

利宝保险有限公司

附加恶性肿瘤-重度医院外特种药品费用医疗保险条款

(2025 版 A 款)

(注册号: C00006032522025021708383)

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证及批单等组成。凡涉及本附加险合同的约定，均应采取书面形式确认。

第二条 凡投保了利宝保险健康险产品（以下简称“主险”）的投保人，可投保本附加险。

第三条 投保人为被保险人首次投保本附加险的，被保险人年龄范围应在出生满三十天至六十五周岁（含）之间。本附加险合同保险期间届满时投保人为被保险人不间断再次投保本附加险的，被保险人最高年龄可至一百周岁（含）。

保险责任

第四条 投保人为被保险人首次投保本附加险的，自本附加险合同生效之日起三十日（含第三十日）为等待期。不间断再次投保本附加险的无等待期。

被保险人在等待期内初次罹患（见释义 1）主险合同约定的“恶性肿瘤——重度”的，无论治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金责任，并无息退还投保人所缴纳的本附加险对应的保险费，同时本附加险合同终止。

第五条 在保险期间内，被保险人于等待期后，经中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）医院（见释义 2）确诊初次罹患主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”（以下简称“恶性肿瘤”），经专科医生（见释义 3）诊断须进行特种药品（见释义 4）治疗的，如医院内药房无法提供治疗必需的相关特种药品，对于被保险人因治疗该恶性肿瘤实际支出的、在同时满足下列条件的医院外指定药店（见释义 5）产生的特种药品费用，保险人按照本附加险合同的约定在保险单载明的本附加险保险金额内给付医院外特种药品费用医疗保险金。

保险人承担保险责任的医院外特种药品费用必须同时满足以下所有条件：

- （一）用于治疗恶性肿瘤的特种药品处方（见释义 6）是由医院的专科医生开具的；
- （二）该特种药品为被保险人当前恶性肿瘤治疗的合理且必需（见释义 7）的特种药品；
- （三）该特种药品是在保险人指定医院外药房（见释义 8）购买的药品；

（四）该特种药品必须为本附加险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国大陆境内（不包含港澳台地区）上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在约定的药品清单（见释义 9）列表中；

（五）特种药品处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法、用量相符；

（六）该特种药品符合本附加险合同第十五条“恶性肿瘤特种药品处方审核及购药流程”的约定；

（七）被保险人每次购买药品的处方剂量不超过三十天；

（八）每次处方的开具时间和被保险人购买特种药品的时间须在保险期间内；

（九）保险人承担在本附加险保险期间内开始发生并延续至本附加险合同期满后三十日内（含第三十日）的特种药品治疗。

对于不满足上述任何一个条件的恶性肿瘤医院外特种药品费用，保险人不承担给付医院外特种药品费用医疗保险金的责任。

特种药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构（见释义 10）获得援助的特种药品费用不纳入本附加险的给付范围。

第六条 被保险人不论一次或多次发生恶性肿瘤医院外特种药品费用，保险人均按上述约定给付保险金，累计给付金额以本附加险保险金额为限。累计给付金额达到本附加险保险金额的，本附加险的保险责任终止。

第七条 本附加险合同适用费用补偿原则。保险事故发生时，被保险人通过任何途径（包括但不限于社会基本医疗保险（见释义 11）、公费医疗（见释义 12）、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构）所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限，被保险人不得就已经获得补偿的费用再次向保险人申请保险金。保险人按照以下公式给付医院外特种药品费用医疗保险金：

医院外特种药品费用医疗保险金=（满足条件的恶性肿瘤特种药品费用-从其他途径已获得补偿的特种药品费用）×给付比例

第八条 本附加险合同的给付比例按照以下标准执行，并在保险单中载明：

（一）若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保：

1. 如特种药品属于社保目录内药品且被保险人已经过社会基本医疗保险或公费医疗报销，给付比例为 100%；

2. 如特种药品属于社保目录内药品但被保险人未经过社会基本医疗保险或公费医疗报销，给付比例为 60%；

3. 如特种药品属于社保目录外药品，则给付比例为 100%。

（二）若被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，则社保目录内药品和社保目录外药品给付比例均为 100%。

责任免除

第九条 因下列原因或情形，导致被保险人发生本附加险合同约定的医院外特种药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）在中华人民共和国（不含港澳台地区）以外的国家或者地区接受治疗；

（二）被保险人在非保险人指定医院外药房购买的药品；

（三）医院专科医生开具的恶性肿瘤药品处方与中华人民共和国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；

（四）未按本附加险合同第十五条约定的流程及要求提交购药申请或者购药申请审核未通过、处方审核未通过；

（五）经医院专科医生审核确定被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药，被保险人仍继续使用耐药药品（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）；

（六）被保险人在初次投保或非不间断再次投保本附加险前所患的任何既往症（见释义 13）（包括恶性肿瘤、任何癌前病变等）；

（七）任何职业病（见释义 14）、遗传性疾病（见释义 15），先天性恶性肿瘤(BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症)，先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 16）见(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》为准)引起的医院外特种药品费用；

（八）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 17）期间产生的医院外特种药品费用；

（九）被保险人曾经或正在使用大剂量的镇静安眠药，或曾经或正在吸食迷幻剂、毒品等违禁药物，或有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾；

（十）核爆炸、核辐射或核污染。

第十条 对于被保险人发生的下列任何费用，保险人也不承担保险责任：

（一）被保险人购买、使用不属于本附加险合同所约定的药品清单中所列的药品而产生的费用；

（二）在保险人指定的药房发生的恶性肿瘤特种药品医疗费用以外的其他医疗费用；

（三）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、因恶性肿瘤治疗用药所必需的基因检测、进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性医疗或研究性治疗或采取未经科学或医学认可的医疗手段所产生的费用；

（四）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者批准的药品或药物所产生的费用。

保险金额

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加险合同的保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同，且最长不超过一年。

本附加险合同不保证续保。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本附加险，经过保险人审核同意并缴纳保险费后，新附加险合同方可生效。

保险金申请与给付

第十三条 被保险人通过保险人指定医院外药房购买符合本附加险的保险责任中的特种药品，无需自付本附加险应赔付的特种药品费用，保险人将与保险人指定医院外药房或**相关第三方服务商（见释义 18）**直接结算上述保险人应赔付的药品费用，保险人指定医院外药房或相关第三方服务商在与保险人结算时应提供相关购药清单及发票。被保险人应自行支付不属于本附加险保险责任范围内或超出本附加险保险金额的特种药品费用。

被保险人在保险人指定医院外药房购药之后，即将申请保险金的权利授权于保险人指定医院外药房或相关第三方服务商，保险人将不再接受被保险人直接向保险人发起的保险金申请。

第十四条 被保险人通过保险人指定医院外药房购药时，应提供以下材料。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。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。

（一）保险合同或其他保险凭证；

（二）被保险人的有效身份证明（见释义 19）证件；

（三）医院出具的被保险人的医学材料，包含但不限于诊断证明、住院和门诊病历、出入院记录、手术记录、出院小结、必要的病理检查报告（病理显微镜检查、常规病理切片、免疫组化病理切

片等)、血液检查或其他科学检查检验报告、恶性肿瘤基因靶点检测报告、专科医生开具的药品处方及其他所需要的医学材料;

(四) 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。

如被保险人委托他人代为购药, 被委托人还应提供以下证明和资料:

(一) 被委托人的有效身份证件;

(二) 被保险人为完全民事行为能力人的, 须提供被保险人签字的授权委托书;

(三) 被保险人为限制民事行为能力人或无民事行为能力人, 其合法监护人代其购药的, 其合法监护人还须提供被保险人为限制民事行为能力人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

恶性肿瘤特种药品处方审核及购药流程

第十五条 在保险期间内, 被保险人依据本附加险合同约定须在保险人指定医院外药房购买药品处方中所列明的药品, 须按照以下流程进行:

(一) 购药申请

保险金申请人向保险人提交指定药店特种药品购药申请(以下简称“购药申请”), 并提供下列购药申请材料:

(1) 保险金给付申请书;

(2) 被保险人的有效身份证件;

(3) 支持审核的全部证明、信息和证据, 包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。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;

(4) 医生开具的特种药品处方;

(5) 医院开具的院外购药证明;

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料;

(7) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等材料。

(二) 恶性肿瘤药品处方审核

购药申请通过后，须进行药品处方审核。

保险人或相关第三方服务商基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交购药申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

（三）药品自取、送药上门服务

药品处方经相关第三方服务商审核通过后，被保险人或其委托的购药人须从保险人指定的药房名单中选定购药药房。经相关第三方服务商提供**购药凭证（见释义 20）**后，被保险人或其委托的购药人须在购药凭证生成后的连续 30 个自然日内完成到药房自取或送药上门预约，取药时需提供恶性肿瘤药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证明及被保险人的中华人民共和国社会保障卡以作核实。**如果申请人未能提供上述资料，相关药房、送药机构有权不提供该恶性肿瘤药品，保险人不承担保险金给付责任。**

其它事项

第十六条 本附加险合同保险费缴纳方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴纳保险费，投保人应当在保险责任起始前一次性缴清保险费，**投保人未按约定缴清保险费，本附加险合同不生效。**

若投保人选择按月缴纳保险费，需经投保人申请并经保险人同意。**如投保人未在保险责任起始前缴纳首月保费，保险合同不生效。**在缴纳首月保险费后，投保人应当按约定的月缴费日缴付其余各月的保险费。如投保人未约定足额缴纳当月保险费，允许在缴费延长期内补足当月保险费。

如果被保险人在缴费延长期内发生保险事故，并在缴费延长期内补足保险费的，保险人仍按照本附加险合同约定给付保险金。除另有约定外，**如被保险人在正常缴费对应的期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人依照本附加险合同约定给付保险金的，需扣减保险期间内所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本附加险合同的保险费总额。**

如投保人未按照保险单约定的月缴费日足额缴付当月保险费，本附加险合同按约定终止。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

缴费延长期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十七条 本附加险条款内容与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。

释义

第十八条 除非本附加保险合同另有约定，在本附加险中，以下词语具有如下含义：

1. 初次罹患：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，而不是指自本附加保险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

2. 医院：指经国家卫生部门审核的二级或二级以上的综合性公立医院或专科公立医院，**但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、修养或戒酒、戒毒等医疗机构。**该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备并提供 24 小时的医疗与护理服务。**医院中的特需医疗、外宾医疗、干部病房不在本保险合同保障范围。**

3. 专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （二）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；
- （三）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》；
- （四）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。

4. 特种药品：指本附加险合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

5. 指定药店：指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单，该药店名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。保险人保留对上述指定药店名单做出调整的权利。保险人指定的药店需同时满足以下条件：

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

6. 处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

7. 合理且必需：指同时满足以下两个条件：

（一）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。对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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (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。

8. 保险人指定医院外药房：指经保险人审核认可，能够满足下列条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方购药或配送服务的医院外药房，具体以保险人提供的名单为准。

- (一) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- (二) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (三) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (四) 该药房内具有药师等专业人员提供服务；
- (五) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药房。

9. 约定的药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

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

11. 社会基本医疗保险：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基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等政府举办的保障项目。

12. 公费医疗：公费医疗指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

13. 既往症：指在本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (一) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本附加险合同生效前，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；

（三）本附加险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者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。

14. 职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动上，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

15. 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。

16. 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》（ICD-10）确定。

17. 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（见释义 21）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。

18. 相关第三方服务商：保险人授权的为被保险人提供处方审核及药事等服务的第三方服务机构。

19. 有效身份证明：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，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。

20. 购药凭证：保险理赔审核通过之后，服务商通过平台派发给投保人/被保险人可用于在服务商合作药房领取保险赔付药品的凭证。

21. 体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。