

利宝保险有限公司

附加个人门急诊医疗费用保险条款（2023 版 B 款）（互联网专属）

（注册号：C00006032522023032043913）

总则

第一条 本附加险保险合同（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《利宝保险有限公司个人住院医疗保险条款（2023 版 A 款）（互联网专属）》或《利宝保险有限公司个人住院医疗保险条款（2023 版 B 款）（互联网专属）》（以下简称“主险”）的投保人，可投保本附加险。

第三条 除另有约定外，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

第四条 本附加险合同约定的保险区域为中国大陆，不包含中国香港、澳门和台湾地区。

保险责任

第五条 等待期为自本附加险合同生效日起计算的一段时间。除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本附加险或非不间断再次投保本附加险时，自本附加险合同生效之日起三十天为等待期。投保人为被保险人不间断再次投保本附加险的无等待期。

第六条 在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因首次罹患疾病，在本附加险合同约定的**医院**（见释义 1）接受门急诊治疗的，保险人对由此而实际产生的以下**必需且合理**的医疗费用，依照本附加险合同约定和本附加险合同所附保障计划表中载明的各项费用累计给付限额、每次就诊限额、就诊次数限制，在门急诊医疗保险金额内给付门急诊医疗保险金：

1、**挂号费**

2、**医师诊疗费**

3、**处方药品费**：指依据医师的处方开具的药品的费用。每次门诊开药量以九十日为上限，每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

4、**化验费**

5、**检查费**：检查费分为大型项目检查费（包括：计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查的费用）和非大型项目检查费（除上述大型项目检查费外的其他检查项目费，包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术检查的费用）。

6、急诊室费

7、**耐用医疗设备费**：指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备购买或者租赁的费用，**不包括替换或维修上述非一次性耐用医疗设备的费用**。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

8、**理疗和中医治疗费**，包括下列三项类型费用：

（1）由具有专业理疗资格的医师实施的针灸疗法、**顺势疗法**（见释义2）的费用。

（2）由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。这类治疗应当满足下列全部条件：

1）为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

2）被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

3）疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医疗师）才能安全、有效实施。

（3）依据注册中医医师的处方开具的中草药费，中医挂号费，诊察费及其他相关费用。

保险人对于以上八项费用的累计保险金给付金额之和以本附加险合同约定的保险金额为限，一次或累计给付金额达到保险单载明的门急诊医疗费用保险金额时，保险人对于被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

第七条 本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险（释义3）、公费医疗（释义4）、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、其他政府机构或者社会福利机构、保险人在内的任何商业保险机构、慈善机构等）获得本附加险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行给付。该被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

责任免除

第八条 对于被保险人在下列期间或因下列情形发生的任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗期间；

（二）被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；

（三）被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人因使用违反中国大陆法律的疫苗和药物、非医师医嘱要求药物或者非医师医嘱要求用量直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；

（四）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）期间；

（五）被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10（释义5））为准）；与精神和心理障碍相关的医疗费用，包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，心理缺陷或者心理发育迟缓评估治疗及其他相关费用；

（六）核爆炸、核辐射或核污染；

（七）被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（释义6）；未经保险人审核通过的既往症（释义7）的治疗及其他相关费用；

（八）牙科医疗及其他相关费用；

（九）在等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用；

（十）进行未经中国国家药品监督管理部门认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

（十一）被保险人未在保险人指定或认可的药店购买药品，或药品不属于保险人指定或认可的药品清单中的药品；

（十二）根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用；代诊费用，无原始发票的费用，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按时就诊的预约费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准的医疗费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、套房及其相关设施、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费；

（十三）与生育相关的医疗费用，包括但不限于怀孕、分娩、流产、助孕（包括但不限于受胎药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕）、不孕不育、生育控制、孕前准备以及由此导致的并发症治疗及其他相关费用；

（十四）任何职业病、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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》第十次修订版（ICD-10）为准）引起的医疗费用。

（十五）健康检查费、功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费，疫苗接种费，出于行政或者管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费；

（十六）非药品准字号的药品费和非（食）药监械号的设备费，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大

剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药、膏方药费、草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶的费用或者其他制剂发生的加工费用；

（十七）视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视、屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及相关费用；

（十八）专业护士家庭护理费，临终关怀费，静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院发生的护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非保险人认可的医疗机构接受的服务或者治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住处情形下发生的费用。

（十九）选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；性别转换症治疗费，性障碍治疗费，以及上述相关并发症治疗及其他相关费用，任何原因和形式的美容、整容、非医学必需的整形费，包括以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面费用；

（二十）对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；

（二十一）与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗费，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发费，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植费；

（二十二）戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用；

（二十三）基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用；

（二十四）睡眠检查和治疗费，对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费；

（二十五）耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）及其他类似设备费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，但医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；

（二十六）矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者任何其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害的（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费，但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限；

（二十七）常规足部医疗及其他相关费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

（二十八）中国政府为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制

性措施期间发生的检查检测费、食宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；

(二十九)生长激素治疗及其他相关费用，但经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限。

保险金额与保险费

第九条 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。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同一致。

免赔额

第十一条 本附加险合同的免赔额由投保人与保险人在本附加险合同订立时约定，并在保险单中载明。

预授权

第十二条 被保险人接受下列门急诊治疗和服务之前，须在预定开始治疗日期前至少四十八小时向保险人或保险人授权的医疗管理公司提交预授权申请：

1. 任何需要全麻下进行的门诊手术；
2. 器官、骨髓、干细胞或其他组织移植；
3. 首次放疗、化疗以及肾透析；
4. 除另有约定外，上述医疗项目外单价人民币 5000 元及以上的治疗、单项检查。

若发生紧急情况且在被保险人得不到及时治疗可能导致其身故或者明显身体伤害的情况下，可先在与紧急情况发生地邻近的医疗机构接受治疗。如在上述紧急情况下未能事先申请预授权，被保险人须在开始接受上述治疗后四十八小时之内通知保险人。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。对于审核同意该次治疗属于紧急情况的，对应的预授权给付比例为 100%。

被保险人在进行上述治疗前，若未事先申请预授权或紧急情况下未能在规定时间内通知保险人的，对于被保险人发生的合理且医疗必需的治疗费用，保险人将按合同约定的给付范围、费用限额、最高赔付日数计算得出的金额，再乘以 60%的比例赔付保险金。

保险期间

第十三条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间同主险合同一致。

保险金申请

第十四条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一） 理赔申请书；

（二） 保险金申请人的**有效身份证件**；

（三） 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告）；

（四） 由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告（相关检验报告如已在病历中提交则无需重复提交）；

（五） 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

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

（七） 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。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资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

其他事项

第十五条 本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加险合同的，保险人应当无息退还投保人已支付的全部保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本附加险合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，**保险人自收到解除保险合同申请之日起三十日内向投保人退还本附加险合同的未到期保险费（释义8）。若本附加险合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。**

如主险合同解除，本附加险合同须同时解除。

第十六条 投保人解除本附加险合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一） 保险合同解除申请书；

- (二) 保险合同凭据;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明。

第十七条 本附加险条款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 除另有约定外，本附加险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 医院：本合同约定的“医院”是指符合下列所有条件的机构，包含以下机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院），具体以保险单载明的医疗机构覆盖范围为准：

(1) 拥有合法经营执照的定点公立医院，私立医院；

(2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

(3) 该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质，**且非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。**

2. 顺势疗法：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

3. 社会基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

4. 公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

5. 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。

6. 既往疾病：指被保险人在本附加险合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。

7. 既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。包括以下任何情形：

(1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本合同生效前，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) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或者体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓；

8. 未满期保险费：指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

若保险费为一次性支付的：

未满期保险费=投保人已交纳保险费 $\times$ [1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未满期保险费=投保人已交纳当期保险费 $\times$ [1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。**若本附加险合同已发生保险金给付，未满期保险费为零。**