



请扫描以查询验证条款

交银人寿细胞免疫疗法医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对“交银人寿细胞免疫疗法医疗保险合同”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合同提供的保障..... 2.4
- ❖ 您有退保的权利..... 5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本主合同为不保证续保合同..... 2.2
- ❖ 本主合同提供的疾病医疗保障有一定的等待期..... 2.3
- ❖ 有些情况本公司不承担保险责任，请您仔细阅读责任免除条款..... 2.5
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知本公司..... 3.2
- ❖ 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
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 8



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本条款。



条款目录

- | | | |
|-----------------|----------------|-----------------------|
| 1. 您与本公司订立的合同 | 7. 其他需要关注的事项 | 8.19 感染艾滋病病毒或患艾滋病 |
| 1.1 合同构成 | 7.1 年龄错误 | 8.20 遗传性疾病 |
| 1.2 合同成立与生效 | 7.2 职业或工种确定与变更 | 8.21 先天性畸形、变形或染色体异常 |
| 2. 本公司提供的保障 | 7.3 合同内容变更 | 8.22 非处方药 |
| 2.1 基本保险金额 | 7.4 联系方式变更 | 8.23 既往症 |
| 2.2 不保证续保及保险期间 | 7.5 争议处理 | 8.24 有效身份证明 |
| 2.3 等待期 | 8. 释义 | 8.25 现金价值 |
| 2.4 保险责任 | 8.1 医院 | 8.26 周岁 |
| 2.5 责任免除 | 8.2 专科医生 | 8.27 组织病理学检查 |
| 2.6 其他免责条款 | 8.3 初次确诊 | 8.28 ICD-10 及 ICD-0-3 |
| 3. 保险金的申请 | 8.4 恶性肿瘤—重度 | 8.29 TNM 分期 |
| 3.1 受益人 | 8.5 指定适应症 | 8.30 甲状腺癌的 TNM 分期 |
| 3.2 保险事故通知 | 8.6 指定医疗机构 | 附表一：指定药品和指定适应症 |
| 3.3 保险金申请 | 8.7 合理且必要 | 附表二：指定医疗机构 |
| 3.4 保险金给付 | 8.8 床位费 | |
| 3.5 诉讼时效 | 8.9 重症监护室床位费 | |
| 4. 保险费的交纳 | 8.10 护理费 | |
| 4.1 保险费的交纳 | 8.11 膳食费 | |
| 5. 合同解除 | 8.12 药品费 | |
| 5.1 您解除合同的手续及风险 | 8.13 检查检验费 | |
| 6. 如实告知 | 8.14 治疗费 | |
| 6.1 明确说明与如实告知 | 8.15 医生费 | |
| 6.2 本公司合同解除权的限制 | 8.16 指定药品 | |
| | 8.17 毒品 | |
| | 8.18 物理治疗 | |

交银人寿保险有限公司

交银人寿细胞免疫疗法医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“本公司”指交银人寿保险有限公司，“本主合同”指您与本公司之间订立的“交银人寿细胞免疫疗法医疗保险合同”。

① 您与本公司订立的合同

- 1.1 **合同构成** 本主合同是您与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与本公司共同认可的书面协议。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请、本公司同意承保，本主合同成立，合同成立日载明于保险单上。
除另有约定外，本主合同自成立、并在本公司收到足额保险费后开始生效，合同生效日载明于保险单上。本公司自合同生效日次日零时起开始承担本主合同约定的保险责任。

② 本公司提供的保障

- 2.1 **基本保险金额** 本主合同的基本保险金额由您在投保时与本公司约定，为本主合同保险费的计算基础，并载明于保险单或批注上。
- 2.2 **不保证续保及保险期间** 本主合同为不保证续保合同。
本主合同的保险期间为一年，自本主合同生效日次日零时起至本主合同期满日24时止。
保险期间届满，您需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 2.3 **等待期** 本主合同的等待期为自本主合同生效日起30日，续保无等待期，本主合同不保证续保。
- 2.4 **保险责任** 在本主合同保险期间内，且本主合同有效的前提下，本公司按约定承担下列保险责任：
- 2.4.1 **细胞免疫疗法医疗保险金** 如果被保险人在等待期内经医院（见释义8.1）的**专科医生**（见释义8.2）**初次确诊**（见释义8.3）患上本主合同所界定的**恶性肿瘤一重度**（见释义8.4），本主合同终止，本公司给付本主合同的累计已交保险费。
如果被保险人在等待期后经医院的**专科医生初次确诊**患上本主合同所界定的**恶性肿瘤一重度**，且符合本主合同约定的**指定适应症**（见释义8.5）并通过本主合同约定的细胞免疫疗法就医资格评估且经本主合同的**指定医疗机构**（见释义8.6）评估认为适合接受细胞免疫疗法，进而在本主合同的**指定医疗机构**接受本主合同约定的医学治疗的，对于其在治疗期间实际支出的**合理且必要**（见释义8.7）的医疗费用，在扣除被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、本公司在内的商业保险机构等任

何途径获得的医疗费用补偿后按 50%的给付比例给付细胞免疫疗法医疗保险金。

医疗费用包括**床位费**（见释义 8.8）、**重症监护室床位费**（见释义 8.9）、**护理费**（见释义 8.10）、**膳食费**（见释义 8.11）、**药品费**（见释义 8.12）、**检查检验费**（见释义 8.13）、**治疗费**（见释义 8.14）、**医生费**（见释义 8.15）。

本公司累计给付的细胞免疫疗法医疗保险金总和以本主合同的基本保险金额为限。

本主合同仅承担发生在**指定医疗机构**内且由**指定医疗机构**实际收取的医疗费用以及在**指定药品**（见释义 8.16）生产企业指定的药房购买药品的费用的给付责任。

2.4.2 医学治疗

本主合同约定的医学治疗是指被保险人在本主合同的**指定医疗机构**按照药品监督管理局批准的药品说明书使用**指定药品**进行的细胞免疫疗法，包括以下八大步骤：

(1) 单采前的检查

被保险人经**指定医疗机构**评估确认适合使用**指定药品**进行细胞免疫疗法并开具药品处方后，在**指定医疗机构**接受单采相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合单采。

(2) 单采

被保险人在**指定医疗机构**进行单采，提取白细胞。

(3) CAR-T 细胞的制备

利用被保险人的白细胞，在制药中心制备 CAR-T 细胞。

(4) 回输前的检查

被保险人在**指定医疗机构**接受 CAR-T 细胞回输相关的各项检查，确保被保险人的身体状况适合进行预处理化疗和回输。

(5) 预处理化疗

被保险人在**指定医疗机构**接受 CAR-T 细胞回输前的预处理化疗。

(6) CAR-T 细胞的回输

在**指定医疗机构**将 CAR-T 细胞回输到被保险人体内。

(7) 反应监控

指定医疗机构监护被保险人，控制 CAR-T 治疗可能带来的不良反应。

(8) 治疗效果评估

被保险人到接受治疗的医疗机构接受各项检查，评估治疗效果。

2.4.3 治疗期间

本主合同的治疗期间自被保险人首次进行本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 1 步单采前检查的第 1 日起，至下列两者最早达到之日结束：

(1) 本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 2 步单采治疗之日后的第 365 日。

(2) 本主合同约定的医学治疗中的治疗步骤第 6 步 CAR-T 细胞回输治疗之日后的第 30 日。

本公司仅承担在上述治疗期间内的细胞免疫疗法医疗保险金的给付责任。

2.5 责任免除

因下列情形之一导致被保险人医疗费用支出的，本公司不承担给付保险金的责任：

(1) 被保险人服用、吸食或注射**毒品**（见释义 8.17）；

(2) 并发症的治疗（接受“2.4.2 医学治疗”的直接并发症的治疗除外）、减

缓慢性症状的治疗或康复治疗（包括**物理治疗**（见释义 8.18）、运动功能恢复、语言疗法等）、心理治疗；

- (3) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性；
- (4) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见释义 8.19）；
- (5) **遗传性疾病**（见释义 8.20），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见释义 8.21）；
- (6) 未遵医嘱、私自使用药物，但按药物使用说明的规定使用**非处方药**（见释义 8.22）不在此限；
- (7) **既往症**（见释义 8.23）、本主合同中特别约定除外的疾病和治疗；
- (8) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (9) 核爆炸、核辐射或核污染。

2.6 其他免责条款 除“2.5 责任免除”外，本主合同中还有一些免除本公司保险责任的条款，详见“2.3 等待期”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6.1 明确说明与如实告知”、“7.1 年龄错误”、“7.2 职业或工种的确定与变更”、“8 释义”内容。

③ 保险金的申请

3.1 受益人 除另有约定外，本主合同的保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 您或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知本公司。
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、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

3.3.1 细胞免疫疗法就医资格评估 在本主合同的保险期间内，若被保险人在等待期后经医院的**专科医生初次确诊**发生本主合同所界定的“**恶性肿瘤一重度**”且符合本主合同约定的**指定适应症**，并且需要接受本主合同约定的医学治疗的，被保险人需向本公司提供下列证明和材料，用于细胞免疫疗法就医资格评估：

- (1) 保险合同；
- (2) 被保险人的**有效身份证明**（见释义 8.24）；
- (3) 本公司认可**医院**的**专科医生**出具的附有被保险人病历、病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；
- (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (5) 本公司需要的其他有关文件和资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

如果被保险人未通过细胞免疫疗法就医资格评估，本公司不承担给付细胞免疫疗法医疗费用保险金的责任。

3.3.2 指定医疗机构评估 被保险人通过细胞免疫疗法就医资格评估后，将由**指定医疗机构**评估是否接受被保险人进行“2.4.2 医学治疗”。

如果经**指定医疗机构**评估被保险人不适合接受细胞免疫疗法的，本公司不承担

给付细胞免疫疗法医疗费用保险金的责任。

3.3.3 保险金申请

被保险人通过细胞免疫疗法就医资格评估且经**指定医疗机构**评估认为适合接受细胞免疫疗法，进而接受本主合同约定的医学治疗的，受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人的**有效身份证明**；
- (3) 被保险人的**有效身份证明**；
- (4) 本公司认可的**医院**出具的被保险人医疗诊断书、门急诊病历、出院小结以及医疗费用原始凭证、账单明细表或其他相关资料，以及本公司**指定药品**生产企业指定的药房出具的药品费用清单、收据或者发票；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (6) 本公司需要的其他有关文件和资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

3.4 保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书及相关证明和资料后，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。

对于属于保险责任的，本公司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；若本公司在收到相关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，本公司将从第 31 日起按照超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照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计算。

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

本公司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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向本公司请求给付本主合同保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

④ 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

本主合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗及基本保险金额确定。

本主合同的交费方式和交费期间由您和本公司约定并载明于保险单或批注上。

⑤ 合同解除

5.1 您解除合同的手续及风险

如您申请解除本主合同，须填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的**有效身份证明**；
- (3) 本公司需要的其他有关文件和资料。

自本公司收到解除合同申请书之日起，本主合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主合同的现金价值（见释义 8.25）。

解除合时本主合同已发生保险金给付或被保险人已发生保险事故且本公司应当给付但尚未给付保险金的，本公司不退还本主合同的**现金价值**。
解除合时会使您遭受一定损失。

⑥ 如实告知

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本主合同时，本公司会向您说明本主合同的内容。
对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司在订立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。
本公司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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本主合同。
如果您故意不履行如实告知义务，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司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，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得解除本主合同；发生保险事故的，本公司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，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

⑦ 其他需要关注的事项

- 7.1 **年龄错误** 被保险人的年龄以**周岁**（见释义 8.26）计算。
您在申请投保时，应将与**有效身份证明**相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，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合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合时，并向您无息退还本主合同的**现金价值**。
本公司行使合时解除权适用“本公司合时解除权的限制”的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，本公司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付保险费和应付保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给您。
- 7.2 **职业或工种的确定与变更** 本公司将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过本公司网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。
被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知本公司。被保险人所变更的职业或者工种依照本公司职业分类在拒保范围内的，本公司对其应负的保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还其相应的**现金价值**。
如果被保险人所变更的职业或工种依照本公司职业分类在拒保范围内，而您或

被保险人未及时通知本公司的,对被保险人变更职业或工种后发生的保险事故,本公司不承担保险金给付责任。

- 7.3 **合同内容变更** 在本主合同有效期内,经您和本公司协商一致,可以变更本主合同的有关内容。变更本主合同的,应当由本公司在原保险单或者其它保险凭证上批注或者出具批单,或者由您和本公司订立书面的变更协议。
- 7.4 **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本公司。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司,本公司按本主合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知,均视为已送达给您。
- 7.5 **争议处理** 在本主合同的履行过程中,双方发生争议时,由双方协商解决,协商不成的,依法向人民法院起诉。

⑧ 释义

- 8.1 **医院** 指中国境内(不含香港、澳门和台湾地区)国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院,但不包括主要提供门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似服务之医疗机构。
- 8.2 **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。
专科医生不包括被保险人本人及其直系亲属。
- 8.3 **初次确诊** 指被保险人自出生之日起第一次被明确诊断患有本主合同所界定的某种疾病,而不是指自等待期后的第一次被明确诊断患有本主合同所界定的疾病。
- 8.4 **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**(见释义 8.30)(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, 见释义 8.31)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, 见释义 8.31)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**（见释义 8.32）为 **I 期或更轻分期的甲状腺癌**（见释义 8.33）；
- (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 <10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

- 8.5 指定适应症** 指细胞免疫疗法的适应症，包括弥漫性大 B 细胞淋巴瘤非特指型、原发纵膈大 B 细胞淋巴瘤、高级别 B 细胞淋巴瘤和滤泡淋巴瘤转化的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤，列明于本主合同的附表一中。指定适应症可能会发生变更，您可以登录交银人寿 APP 查询或者拨打本公司服务热线咨询。
- 8.6 指定医疗机构** 指本主合同附表二所列清单中的医疗机构。指定医疗机构可能会发生变更，您可以登录交银人寿 APP 查询或者拨打本公司服务热线咨询。
- 8.7 合理且必要** 指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：
- (1) 治疗疾病所必需的项目；
 - (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - (3) 由医师开具的处方药或医嘱；
 - (4) 非试验性的、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。
- 对是否合理且必要由本公司根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
- 8.8 床位费** 指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。
- 8.9 重症监护室床位费** 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设施，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。
- 8.10 护理费** 指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 8.11 膳食费** 指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。
- 8.12 药品费** 指被保险人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药品的费用。其中本主合同约定的指定药品仅赔付一次。药品费中不包含中草药费用。
上述药品费仅指在指定医疗机构或指定药品生产企业指定的药房购买药品的费用。
- 8.13 检查检验费** 指实际发生的、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合理且必要的医疗费用，包括诊查费、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、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费

等。

- 8.14 治疗费** 指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理且必要的治疗者的技术劳务费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。
治疗费不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。
中医理疗指以治疗疾病为目的，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；其他特殊疗法指顺势治疗、职业疗法及语音治疗。
- 8.15 医生费** 指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。
- 8.16 指定药品** 指本主合同附表一中所列药品。指定药品可能会发生变更，您可以登录交银人寿 APP 查询或者拨打本公司服务热线咨询。
本主合同约定的指定药品仅赔付一次。
- 8.17 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。**
- 8.18 物理治疗** 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。
- 8.19 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。
- 8.20 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。
- 8.21 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。
- 8.22 非处方药** 指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师或执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。
- 8.23 既往症** 指被保险人在本主合同生效日之前已确诊的疾病。
- 8.24 有效身份证明** 指依据法律法规能证明个人身份的证件，如：有效期限内的居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、士兵证、警官证等证件。
- 8.25 现金价值** 等于净保费 $\times(1-m/n)$ ，其中，净保费 $= (1-10\%) \times$ 保费，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。
- 8.26 周岁** 指按有效身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。
- 8.27 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。

- 8.28 ICD-10 及 ICD-0-3 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。
- 8.29 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。
- 8.30 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。

附表一：指定药品和指定适应症

商品名	通用名	生产企业	适应症
阿基仑赛注射液	奕凯达	复星凯特生物科技有限公司	弥漫性大 B 细胞淋巴瘤非特指型 原发纵膈大 B 细胞淋巴瘤 高级别 B 细胞淋巴瘤 滤泡淋巴瘤转化的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤

附表二：指定医疗机构

序号	医院名称	省份
1	安徽省立医院	安徽
2	北京大学人民医院	北京
3	北京大学肿瘤医院	北京
4	北京陆道培医院	北京
5	北京协和医院	北京
6	中国人民解放军总医院	北京
7	中国人民解放军总医院第五医学中心	北京
8	福建医科大学附属协和医院	福建
9	厦门大学附属第一医院	福建
10	广东省人民医院	广东
11	广州复大肿瘤医院	广东
12	南方医科大学南方医院	广东
13	香港大学深圳医院	广东
14	中山大学附属第一医院	广东
15	中山大学肿瘤防治中心	广东
16	河南省肿瘤医院	河南
17	郑州大学第一附属医院	河南
18	哈尔滨医科大学附属肿瘤医院	黑龙江
19	华中科技大学同济医学院附属同济医院	湖北
20	华中科技大学同济医学院附属协和医院	湖北
21	湖南省肿瘤医院	湖南
22	中南大学湘雅医院	湖南
23	江苏省人民医院	江苏
24	苏州大学附属第二医院	江苏
25	苏州大学附属第一医院	江苏
26	无锡市第四人民医院	江苏
27	徐州医科大学附属医院	江苏
28	南昌大学第一附属医院	江西
29	中国医科大学附属第一医院	辽宁
30	青岛大学附属医院	山东
31	山东大学齐鲁医院	山东
32	山东省立医院	山东
33	山东省肿瘤医院	山东
34	山西第三人民医院	山西
35	复旦大学附属中山医院	上海
36	复旦大学附属肿瘤医院	上海
37	复旦大学附属肿瘤医院浦东分院	上海
38	上海交通大学医学院附属仁济医院（东/西/南）	上海
39	上海交通大学医学院附属瑞金医院	上海
40	上海市同济医院	上海
41	四川大学华西医院	四川
42	天津市第一中心医院	天津
43	天津市肿瘤医院	天津

44	中国医学科学院北京协和医学院血液学研究所血液病医院	天津
45	新疆医科大学附属第一医院	新疆
46	温州医科大学附属第一医院	浙江
47	浙江大学附属第一医院	浙江
48	浙江省肿瘤医院	浙江
49	中国科学院大学附属肿瘤医院	浙江
50	陆军军医大学新桥医院	重庆