险人。减少被保险人的，若该被保险人没有进行过理赔或直付服务、**付款担保**或预先批准，我方将向您方退还该被保险人的**现金价值**；反之，该被保险人的保险费将没有任何返还。
- 8.3 如果您方需要增加被保险人，应向我方提出书面申请。经我方审核同意后，我方将向您方签发合同批注，该新增被保险人的保障生效时间将在合同批注中载明。
- 8.4 若被保险人分娩且在该新生儿出生前的 10 个月或更长期间内，该被保险人及其**配偶**已经持续有效地作为我方被保险人，您方可申请增加该新生儿至已有的保险责任中：
- 8.4.1 如我方在该新生儿出生后 7 天内收到该申请，经我方审核同意后，该新生儿的保障生效时间为出生之日。
- 8.4.2 如果我方在该新生儿出生 7 天后收到该申请，经我方审核同意后，该新生儿的保障生效时间为我方审核完成之日。
- 8.5 所有经不育治疗后出生的儿童（如试管婴儿）、代孕者所生儿童或领养儿童须在出生满 90 天后才可投保本保险合同，并需要经过医疗核保。
- 8.6 家庭费率的计算以保险合同生效或者续保时的本保险合同下被保险人的数目计算。在保险期间内增加或减少被保险人不改变家庭费率因子。
- 9. 保障范围**
- 9.1 我方根据本保险合同的约定承担经**专科医生**建议并由我方**医疗团队**所确认，属于**医疗必要**并且符合**通常医疗惯例**的医疗费用及/或其他特定服务费用的给付责任。
- 9.2 我方承担的保险责任应受到下列限制：

- 9.2.1 保障利益表中所列的各项免赔额、自负比例、支付次数限制和赔付限额；以及
- 9.2.2 保险条款中术语定义及责任免除。
- 9.3 我方将不支付发生在保险责任生效前与终止后的任何治疗费用，即使该治疗在保险责任终止前已经获得了我方的批准。

10. 保障选项

- 10.1 您方有三个保障计划可以选择：全球计划、寰亚计划和神州计划。
- 10.2 在每个保障计划下，核心医疗保障为被保险人的必选保障，您方可以选择附加下述一个或以上的可选保障，并支付相应的保险费。具体的保险责任详见适用的条款及本保险合同附件“保障利益表”。对您方未购买的保障项目，我方将不承担任何与之相关的保险责任。
- 10.2.1 扩展医疗保障（可选保障）
- 10.2.2 综合牙科保障（可选保障）
- 10.3 您方可以选择的保障区域包括：
- 10.3.1 **全球含美国：**
- 10.3.2 **全球不含美国：**
- 10.3.3 **亚洲：**
- 10.3.4 **中国大陆。**
- 我方将不予支付在您方所选择保障区域外进行的任何治疗发生的医疗费用。
- 10.4 您方可以选择的医疗服务网络包括：
- 10.4.1 公立医院及优选医疗机构；
- 10.4.2 除特定医院的所有医院；
- 10.4.3 所有医院。
- 10.5 本保险合同的保障内容包括您方选择的保障项目、保障区域、免赔额、自负比例、支付次数限制、赔付限额和被保险人是否以拥有**基本医疗保险或公费医疗**身份参加本保险等内容。您方在保险期间内不能变更已选定的保障内容。如果您方希望变更保障内容，您方可以在每年续保时向我方提出书面变更申请，我方可能对变更后的保障内容适用特别承保条件或特别责任免除。
- 10.6 如果本保险合同的被保险人人数超过一人，同一保单下所有被保险人所选择的保障内容应该保持一致。我方将根据本保险合同生效或续保时该保单项下所有的被保险人人数适用家庭费率因子。
- 11. 保险费的支付**
- 11.1 本保险合同保险费由您方在投保时一次性付清。
- 12. 免赔额**
- 12.1 您方有选择免赔额的权利，选择有免赔额的保险费将低于选择无免赔额的保险费。若您方计划选择免赔额，请在投保申请中注明。
- 12.2 如果您方在核心医疗保障中选择了免赔额，我方将对保险期间内每一次理赔均扣除免赔额，直到累积免赔达到了年度免赔额。
- 12.3 免赔额将按每一被保险人、每个保险期间单独计算。
- 12.4 您方可于续保时要求变更免赔额。我方有可能要求您方填写健康问卷，并可能附加特别承保条件或特别责任免除。
- 12.5 医疗费用中已从**基本医疗保险、大病保险或公费医疗、所有商业费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等**所获得的任何费用补偿均不可用于抵扣免赔额。

- 13. 非公立医院自负比例和美国地区非网络医院自负比例**
- 13.1 如果您方选择一定的非公立医院自负比例，您方所支付的保险费将会更低。若您方计划选择非公立医院自负比例，您方需要在您的投保申请上注明。
- 13.2 如果您方选择了非公立医院自负比例，对在非公立医院发生的扩展医疗保障范围内的医疗费用，根据相应的非公立医院自负比例计算的金额将由您方自行承担。
- 13.3 **美国地区非网络医院自负比例**是指，如果您方选择的保障区域为全球含美国的，在保险责任范围内、由被保险人自行承担在**美国地区非网络医院**发生费用的比例。
- 13.4 如果您方同时选择多项自负比例的，被保险人自行承担的费用等于根据相应的自负比例计算的金额之和。如果您方同时选择了免赔额和非公立医院自负比例/美国地区非网络医院自负比例，将先计算免赔额，扣除免赔额后的剩余部分再进行非公立医院自负比例/美国地区非网络医院自负比例计算。
- 13.5 您方可以在每年续保时申请变更非公立医院自负比例。如果您方希望取消或降低您方的非公立医院自负比例，我方有可能要求您方填写健康问卷，并可能附加特别承保条件或特别责任免除。
- 14. 赔付限额**
- 每一保障项目分别设定每年赔付限额，保障项目中的一些分项费用还设有每年分项赔付限额。
- 15. 基本医疗保险或公费医疗身份**
- 如果被保险人以拥有**基本医疗保险或公费医疗**身份参加本保险合同，针对索赔的医疗费用：
- 15.1 如果被保险人某次就诊的医疗费用已从基本医疗保险或公费医疗获得补偿，我方在扣除基本医疗保险或公费医疗已补偿的部分后，对其余额按本保险合同的约定予以赔付；
- 15.2 如果被保险人某次就诊的医疗费用可以从基本医疗保险或公费医疗获得补偿，但实际未从基本医疗保险或公费医疗中获得补偿，我方按本保险合同的约定确定费用金额后，按 60% 予以赔付；
- 15.3 如果被保险人某次就诊的医疗费用不可以从基本医疗保险或公费医疗获得补偿，我方按本保险合同的约定予以赔付。
- 16. 明确说明和如实告知**
- 订立本保险合同时，我方应向投保人明确说明本保险合同的条款内容。对保险条款中免除责任的条款，我方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。我方可以就投保人、被保险人有关情况提出询问，投保人应当如实告知。
- 17. 未如实告知的处理**
- 17.1 **投保人故意或者因重大过失未履行前款如实告知义务，足以影响我方决定是否同意承保或者提高保险费率的，我方有权解除本保险合同。**
- 17.2 **投保人故意不履行如实告知义务的，我方对于本保险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。**
- 17.3 **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，我方对本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当无息退还保险费。**
- 17.4 我方在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，不会解除保险合同；发生保险事故的，我方按照保险合同的约定承担给付保险金的责任。
- 17.5 上述规定的保险合同解除权，自我方知道有解除事由之日起超过 30 天不行使而消灭。

- 18. 常住地所在国**
- 18.1 被保险人变更常住地所在国的，您方应及时以书面或双方认可的其他形式通知我方。我方有可能根据该被保险人变更后的常住地所在国对本保险合同的保障内容、保险费等内容进行调整。
- 18.2 在某些情况下，如果变更常住地所在国将致使原有保障内容违反当地医疗保健监管规定，我方有可能不承担相应的保险责任，具体的规定可能根据不同国家及/或不同时期而变化。
- 19. 联系方式变更**
- 为了保障您方的合法权益，如果您方及被保险人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面或双方认可的其他形式通知我方。如果您方未以书面或双方认可的其他形式通知我方，我方按您方最终留存的联系方式（如地址、电话、电子邮箱等）发送的有关通知，均视为已送达给您方。
- 20. 保险合同变更**
- 本保险合同有效期间内，经您我双方协商一致，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，我方将会给您方送交一份新的保险单或在原保险合同上批注，或者寄送批单。未经我方批准或批注，本合同的任何变动都将是无效的。我方的任何保险代理人、销售代表和服务代表、您方的保险经纪人都无权修正或豁免本合同的任何规定。
- 21. 语言**
- 本保险合同的英文内容仅供参考，中英文内容不一致或存在理解不同之处应以中文内容及意思为准。
- 22. 管辖权及争议处理**
- 22.1 本保险合同受中华人民共和国法律管辖。
- 22.2 本保险合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
- 22.2.1 因履行本保险合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁机构仲裁；
- 22.2.2 因履行本保险合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

第二章 保险责任

- 23. 核心医疗保障**
- 核心医疗保障按约定为被保险人提供所需要的住院费用及日间病房费用的保障。另外，对下述外科手术及恶性肿瘤（包括恶性肿瘤——重度及恶性肿瘤——轻度，以下简称“恶性肿瘤”）治疗等列明的部分费用项目，保障的范围除包括住院费用及日间病房费用，还包括门诊费用。
- 23.1 住院或日间病房的医疗费
- 23.1.1 在满足下列全部条件时：
- (a) 被保险人接受住院治疗或日间病房治疗是出于医疗必要并且符合通常医疗惯例；
- (b) 被保险人住院的时间长度是合理的；
- (c) 所接受的治疗由专科医生亲自执行或在其有效监控之下。
- 我方将支付被保险人接受住院或日间病房治疗期间的护理、病房膳食费及床位等费用。
- 23.1.2 如果有多规格的单人间病房但被保险人入住超过基本单人间规格的病房的，我方审核认为被保险人入住超过基本单人间规格的病房是出于医疗必要并且符合通常医疗惯例，我方将支付被保险人实际入住的病房费用；反之，我方将按照基本单人间规格的病房费用向被保险人支付。

23.2	外科手术室及麻醉复苏室费用	如果被保险人支出的 外科手术 费经我方审核可赔付，我方将支付在 住院 、 日间病房 、 门诊 发生的与之相关的 外科手术室及麻醉复苏室费用 。
23.3	处方药及敷料费	<p>23.3.1 我方将支付被保险人接受住院治疗或日间病房治疗期间发生的处方药及敷料费。</p> <p>23.3.2 被保险人接受恶性肿瘤治疗期间在门诊发生的处方药及敷料费，我方按本项约定进行支付，而不按“恶性肿瘤治疗费用”（见条款 23.21）的约定进行支付。</p>
23.4	重症监护室费用	经我方审核认为被保险人入住 重症监护室 、 重症治疗室 ， 加护病房 或 冠心病监护室 是出于 医疗必要 并且符合 通常医疗惯例 的，我方将支付上述费用。
23.5	父母或监护人陪护床位费	<p>如果被保险人在接受住院治疗时未满 18 周岁，符合下列全部条件时，我方将承担其父母或其他法定监护人中的一位在同一医院中的陪同住宿的床位费用：</p> <p>23.5.1 被保险人接受的住院治疗属于本保险合同的保险责任范围内；</p> <p>23.5.2 该医院可以进行陪护；</p> <p>23.5.3 其陪同住宿费用是合理的；</p> <p>23.5.4 <u>仅限在同一病房陪同被保险人的床位费用。</u></p>
23.6	外科医生及麻醉师费用	<p>我方将支付在住院、日间病房或门诊发生的下列费用：</p> <p>23.6.1 外科手术中发生的外科医生及麻醉师费用；及</p> <p>23.6.2 外科手术前或外科手术后发生的与外科手术直接相关的治疗（与外科手术同一天发生）中的外科医生及麻醉师费用。</p>
23.7	专科医生诊疗费	我方将支付在 医院 因 住院 或 日间病房治疗 而发生的、符合 医疗必要 及 通常医疗惯例 的 专科医生诊疗费 。
23.8	器官、骨髓及干细胞移植费用	<p>23.8.1 如果满足下列全部条件，我方将支付与器官移植直接相关的住院医疗费用：</p> <p>(a) 移植是出于医疗必要并且符合通常医疗惯例；并且</p> <p>(b) 器官来源为其家属捐献，或具有已验证的、合法的来源。</p> <p>23.8.2 如果满足下列全部条件，我方将支付与骨髓及干细胞移植直接相关的住院医疗费用：</p> <p>(a) 移植是出于医疗必要并且符合通常医疗惯例；并且</p> <p>(b) 骨髓或干细胞来源为其自体骨髓或干细胞，或具有已验证的、合法的来源。</p> <p>23.8.3 我方将支付在住院期间发生的移植后抗排异药物费用。</p> <p>23.8.4 如果骨髓及干细胞移植是恶性肿瘤治疗的一部分，则我方将不按此项约定进行支付，而按“恶性肿瘤治疗费用”（见条款 23.21）的约定进行支付。</p> <p>23.8.5 如果有捐献者捐献器官或骨髓给被保险人，我方将承担：</p> <p>(a) 获取器官或骨髓的外科手术费用；</p> <p>(b) 医疗必要并且符合通常医疗惯例的组织配型检测费用；</p> <p>(c) 捐献者因捐献行为而发生的必要医院收费；及</p> <p>(d) <u>捐献者因捐献而发生的并发症治疗费用，但限于捐献进行后 30 天内的治疗费用。</u></p>

23.9 肾透析费用	23.9.1 如果在被保险人的 <u>常住地</u> 所在国内可以进行肾透析治疗，我方将支付其在日间病房进行的肾透析治疗费用。
	23.9.2 对被保险人到其 <u>常住地</u> 所在国外但属于所选择的保障区域内进行的肾透析治疗，我方支付其在日间病房进行的肾透析治疗费用， <u>但不承担其旅行费用</u> 。
23.10 病理检测、放射检查及其他诊断性检查化验费用	在符合 <u>医疗必要及通常医疗惯例</u> 的情况下，我方将支付被保险人在住院或日间病房治疗时经专科医生明确要求进行的下列检查化验产生的费用：
	23.10.1 病理检测；
	23.10.2 放射学检查；及
	23.10.3 <u>诊断性检查化验</u> 。
23.11 物理治疗/补充治疗及中医/针灸治疗费用	23.11.1 在符合 <u>医疗必要及通常医疗惯例</u> 的情况下，我方将支付被保险人在住院或日间病房治疗时经专科医生明确要求进行的下列治疗产生的费用：
	(a) 专科治疗师进行的 <u>物理治疗/补充治疗</u> ；及
	(b) 专业针灸师及专业中医医生进行的专业 <u>中医/针灸治疗</u> 。
	23.11.2 <u>被保险人主要因为接受上述治疗而住院或进行日间病房治疗的，不在此项保障范围内。</u>
	23.11.3 <u>每一保险期间内，对同一原因导致的物理治疗/补充治疗及中医/针灸治疗，我方最多支付 30 天的费用。</u>
23.12 康复治疗费用	23.12.1 我方将支付符合下述全部条件的 <u>康复治疗</u> 产生的费用：
	(a) 导致 <u>康复治疗</u> 的疾病或机体损伤在本保险合同的保障范围内；
	(b) 经专科医生明确要求且符合 <u>医疗必要及通常医疗惯例</u> ；并且
	(c) <u>康复治疗</u> 开始的时间在导致 <u>康复治疗</u> 的疾病或机体损伤治疗结束后 30 天内。
	23.12.2 <u>康复治疗包括职业治疗等，但不包括物理治疗/补充治疗或言语复健治疗。</u>
	23.12.3 <u>在每一保险期间内，我方承担保险责任的下列两项治疗天数共计上限为 30 天：</u>
	(a) <u>同一原因导致的康复治疗。因康复治疗而产生的膳食费、生活费等相关费用也受此限制。经我方预先审核批准，在本保险合同的保障范围内的矫形外科治疗后、或脊髓/神经系统疾病治疗后进行的康复治疗不受 30 天的限制；</u>
	(b) <u>同一原因导致的物理治疗/补充治疗及中医/针灸治疗（见条款 23.11）。</u>
	23.12.4 对“30 天”限制的计算：
	(a) 如果被保险人住院进行治疗的，每在 <u>医院</u> 过一个夜晚计作“一天”；
	(b) 如果被保险人在日间病房进行治疗的，每一个发生日间病房治疗的日历日计作“一天”。
23.13 核磁共振、计算机断层扫描及正电子发射断层扫描费用	在符合 <u>医疗必要及通常医疗惯例</u> 的情况下，我方将支付被保险人在住院或进行日间病房治疗期间经专科医生明确要求进行的下列检查产生的费用：
	23.13.1 核磁共振；

	23.13.2 计算机断层扫描;
	23.13.3 正电子发射断层扫描。
23.14 家庭护理费用	<p>23.14.1 如果满足下列全部条件, 我方将支付被保险人相应的家庭护理费用</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 由具有合法注册护士提供; (b) 经我方评估, 护理的内容是医疗必要并且符合通常医疗惯例的, 且这些护理属于通常在医院才能提供的服务。<u>我方不支付因非医疗性质的护理或私人服务产生的费用;</u> (c) 被保险人在本保险合同的保险责任范围内的住院或日间病房治疗期间由专科医生明确要求进行; (d) 在被保险人出院后立即开始; (e) 进行家庭护理可以实质减少被保险人继续在医院就医的时间。 <p>23.14.2 <u>每一保险期间内, 对同一原因导致的家庭护理, 我方最多支付 30 天的费用。</u></p>
23.15 临终关怀及姑息治疗费用	如果被保险人被诊断为终末期状态, 且现有医学技术没有有效的治疗手段, 我方将支付在医院进行临终治疗或护理而发生的病房膳食费、护理费、处方药费、理疗费、心理关怀及姑息治疗费用。
23.16 修复体、设备及装置费用	<p>23.16.1 内置修复体、设备及装置: 我方将支付被保险人在进行治疗或外科手术过程中植入被保险人体内的修复体、设备及装置的费用。</p> <p>23.16.2 外置修复体、设备及装置: 我方将支付被保险人在进行治疗过程中符合医疗必要及通常医疗惯例的外置修复体、设备及装置的费用, 并且该类装置属于外科手术后立即需要的或者在病后恢复阶段内短期内需要的。</p> <p>23.16.3 <u>对未满 18 周岁的被保险人, 每一保险期间我方最多承担一个外置修复体、设备或装置的初装费用及两次更换费用。</u></p> <p>23.16.4 <u>拐杖、轮椅等主要为生活便利的设备不在此项保障范围内。</u></p>
23.17 当地救护车费用	<p>23.17.1 如为医疗必要并且符合通常医疗惯例, 我方将支付下列运送被保险人的当地救护车费用:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 从意外事故或机体损伤发生地到医院; (b) 从一医院转送另一医院; 或者 (c) 从其居所到医院。 <p>23.17.2 <u>只有在当地救护车的使用是为了到医院进行医疗性质的治疗时, 我方才支付其费用。</u></p> <p>23.17.3 <u>本保险合同不承担山地搜救的服务的费用。</u></p>
23.18 住院紧急牙科治疗费用	<p>23.18.1 如果被保险人在住院期间因牙科紧急症状由主持治疗的专科医生明确要求进行紧急牙科治疗, 且此紧急牙科治疗不构成住院的主要治疗, 我方将支付被保险人在机体损伤后 24 小时内的紧急牙科治疗费用。</p> <p>23.18.2 如果此紧急牙科治疗是构成住院的主要治疗, 且您方同时投保了本保障项目和“综合牙科保障”(见条款 25), 我方将不按本保障项目的约定进行支付, 而仅按“综合牙科保障”中的约定进行支付。</p>
23.19 精神治疗费用	我方将按照下述条件支付在住院或日间病房治疗期间发生的精神健康问题或异常的治疗所产生的费用。

		<ul style="list-style-type: none"> (a) 我方仅支付包含在国际疾病分类（ICD-10）的 F00-F09 及 F20-F48 的疾病； (b) 我方仅支付循证治疗及有医疗必要并且符合通常医疗惯例的治疗。
	23.19.2	<u>在每一保险期间内，可承担保险责任的住院治疗天数最多不超过 30 天。</u>
23.20 成瘾性嗜好治疗费用	23.20.1	我方将支付住院或日间病房治疗期间发生的成瘾性嗜好治疗费用：
		<ul style="list-style-type: none"> (a) 成瘾性症状（包括嗜酒）的诊断； (b) 在提供此类专项治疗的遵循循证治疗的专业治疗中心进行的医疗必要并且符合通常医疗惯例的、并由专科医生所明确要求的一个阶段或一个疗程的成瘾性治疗。
	23.20.2	<u>我方不承担：</u>
		<ul style="list-style-type: none"> (a) <u>对嗜酒、成瘾性状态的其他治疗；</u> (b) <u>对任何并发症（包括抑郁，痴呆或肝功能衰竭等）的治疗；</u> <u>——如果我方有理由认为这些并发症是由嗜酒或成瘾导致的。</u>
	23.20.3	<u>在每一保险期间内，我方承担保险责任的下列两项治疗天数共计上限为 90 天，其中住院治疗天数共计上限为 30 天，同时因下列两项治疗而产生的膳食费、生活费等相关费用也受前述限制：</u>
		<ul style="list-style-type: none"> (a) <u>成瘾性嗜好治疗；</u> (b) <u>精神治疗（见条款 23.19）。</u>
	23.20.4	在确定上述“30 天”、“90 天”的限制时：
		<ul style="list-style-type: none"> (a) 如果被保险人住院进行治疗的，每在医院过一个夜晚计作“一天”； (b) 如果被保险人在日间病房进行治疗的，每一个发生日间病房治疗的日历日计作“一天”。
23.21 恶性肿瘤治疗费用		我方将支付对恶性肿瘤进行的积极治疗及循证治疗产生的费用。包括：被保险人在住院、日间病房或门诊发生的化疗、放疗、肿瘤病理、诊断性检查化验及处方药等产生的费用。
23.22 先天性疾病治疗费用	23.22.1	我方仅对未满 18 周岁的被保险人承担其与先天性疾病有关的住院或日间病房治疗费用。
	23.22.2	先天性疾病详细清单按照 ICD-10 第十七章《先天性畸形、变形和染色体异常（Q00-Q99）》。
24. 扩展医疗保障（可选保障）		扩展医疗保障按约定为被保险人提供所需要的门诊治疗的诊疗费、处方药费、敷料费、物理治疗/补充治疗等费用的保障。
24.1 执业医生及专科医生诊疗费	24.1.1	如被保险人因诊断疾病、安排治疗或接受治疗，至执业医生/专科医生就诊，我方将支付该次门诊的挂号费或诊疗费。
	24.1.2	如被保险人经执业医生/专科医生明确建议需要在门诊进行医疗必要并且符合通常医疗惯例的非外科手术治疗（包括病理学的、放射学的及放射影像学的），我方将支付在门诊进行的该非外科手术治疗产生的费用。
24.2 门诊诊断性检查化验费		如被保险人经执业医生明确建议需要进行检查或化验以诊断或评估其疾病状况，我方将支付在门诊发生的诊断性检查化验费。

24.3	核磁共振、计算机断层扫描及正电子发射断层扫描费用	在符合 医疗必要及通常医疗惯例 的情况下，我方将支付被保险人在门诊治疗期间经 专科医生 明确要求进行的下列检查发生的费用：
	24.3.1	核磁共振；
	24.3.2	计算机断层扫描；
	24.3.3	正电子发射断层扫描。
24.4	物理治疗/补充治疗费用	24.4.1 如果由 专科医生 建议进行、我方将支付在门诊治疗期间符合 循证治疗 原则的、 医疗必要 并且符合 通常医疗惯例 的、以恢复被保险人日常生活的正常生理功能为目的的 物理治疗/补充治疗 产生的费用。
	24.4.2	这些治疗必须由拥有治疗所在国恰当专业资格认证的合格 治疗师 进行。
24.5	中医/针灸治疗费用	24.5.1 如果在门诊治疗期间 执业医生 明确要求进行 中医/针灸治疗 ，我方将支付相应的 中医/针灸治疗 产生的费用。
	24.5.2	这些治疗必须由拥有治疗所在国恰当的专业执业资格的 治疗师 进行。
24.6	言语复健治疗费用	我方将支付门诊治疗期间满足下列全部条件的言语复健治疗产生的费用：
	24.6.1	言语复健治疗是紧随着可获本保险合同赔偿的治疗后立即发生的且由同一个病因引起的（如作为被保险人中风后续治疗必要一部分的言语治疗）；
	24.6.2	该治疗经 专科医生 明确是 短期的 、且是 医疗必要 并且符合 通常医疗惯例 的。
24.7	处方药及敷料费	我方将支付被保险人在门诊发生的由 执业医生 开具处方的 处方药 或 敷料费 。
24.8	耐用医疗设备租赁费	24.8.1 如果门诊治疗期间由 专科医生 明确要求须租赁专用医疗设备以辅助治疗被保险人， <u>每一保险期间内我方将支付最多 45 天的耐用医疗设备租赁费。</u>
	24.8.2	耐用医疗设备租赁须满足下列全部条件：
	(a)	非一次性用品、可多次反复使用；
	(b)	以医疗为目的；
	(c)	居家使用；
	(d)	仅用于治疗疾病或机体损伤。
	24.8.3	<u>耐用医疗设备不包括拐杖、轮椅等主要为生活便利的设备。</u>
24.9	成人旅行疫苗接种费用	我方将支付因旅行进行的下列疫苗或免疫产生的费用，包括：
	24.9.1	破伤风（每 10 年一次）；
	24.9.2	甲肝；
	24.9.3	乙肝；
	24.9.4	脑膜炎；
	24.9.5	狂犬病；
	24.9.6	霍乱；
	24.9.7	黄热病；
	24.9.8	乙型脑炎；
	24.9.9	脊髓灰质炎；
	24.9.10	伤寒；以及

	24.9.11 疥疾（以片剂形式，每日或每周）。
24.10 牙科意外门诊治疗费用	<p>24.10.1 如果被保险人因遭受意外事故而导致健康自体牙发生损伤，牙齿损伤的治疗在意外事故后立即开始、且在意外事故后 30 天内完成的，我方将支付该项牙科意外门诊治疗费用。</p> <p>24.10.2 为加快理赔过程，须同时提供进行治疗的牙医提供的下列全部信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 意外事故的具体日期； (b) 确认所治疗的牙齿为健康自体牙。 <p>24.10.3 如果某次意外事故的牙科治疗既可以在本保障项下获偿，也可以在您方选择的“综合牙科保障”中获偿，则我方按本保障约定进行赔偿，而不按“综合牙科保障”的约定赔偿。</p> <p>24.10.4 <u>在本保障项目中，我方将不支付任何对种植牙、冠修复体及义齿的修补与更换费用。</u></p>
24.11 精神治疗费用	<p>24.11.1 我方将按照下述条件支付在门诊治疗期间发生的精神健康问题或异常的治疗所产生的费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 我方仅支付包含在国际疾病分类（ICD-10）的 F00-F09 及 F20-F48 的疾病； (b) 我方仅支付循证治疗及有医疗必要并且符合通常医疗惯例的治疗。 <p>24.11.2 <u>在每一保险期间内，我方将提供门诊治疗共计上限为 10 次的保障。</u></p>
24.12 成瘾性嗜好治疗费用	<p>24.12.1 我方将支付在门诊治疗期间发生的下列成瘾性嗜好治疗费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 成瘾性症状（包括嗜酒）的诊断费用； (b) 在提供此类专项治疗的遵循循证治疗的专业治疗中心进行的医疗必要并且符合通常医疗惯例的、并由专科医生所明确要求的一个阶段或一个疗程的成瘾性治疗费用； (c) 在每次正式的门诊成瘾治疗疗程前，<u>我方最多将支付三次断瘾治疗费用。</u> <p>24.12.2 <u>我方不承担：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (a) <u>对嗜酒、成瘾性状态的其他治疗费用；</u> (b) <u>对任何并发症（包括抑郁，痴呆或肝功能衰竭等）的治疗费用；</u> <u>——如果我方有理由认为这些并发症是由嗜酒或成瘾导致的。</u> <p>24.12.3 <u>在每一保险期间内，我方承担保险责任的下列两项治疗次数共计上限为 10 次：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (a) <u>成瘾性嗜好治疗；</u> (b) <u>精神治疗（见前条款 24.11）。</u>
25. 综合牙科保障 (可选保障)	<p>综合牙科保障按约定为被保险人提供牙科预防治疗费用、牙科常规治疗费用、牙科重大治疗费用等保障。</p> <p><u>自本合同的保险责任生效之日起 180 天内（含第 180 天）为综合牙科保障的等待期。对被保险人在等待期内发生的牙科治疗费用，我方不承担给付保险金的责任。</u></p> <p>25.1 牙科治疗费用</p> <p>25.1.1 预防性牙科治疗费用</p> <p>我方为被保险人支付下列牙科预防治疗产生的费用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 每一保险期间内两次牙科检查；

- (b) X光检查包括咬翼片、牙片及口腔全景片;
- (c) 每一保险期间两次的洁牙及抛光，包括必要情况下局部氟化剂处理;
- (d) 每一保险期间一付护齿;
- (e) 每一保险期间一付夜间咬合垫;
- (f) 窝沟封闭治疗。

25.1.2 常规牙科治疗费用

我方为被保险人支付如下常规牙科治疗产生的费用（如果这些治疗是出于维护口腔健康所必须的并且由牙医要求）：

- (a) 根管治疗;
- (b) 拔牙;
- (c) 牙科外科手术;
- (d) 暂时性牙科处理（包括开髓、换药、引流、暂封、暂时充填等）;
- (e) 麻醉药；以及
- (f) 牙周治疗。

25.1.3 重大牙科治疗费用

我方将为被保险人支付牙科修复性治疗费用：

- (a) 义齿—丙烯酸树脂/合金复合义齿，金属义齿或金属/丙烯酸树脂复合义齿;
- (b) 冠修复体;
- (c) 嵌体；以及
- (d) 种植牙。

25.1.4 其他牙科治疗费用

如果被保险人进行了本条款列明外的其他牙科治疗，被保险人可以（在治疗开始前）联系我方查询我方是否同意承担该项治疗。我方将考虑其要求，审慎作出如下决定：

- (a) 我方是否将支付该项治疗;
- (b) 如果同意支付，我方是全部支付还是部分支付;
- (c) 该项治疗将作为哪项保险责任进行支付（对各部分保障利益的限额计算将产生影响）。

25.1.5 牙科责任免除

除了后文通用责任免除条款所列的责任免除外，下列责任免除也适用于“牙科治疗费用”。

我方将不支付下列情况导致的费用：

- (a) 单纯的美容性治疗，或其他不是为维持或改善口腔健康而必须进行的治疗；
- (b) 被保险人以非法活动为目的（不论是完全还是部分以此为目的）所需要进行的牙科治疗；
- (c) 因牙具遗失或被盗而进行的更换；

- (d) 按照被保险人常住地所在国内拥有普通能力技术的牙医的正常合理的意见：被保险人的牙桥、冠修复体或义齿可以修理并达到正常可用的状态，但被保险人更换该牙桥、冠修复体或义齿的；
- (e) 初次安装后不足五年的牙桥、冠修复体及义齿的更换，除非：
- (i) 保险期间内被保险人因外力伤害导致牙桥、冠修复体及义齿受损后无法修复达到正常可用的状况；或
 - (ii) 在被保险人必须拔除健康自体牙后，从医疗上必须对与被拔除牙齿有邻接关系或对合关系的原义齿进行更换；或
 - (iii) 在对领牙初次安装半口义齿时，为进行全口牙列的咬合关系配置，原义齿必须更换。
- (f) 树脂贴面或瓷贴面；
- (g) 对上下颌的第一、第二及第三颗磨牙安装冠修复体或义齿，除非：
- (i) 是普通烤瓷或全金属的，如镍铬合金冠；或
 - (ii) 常规或紧急牙科治疗中所需要的临时冠或义齿。
- (h) 实验性的或不符合通常牙科治疗规范的牙科治疗、操作或材料；
- (i) 直接或间接由下述原因造成的种植牙治疗：
- (i) 种植融合失败；
 - (ii) 种植体骨结合部位破裂；
 - (iii) 种植体周围炎；
 - (iv) 更换冠修复体、牙桥及义齿；或
 - (v) 任何意外事故或紧急牙科治疗，包括任何假体设备。
- (j) 口腔卫生咨询建议，如牙菌斑控制、口腔卫生及饮食等；
- (k) 单纯的服务或商品，包括但不限于漱口水、牙刷及牙膏等；
- (l) 根据本保险合同相关条款规定，应包含在核心医疗保障或扩展医疗保障内的牙科治疗；
- (m) 正畸治疗；
- (n) 咬合关系取模，精密/半精密附着体；
- (o) 主要出于如下目的的治疗方法、用具及修复物（全口义齿除外）：
- (i) 改变上下（领间）距离；或者
 - (ii) 颌下颌关节功能障碍的诊断或治疗；或者
 - (iii) 牙周病患牙固定；或者
 - (iv) 咬合运动障碍解除。

第三章 责任免除

26. 通用责任免除

下述通用责任免除对本保险合同所有保障均适用。因下列任一情形导致医疗费用或特定服务费用的，我方不承担给付保险金的责任：

26.1 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。

26.2 被保险人自伤、自杀、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。

- 26.3 任何因接受医院治疗或由于执业医生所导致的损失、损害、疾病或机体损伤，即使该治疗已经我方批准。
- 26.4 既往症，指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。
- 26.5 妊娠、生育或由此导致的任何并发症或后续问题；宫外孕、流产、早产等非正常妊娠。
- 26.6 不孕不育、生殖控制或由此导致的任何并发症或后续问题，包括但不限于：
- 26.6.1 试管婴儿(IVF)和人工受精治疗，及其导致的并发症；
- 26.6.2 任何与男性或女性有关的生育控制产生的治疗，包括但不限于：外科手术避孕、非外科手术避孕、生育咨询等；
- 26.6.3 与不孕不育（除了为确诊不孕不育而进行的检查）或各种生育问题相关的治疗、及对这些治疗导致并发症的后续治疗，包括但不限于：卵子输卵管内移植(GIFT)；受精卵输卵管内移植(ZIFT)；人工受孕(AI)；处方药；胚胎转移（从身体的一处转移至另一处）；或卵子/精子捐赠及其相关费用；
- 26.6.4 胎儿外科手术，如在出生前子宫内进行的治疗或外科手术；
- 26.6.5 意图终止怀孕的措施；
- 26.6.6 任何代孕及与代孕有关的治疗，无论代孕者是被保险人，还是被代孕者是被保险人；
- 26.6.7 新生儿在医院的托管护理，除非其母亲因医疗必要并且符合通常医疗惯例须住院接受本保险合同规定范围内的治疗。
- 26.7 人工维持生命，包含仪器辅助呼吸，除非此治疗有使被保险人复原或恢复到患病前健康状况的合理预期。
- 26.8 医疗核保所作出的任何特别责任免除中所涉及疾病或症状导致的治疗。
- 26.9 非出于医疗必要或者不符合通常医疗惯例的入院或住院，包括：
- 26.9.1 可以在日间病房或门诊进行的治疗；
- 26.9.2 病后自然恢复过程；
- 26.9.3 社会性或家庭性事务导致的入院，如洗衣、穿着及沐浴等。
- 26.10 豪华套间、行政套间、贵宾病房等高级病房费用。除非我方审核认为有医疗必要并且符合通常医疗惯例，否则我方将按照基本单人间的规格给付。
- 26.11 器官移植或器官捐献过程中发生的下列情形：
- 26.11.1 机械性人工器官、或动物器官，除非在等待移植过程中为短期维持身体机能而临时使用的机械设备；
- 26.11.2 通过任何渠道购买捐献器官；
- 26.11.3 针对未来可能出现的疾病而预先保存干细胞。
- 26.12 足部护理，包括由手足病治疗专家或足科医生进行的。
- 26.13 睡眠异常及其并发症，如失眠、打鼾等；除非有证据表明该被保险人经受着严重的呼吸睡眠综合症（窒息），在这样的情况下我方将支付：
- 26.13.1 每一保险期间内一次睡眠情况评估；
- 26.13.2 医学必要并且符合通常医疗惯例的外科手术；
- 26.13.3 仪器租借使用费，如其他方法都失败的情况下使用持续气道正压(CPAP)通气仪器。

26.14 下列医生、医院、诊所及机构提供的治疗:

- 26.14.1 医疗从业人员没有得到治疗所在国有关当局认可为具有治疗相应疾病、病症或机体损伤所需要的适当专业知识和技能的；
- 26.14.2 我方已经以书面形式致函执业医生、治疗师、医院、诊所及机构通知：我方不再承认其作为我方认可的医疗服务主体（我方已经做出这样通知的执业医生、治疗师、医院、诊所及机构的信息可致电我方的客户团队）；
- 26.14.3 根据我方的合理意见，没有得到有效认证或授权、或没有适当的能力进行相应治疗的执业医生、治疗师、医院、诊所及机构。

26.15 提供治疗的人员与被保险人在同一居所，或为被保险人的家庭成员。

26.16 戒烟及其相关治疗。

26.17 核爆炸、核辐射、化学污染、当地卫生机构宣布的疫情爆发且相应进行的疫情控制。

26.18 由于武装冲突（包括但不限于以下情况）导致的治疗：

- 26.18.1 战争，恐怖主义，叛乱（无论是否已宣布战争状态），内战，骚乱或军事篡位，戒严，暴乱或任何法律下组织的临时政府；
- 26.18.2 其他武装冲突，如果被保险人有如下情况：
- (a) 进入众所周知的武装交战地区（由您方的国籍国的政府所宣布，例如由国外事及公共安全部门宣布）；或
 - (b) 为主动介入冲突者；或
 - (c) 表现出明显不顾及个人安危。

26.19 我方不予承担不是以恢复原有言语能力为目的的言语治疗，包括但不限于下列任一情况：

- (a) 用于改善发育不完全的言语能力；
- (b) 出于教育提高言语能力的目的；
- (c) 出于维持语言交流能力为目的；
- (d) 为纠正言语障碍（例如口吃）；
- (e) 因学习困难及发育问题引起的，例如阅读障碍，注意力缺陷多动障碍（ADHD）或自闭症等。

26.20 发育问题，包括但不限于：

- 26.20.1 精神或智力发育迟缓；
- 26.20.2 学习困难如阅读障碍；
- 26.20.3 行为问题如注意力缺陷或多动症（ADHD）；
- 26.20.4 身体发育问题如身材矮小。

26.21 颞下颌关节功能障碍的(TMJ)。

26.22 治疗肥胖或其并发症，包括但不限减肥课程、减肥指导或药物减肥。

但当被保险人符合在如下全部情况时，我方将支付胃束带或胃旁路外科手术费用：

- 26.22.1 体重指数（BMI）达到 40 或以上并被诊断为病态肥胖；
- 26.22.2 能够提供文件证明：过去 24 个月内已经尝试过其他减肥方法；

- 26.22.3 在外科手术前已经历了心理评估，并确认被保险人适宜进行这样的外科手术。
- 26.23 在自然治疗诊所、水疗养院或温泉疗养院、疗养院或任何非医院性质的或不被认为是合格的医疗服务提供者机构提供的治疗。
- 26.24 部分或全部由于家庭事务因素导致在医院居住，或在医院居住期间实际上并不需要进行治疗，或医院已经成为被保险人的住所或永久居住的住所。
- 26.25 任何因受酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物影响导致的相关治疗或与其有关的并发症导致的相关治疗，但按本保险合同约定我方应承担保险责任的除外。
- 26.26 肿瘤标志物检测、微量元素检测、血型检测、妊娠检测，或艾滋病检测；除非有医学上合理的理由，并且由执业医生建议进行。
“医学上合理的理由”是指机体外观或生理检测发生客观改变，并且符合不明原因肿块、微量元素缺乏、妊娠或艾滋病的诊断特征，或者需要检测血型以进行输血、骨髓移植等治疗。
- 26.27 维生素、益生菌、人参、冬虫夏草、养生方剂等主要用于养生的费用。
- 26.28 被保险人因永久性神经损伤和/或永久植物人状态(PVS)超过 90 天的治疗。
- 26.29 任何对个性或人格障碍的治疗，包括但不限于：
- 26.29.1 情感性人格障碍，包括孤独症；
- 26.29.2 精神分裂人格（非精神分裂症）；或
- 26.29.3 表演型人格障碍。
- 26.30 预防性治疗：包括但不限于健康筛查、常规体检及疫苗接种（除非您方已选择了包含这些保险责任的保障项目）；
但我方将支付如下疾病的预防性外科手术费用：
- 26.30.1 有明显家庭遗传史的疾病、或作为某种遗传性肿瘤综合症的症状之一的疾病（例如卵巢癌）；
- 26.30.2 已经进行基因检查，并且结果显示患有某种遗传性肿瘤综合征（请注意我方不支付基因检查的费用）；
在住院及日间病房医疗保障下，除恶性肿瘤治疗外，对先天性疾病和遗传性疾病的预防性外科手术计算在先天性疾病的限额内。
- 26.31 任何原因引起的性功能障碍的治疗，如阳痿治疗或其他性方面的问题。
- 26.32 单眼或双眼屈光不正的治疗，包括但不限于：激光治疗、屈光性角膜切开术及屈光性角膜切削术。如是因疾病或机体损伤所导致，我方将支付符合条件的视力治疗费用，如白内障或视网膜脱落。
- 26.33 除非另有说明，治疗期间的任何旅行花费如出租车费、公共汽车费用、汽油费或停车费。
- 26.34 变性外科手术及任何该外科手术所需的准备及恢复性治疗（例如心理辅导），包括由该外科手术引起的并发症。
- 26.35 因参与如下活动导致身体损伤、疾病或残疾而接受的治疗：
- 26.35.1 参与职业运动项目；
- 26.35.2 高危险运动，如潜水、滑水、跳伞、攀岩、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、武术比赛、探险活动及特技表演等。
- 26.36 根据我方的合理观点认为是实验性的、非规范的、或未被证实为有效的治疗。这些治疗包括但不限于：

26.36.1 临床试验性质的治疗:

26.36.2 未被治疗发生所在国权威部门批准的治疗:

26.36.3 药品或药物没有获得药品或药物使用地所在国政府许可或批准。

26.37 除了是医疗必要并且符合通常医疗惯例的，并且是由疾病、机体损伤或其他外科手术而导致的整形、美容或重建外科手术外，任何形式（包括出于生理或心理原因导致）的整形、美容或重建外科手术或改进人的外表的治疗费用。这些治疗包括但不限于：

26.37.1 面部提升术（皱纹切除术）；

26.37.2 鼻部塑形术（鼻整形术）；

26.37.3 包皮环切术；

26.37.4 吸脂术及其他去除脂肪的治疗；

26.37.5 激光去痣术或去激光瘢痕术；

26.37.6 脱发治疗、植发术；以及

26.37.7 改变乳房形状的外科手术、乳房增大或缩小外科手术（恶性肿瘤治疗后的乳房重塑术除外）。

我方将根据本保险合同的约定支付被保险人在保险期间内因疾病、机体损伤或外科手术而接受整形、美容或重建外科手术的费用。

26.38 不属于规范的医疗费用，包括但不限于专家邀请费、专家点名费、报纸、出租车、电话、接待餐费及旅馆住宿费用。

26.39 填写理赔申请表的费用及其他行政费用。

26.40 任何其他保险公司、个人、组织或公共机构已经支付的费用，包括从基本医疗保险、大病保险、公费医疗、社会救助、社会保险行政部门主办的补充医疗保险、其他费用补偿型医疗保险及工作单位等获得的补偿或赔偿。如果被保险人已从其他途径中获得了补偿或赔偿，我方仅支付剩余的部分。如果我方所支付的费用应为其他个人、组织、机构所承担，我方将有权要求偿还该笔费用。

第四章 预先批准

27. 预先批准清单

下述所有的治疗均需取得我方的预先批准。若您方未取得我方的预先批准，将可能对您方的理赔造成延迟，也有可能使我方拒绝向您方给付全部或部分理赔款项。

27.1 被保险人必须在每次住院或日间病房治疗前联系我方；

如果主持被保险人治疗的执业医生决定需要延长留院治疗时间并超出我方的预先批准时长，或者已获我方审核同意的治疗方案将有所变动，必须尽快向我方寄送治疗的专科医生出具的医疗报告，并载明下列全部信息：

27.1.1 被保险人预期需要留院治疗的时长；

27.1.2 被保险人的诊断信息（如果诊断发生了变更）；

27.1.3 被保险人所接受过的治疗和未来需要接受的治疗。

27.2 被保险人必须在每次所有外科手术（包括器官移植、骨髓移植或干细胞移植）及操作性治疗前联系我方，包括在门诊、住院或日间病房发生的；

27.3 被保险人必须在每次计算机断层扫描（CT）、核磁共振成像（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）前联系我方；

27.4 无论是在门诊、住院或日间病房，被保险人都必须在每疗程的针灸治疗、物理治疗/补充治疗、职业治疗、言语复健治疗或任何以康复为目的的治疗前通知我方；

因需要针灸治疗、物理治疗/补充治疗、职业治疗、言语复健治疗或任何康复治疗的疾病往往较为复杂，您方通知我方时必须提交主持该次治疗的专科医生的医疗报告，该报告须载明：

27.4.1 本疗程持续的时间；

27.4.2 诊断；

27.4.3 被保险人已经接受的治疗及需要接受的治疗。

27.5 被保险人必须在每次精神治疗前通知我方；

27.6 被保险人必须在每次疼痛控制治疗前通知我方，包括住院和门诊；

27.7 被保险人必须在每次家庭护理前通知我方；

27.8 被保险人必须在每次姑息治疗前通知我方；

27.9 被保险人必须在每次种植牙治疗前通知我方。

28. 预先批准审核

您方或被保险人需在接受前款所列明的治疗之前通知我方。紧急情况下，在接受上述治疗前不需立即作预先批准申请（紧急情况指不立即采取需预先批准的治疗就会使被保险人的健康严重受损的情形），但您方或被保险人或其指定代理人务必在就诊的48小时内通知我方，补作预先批准申请。未申请预先批准将造成理赔款支付延误、部分拒赔甚至全部拒赔。除非本保险合同另有约定，对于应申请预先批准而未按本条约定申请、但我方事后审核认定属于本保险合同保障范围内的费用，被保险人应自行承担其中的20%。

第五章 保险金申请

29. 理赔申请资料

您方或被保险人在申请理赔时应提供下列所有证明和资料原件：

29.1 填写完整的理赔申请表；

29.2 与本次理赔有关的所有医疗文件，包括但不限于医生诊断书，有主持治疗的执业医生的签字或印章（正式的医疗诊断章）的医疗记录或医疗手册等；

29.3 与本次理赔有关的所有收据和发票；和

29.4 与本次理赔有关的诊疗资料及其他证明、报告和文件。

30. 保险金的给付

30.1 直付服务

30.1.1 直付医疗网络

直付医疗机构的清单及直付范围可以在我方官方网站或在线客户服务平台上进行查询。

30.1.2 在某些要求付款担保的情况下，我方可能为被保险人向医院、执业医生或诊所提供付款担保，即我方事先同意就某一特定治疗支付部分或全部费用。

如果我方出具付款担保，待治疗结束且收到相关的申请表和发票复印件后，我方将按照付款担保向该医院、执业医生或诊所支付担保的款项。

30.1.3 在不要求付款担保的情况下，直付医疗机构直接向我方结算的，我方在审核通过后将按照本保险合同支付我方所应承担的费用。

30.2 理赔

如果某**医院、执业医生或诊所**向被保险人要求结算，在医疗费用已经支付的情况下，被保险人必须把原始医疗账单和其支付医疗费用的发票原件发送我方，经我方审核将按照本保险合同支付我方所应承担的费用。

31. 其它核定结果

31.1 谎称发生保险事故

未发生保险事故，被保险人谎称发生了保险事故，向我方提出索赔申请的，我方有权解除保险合同，并不退还保险费。

31.2 故意制造保险事故

投保人、被保险人故意制造保险事故的，我方有权解除保险合同，不承担给付保险金的责任也不退还保险费。

31.3 虚假证明

保险事故发生后，投保人或被保险人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，我方对虚报的部分不承担给付保险金的责任。

32. 应追讨款项

32.1 如果被保险人使用直付服务，但**医院、执业医生或诊所**向我方出具账单的款项中我方核定不予承担的部分应由被保险人自行承担，包括如下情况：

32.1.1 不需要进行预先批准的，但不在本保险合同保障范围内的费用；

32.1.2 需要进行预先批准的，被保险人未进行预先批准或未通过预先批准；

32.1.3 需要进行预先批准的，被保险人进行预先批准时未如实告知，我方基于非如实告知的信息同意预先批准的。

32.2 因投保申请时故意或重大过失未如实告知应解除本保险合同的，对本保险合同生效后发生的所有我方已经支付的理赔及因为直付服务将导致我方须向**医院、执业医生或诊所**支付的款项，被保险人应向我方退还相应的费用。

32.3 因投保申请时未如实告知进行重新核保的，对根据重新核保决定我方不应承担的所有我方已经支付的理赔及因为直付服务将导致我方须向**医院、执业医生或诊所**支付的款项，被保险人应向我方退还相应的费用。

32.4 因 32 款的情形，我方已经支付的保险金、因为直付服务将导致我方须向**医院、执业医生或诊所**支付的款项及其他费用，被保险人应当在收到我方相关通知之日起 30 日内向我方退回。

32.5 当根据本保险合同约定我方在给付保险金或退还**现金价值**时存在上述应追讨款项，我方会先行扣除本保险合同项下的应追讨款项。应追讨款项未足额扣除的，我方保留采取其他方式追讨的权利。

33. 严格遵从理赔流程

对于每一次的理赔，被保险人必须严格按照上述的理赔流程操作，否则我方将减少或不予支付理赔款项。

第六章 释义

34. 术语定义

下列名词或术语按照下面所指明的定义为准。本保险条款中按照下列定义的名词或术语将标为粗体字。

34.1 付款担保

指我方对被保险人或治疗方提供关于特定治疗费用的付款的担保。

34.2 现金价值

指保险单所具有的价值，通常体现为退保时根据精算原理计算的由我方退还的那部分金额。

计算公式为：最近一期支付的保险费×（1 - 该保险费所保障的已经过天数/该保险费所保障的期间的天数）×（1-35%）。

34.3 重大人生事件

指：

- 34.3.1 结婚；
- 34.3.2 形成国籍国或常住地所在国认可的伴侣关系；
- 34.3.3 离婚；
- 34.3.4 解除国籍国或常住地所在国认可的伴侣关系；
- 34.3.5 生育儿女；
- 34.3.6 收养孩子；
- 34.3.7 配偶、伴侣或孩子去世。

上述情况我方均要求提供相应证明。

34.4 配偶

指被保险人的法定丈夫或妻子，或我方已接受承保于本保险合同中的未婚人员或伴侣。

34.5 治疗

指由执业医生进行的外科手术或治疗，并且是为了达到“诊断、治愈或实质性缓解疾病或机体损伤”的目的所必须进行的。

34.6 专科医生

指根据治疗所在地的国家、政府或其他监管区域的法律，合法承认、注册或登记的医生，并且其所提供的治疗必须在其合法资质的范围内，不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何家庭成员。

34.7 医疗团队

指我方临床医疗团队或服务团队。

34.8 医疗必要

指经我方医疗团队同意的、受保障的必要医疗服务及供给，须符合下述全部条件：

- 34.8.1 基于诊断或治疗疾病、机体损伤或相关症状的需求；
- 34.8.2 符合通常医疗标准及医疗实践的规范医疗服务；
- 34.8.3 与疾病的类型、发病频率、波及范围、部位及病程相适应的临床医疗服务；
- 34.8.4 非主要出于方便被保险人、内科医生或其他医院、诊所及执业医生的目的；
- 34.8.5 以提供该类服务和供给合适的最基本需要水平提供。

医疗团队会在比较过可选择服务、设施或供给的成本效率后决定什么是最基本需要。

34.9 通常医疗惯例

指接受的医疗服务、设施与当地通行医疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致。

对此，我方医疗团队将根据客观、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。

34.10 医院

指由执业医生或合法注册护士对被保险人进行日常护理、观察、治疗的医疗机构，并且该医疗机构在所在地的监管机构注册或登记为提供综合医疗服务或外科医疗服务的合格机构。

34.11 全球

指世界各国及海上。

34.12 美国	指美利坚合众国。
34.13 全球不含美国	指除美利坚合众国以外的世界所有地区。
34.14 亚洲	指政治意义上的亚洲。按照各国家和地区的国际公认的归属确定。不包括大洋洲。
34.15 中国大陆	指中华人民共和国的全部领土、领海及其领空，除香港特区、澳门特区和台湾地区外。
34.16 优选医疗机构	指我方对保障区域内医疗机构的资质及收费水平进行分析后，筛选出的我方认可的医疗机构。我方将向您方提供优选医疗机构清单，由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我方将跟踪分析并通知您方更新后的清单。
34.17 特定医院	指我方对保障区域内医疗机构的收费水平进行分析后，筛选出的收费水平明显区别于其他医疗机构通常收费水平的医疗机构。我方将向您方提供特定医院清单，由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我方将跟踪分析并通知您方更新后的清单。
34.18 基本医疗保险	指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等符合社会保险法及其细则等相关规定医疗保障项目。
34.19 公费医疗	指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的、通过医疗卫生部门向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社会保障制度。
34.20 美国地区非网络医院	指我方在美国地区的医疗网络医院以外的医疗机构。我方将向您方提供我方在美国地区的医疗网络医院的查询方式。
34.21 常住地	常住地指被保险人作为户主或租户在当地有固定居住地址，且在过去一年内至少居住不少于六个月。
34.22 住院	指被保险人因医疗原因、被接纳入一家医院并且需要在医院占用正式病床停留一个夜晚或以上。
34.23 外科手术	对肢体进行开放性切割以治疗疾病、创伤及畸形的医疗专业。
34.24 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-0-3）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-0-3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分期为I期或更轻分期的甲状腺癌； (3) TNM分期为T ₁ N ₀ M ₀ 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<10/50HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

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。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（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。

《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）：《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。

甲状腺癌的TNM分期：甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

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、喉返神经及皮下软组织

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、喉返神经及皮下软组织

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

pNx: 区域淋巴结无法评估

pNo: 无淋巴结转移证据

pN1: 区域淋巴结转移

pN1a: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M0: 无远处转移

M1: 有远处转移

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

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。

34.25 恶性肿瘤——轻度	<p>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它部位，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-0-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：</p>
	<ul style="list-style-type: none"> (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<10/50 HPF和ki-67≤2%）的神经内分泌肿瘤。
	<p>下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：</p>
	<p>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）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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。
34.26 门诊	<p>指病人在医院、诊疗室，或门诊部进行的治疗，不是日间病房治疗或住院治疗。</p>
34.27 日间病房治疗	<p>指下列两种情况之一：</p>
	<p>34.27.1 有入住日间病房收入院的正式手续，被保险人在医院专设的日间病房部进行护理并使用床位但不过夜；或者</p>
	<p>34.27.2 由于使用专科医疗设施的治疗部门在治疗过程中需要持续监控，被保险人需占用医院病床但不过夜，如肾透析、高压氧治疗等。</p>
	<p>在美国发生日间病房护理也包含专科医生在外科手术中进行的术中监护。</p>
34.28 膳食费	<p>根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费。</p>
	<p>膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并在病房费等其他款项内。</p>
	<p>如果一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内的，被保险人提供证明上述情况属实并经我方证实后，将按照膳食费发票金额的50%作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。</p>
34.29 处方药	<p>是指根据由执业医生开具处方的西药和中成药（中草药将按照“中医/针灸治疗费用”的约定支付），但不包括如下：</p>
	<p>34.29.1 主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：花旗参，冬虫夏草，十全大补膏等滋补类中药，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，海马，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠(粉)，紫河车，阿胶，血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸等；</p>
	<p>34.29.2 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，胎盘，鞭，尾，筋，骨等，以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；</p>
	<p>34.29.3 主要以美容、美白、减肥等非治疗性目的的药品；</p>

34.29.4	不属于药品范围的辅助用品，包括但不限于：海盐水、力度深、雅漾、丝塔芙、口罩、纽曼斯益生菌、配方营养素、奶粉、母乳补充剂、爱维滴等；非治疗性药品：免疫刺激剂（包括但不仅限于施保利通，泛福舒，匹多莫德等）。
34.30 重症监护	医院中专门用于提供重症监护治疗的病房，例如重症监护室、重疾监护室、重症治疗室及重症护理室等。
34.31 医生	指同时符合下列条件的医疗从业人员：拥有适当的医疗学位；以及在所在的国家、地区或管辖范围内合法注册并拥有行医执照，可以在医疗发生地提供医疗服务。
34.32 诊断性检查化验	指对症状原因的调查研究，如 X 光或血液检测等。
34.33 治疗师	指所在国家政府承认并允许在该地区提供相应治疗的理疗师、语言治疗师、职业治疗师或视力矫正医师。
34.34 物理治疗/补充治疗	<p>是指由具有相应资质的专科医生实施的物理治疗、顺势治疗、整骨治疗及脊椎治疗，有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。</p> <p>在中国大陆地区发生的物理治疗/补充治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等符合全国医疗服务项目规范规定的项目；或者持有医疗执照的专业治疗师实施的顺势治疗、整骨治疗及脊椎治疗。<u>但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。</u></p> <p>在中国大陆地区之外发生的物理治疗/补充治疗是指发生保险事故后，有执照的治疗师出于医疗目的推荐的物理治疗、顺势治疗、整骨治疗及脊椎治疗。</p>
34.35 中医/针灸治疗	<p>指由具有相应资质的专业针灸师及专业中医医生实施的相应治疗，对该治疗需要有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。由专业中医医生进行的物理治疗/补充治疗归类在中医/针灸治疗。</p> <p><u>但不包括下列治疗方式：拔罐、闪罐、走罐、刮痧、悬灸、药浴、薰蒸、耳烛、耳针和短波/微波脉冲、膏方、三伏贴、三九贴等。</u></p> <p><u>我方将不支付针对下列疾病的中医/针灸治疗，包括但不限于：高血脂、毛囊炎、痤疮、月经不调、痛经、乳腺增生、纤维瘤、脱发、便秘、腹泻、消化不良、呼吸系统疾病、失眠、焦虑、抑郁、神经衰弱等。因医疗必要由执业医生开具处方的中草药除外。</u></p>
34.36 康复治疗	指采用物理治疗/补充治疗、职业治疗等手段，使被保险人恢复到疾病或机体损伤急性发作之前的状态。
34.37 职业治疗	指通过物理治疗/补充治疗或专业的指导及训练恢复职业所需的功能。
34.38 家庭护理	<p>指一位合法注册护士至被保险人家中提供的专业护理服务，包括：</p> <p>34.38.1 因医疗必要并且符合通常医疗惯例所进行的紧随住院治疗之后的护理；以及</p> <p>34.38.2 因医疗必要并且符合通常医疗惯例而本应在正规医院里所提供的护理。</p> <p>家庭护理仅限于为被保险人提供治疗的专科医生所要求的范围。</p>
34.39 合法注册护士	指被治疗所在地的国家、政府或其他监管区域的法律所承认、注册并允许在该地区提供服务的护士。
34.40 姑息治疗	指不以使病症完全治愈或实质性好转为目的，仅以缓解痛苦为目的的治疗。

34.41 短期	指按照主持治疗的执业医生的评估并经我方医疗主管的认可，与治疗疾病后被保险人正常复元的合理过程相吻合的时间段，最多不超过 90 天。
34.42 意外事故	突发的，外来的，非本意的，非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
34.43 紧急牙科	指损伤或拔牙后止痛药无法遏制的剧痛或面部浮肿或流血不止，同时被保险人的惯常牙科医生不在营业时间或不在被保险人当时可及的地域范围之内。在该情况下的紧急牙科治疗仅以稳定病况及缓解剧痛为目的。
34.44 循证治疗	指经过下述机构研究、核查及认可的治疗： 34.44.1 美国国家健康及临床优化研究所(the National Institute for Health and Clinical Excellence); 或 34.44.2 我方医疗顾问团；或 34.44.3 我方认可的其他机构。
34.45 精神治疗	指对有精神健康问题的被保险人进行的治疗，包括饮食失调。
34.46 积极治疗	指为了缩小肿瘤、制止或延缓其扩散而进行的治疗。不包括单纯减轻症状的治疗。
34.47 执业医生	指经国家、政府或其他监管注册或认可的可在其管辖范围内进行治疗的执业医生或专业医生，不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何家庭成员。
34.48 健康自体牙	指咀嚼、语言等功能完全正常的牙齿、且非种植牙。另外，不得存在下列任何情况之一： 34.48.1 龋齿或牙科充填； 34.48.2 伴随牙槽骨丧失的牙龈牙周疾病； 34.48.3 根管治疗。
34.49 牙齿损伤	指口腔受外部打击而导致健康自体牙的损伤。只有您方选择了“综合牙科保障”，冠修复体、义齿或种植牙的治疗才在保障范围内；我方将根据“综合牙科保障”的规定承担相应的保险责任。
34.50 牙医	指为国家、政府或其他监管地区所承认并允许在该地区提供治疗的牙科医生、牙齿外科医生或牙科执业人员。
34.51 牙科治疗	指符合下述全部条件的牙科治疗： 34.51.1 为了维持口腔健康；并且 34.51.2 由牙医亲自操作或有效监控，包括辅助人员的操作流程；并且 34.51.3 包括于保障利益表中，或尽管未列在保障利益表，但已被我方认可、符合通常适用的牙科标准、并已被牙科医学界普遍支持的流程或服务。
34.52 断瘾	对戒除吸毒或/及嗜酒时戒断症状的医疗处理，包括采用休息、药物、输液或调整饮食以稳定身体状态。
34.53 口腔健康	根据被保险人常住地所在国具有普通能力技术的牙科医生可以接受的口腔健康维护标准，该标准是关于牙齿、牙周及其他口腔支持组织、咀嚼效率等要素的口腔健康合理标准。
34.54 美容	指基于美学初衷所提供的服务、程序或项目，以及不是为了保持可接受的健康标准所必须的服务、程序或项目。

- 34.55 规范 对于治疗程序或治疗方式，“规范”应根据在治疗发生国家或地区内、在疗程开始或治疗发生当时，与权威的主管机构公布的标准或意见相一致的、由在涉及疾病的专业医疗领域具有丰富经验的执业医生持有并作出的意见。
- 34.56 诊所 指在被保险人进行治疗的所在地注册或登记的健康服务机构，该类机构主要提供门诊医疗服务，并且该医疗服务是由执业医生亲自执行或有效监控的。
- 34.57 永久植物人状态 指一被保险人至少连续 90 天处于植物人状态。“植物人状态”是指由于机体损伤或疾病使被保险人处于神志丧失的状态，并无法以表情或动作等表现出对自我或周围环境的感知（此处“对自我或周围环境的感知”是指一种意识反应或表达，而不是指神经肌肉反射等基础生理反射现象），并且按照医学上的合理可能性，被保险人应该没有苏醒的可能。