

阳光财产保险股份有限公司
恶性肿瘤特种药品费用医疗保险 B 款条款
(注册编号: C00009332512019102319402)

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请,经保险人同意承保,本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

凡出生满 28 日至 65 周岁(续保最高可至 85 周岁)、身体健康、能正常工作或生活的自然人,均可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 等待期

被保险人首次投保本保险或非续保本保险时,除本合同另有约定外,等待期为自保险期间起始日零时起 30 日(含第 30 日)。

在等待期内,如果被保险人经医院专科医生初次确诊患上本合同所定义的恶性肿瘤(无论一种或者多种,下同),保险人均不承担给付保险金的责任,本合同效力终止,保险人应向投保人退还已交保险费。

被保险人续保本保险的,续保合同无等待期。

第七条 保险责任

在保险期间内,若被保险人在等待期后经医院专科医生初次确诊患上本合同所定义的恶性肿瘤,对被保险人因治疗该恶性肿瘤所实际发生的符合第三十条规定条件的药品费用,保险人按照本合同约定给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金。

对于被保险人在保险期间内、等待期后初次确诊患上的本合同所定义的恶性肿瘤,至保险期间届满时治疗仍未结束,除另有约定外,保险人继续承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任,并以被保险人初次确诊患上本合同所定义的恶性肿瘤之日起一定期限为

限。相关期限由保险人和被保险人协商确定并在保险单中载明。

保险人在保险期间内以及本合同约定期间内累计给付的恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金，最高以本合同约定的保险金额为限。

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他任何途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本保险人在内的任何商业保险机构等）获得恶性肿瘤特种药品费用补偿，则保险人仅就扣除前述补偿后被保险人个人所支付的恶性肿瘤特种药品费用余额部分按本合同约定进行给付。社会基本医疗保险中个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的恶性肿瘤特种药品费用补偿。

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，但未以参加社会基本医疗保险身份就诊并结算恶性肿瘤特种药品费用的，则保险人根据保险单中约定的给付比例进行赔付。

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支付恶性肿瘤特种药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人故意犯罪、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、自伤、拒捕、醉酒、主动吸食或注射毒品、违反规定使用麻醉或精神药品，或者被保险人挑衅或故意行为导致的打斗、被袭击、被谋杀，或者投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害，以及由前述任一原因引起的并发症；

（二）任何职业病、遗传性疾病、先天性癌症（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、变形和染色体异常（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（ICD-10）》为准）；

（三）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卫生行政部门批准的治疗；

（四）在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；

（五）经保险人审核，药品处方的开具与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；

（六）经保险人审核，被保险人的疾病状况确定对申请购买的药品已经耐药（耐药是指肿瘤病灶按照评价标准 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）有进展）；

（七）未从医院或保险人指定或认可的药店购买的药品；

（八）未按本合同第二十九条约定向保险人提交购药申请或申请未通过审核；

（九）被保险人符合慈善赠药项目（以下简称“慈善项目”）申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不符合要求，导致慈善项目申请未通过；

（十）被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，或进行基因测试以鉴定恶性肿瘤的遗传性；

（十一）战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、恐怖袭击；

(十二) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；

(十三) 药物过敏、食物中毒；

(十四) 未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(十五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间被初次确诊患上的本合同所定义的恶性肿瘤；

(十六) 被保险人在投保前所患既往症；

(十七) 等待期内初次确诊患上本合同所定义的恶性肿瘤。

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方在签订合同时协商约定，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。

第十一条 保险期间

本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

第十二条 保险费的支付

投保人应该按照本合同约定向保险人支付保险费。

第十三条 犹豫期

自投保人签收本合同次日起，有 15 日的犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与自身需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

第十四条 续保

本合同保险期间届满后 15 日内（含第 15 日），投保人可向保险人申请续保本合同。续保不再计算等待期。续保时保险人根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

若被保险人超过 85 周岁，保险人不再接受投保人的续保申请或重新投保。

若本合同统一停售的，保险人不再接受投保人的续保申请。

第三部分 保险人的义务

第十五条 提示和说明

订立本合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格

式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人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。

第十六条 保险单和保险凭证的签发

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

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保险金申请人补充提供。

第十八条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十九条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第二十条 退还保险费义务

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还未到期净保险费。

第四部分 投保人、被保险人义务

第二十一条 交费义务

投保人应按本保险合同的约定交付保险费。

本保险合同约定一次性交付保费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险期间起始日前一次性交付保险费；约定以分期付款的方式交付保险费的，投保人应按期交付保险费。

第二十二条 如实告知

订立保险合同，投保人应如实填写投保单并回答保险人就被保险人有关情况提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是

否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于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。

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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第二十三条 住址或通讯地址变更告知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十四条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十五条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于 30 日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，保险人按照保险合同终止之日计算**未满期净保险费**，并于接到通知之日退还投保人。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期净保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十六条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保出生日数或年龄，以出生医学证明或法定身份证件登记的出生日数或周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保出生日数或年龄应符合本合同约定。投保人在申请投保时，应按被保险人的出生日数或周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人的出生日数或年龄不真实，且真实出生日数或年龄不符合本合同约定的出生日期或年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人出生日数或年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应

付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人出生日数或年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十七条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人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。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第二十八条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）保险合同或其他保险凭证；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）医院出具的被保险人诊断证明（病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断）、保险人指定或认可的药店出具的药品费用原始收据或者发票；

（四）保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、医院出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检查及其他科学方法的检验报告；

（五）保险金申请人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；

（六）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。

对于保险人已经与保险人指定或认可的药店直接结算的药品费用，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料，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。

第二十九条 恶性肿瘤药品处方审核及购药流程

在本合同有效期内，被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊患有恶性肿瘤，在该恶性肿瘤的治疗过程中，根据医院的专科医生开具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方购药的，如果被保险人在就诊医院外购买药品处方中所列明的药品，且该药品属于本合同保险计划表中所列的药品清单，须按照以下流程进行购药申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务、慈善赠药申请：

（一）购药申请

在保险人指定或认可的药店购买保险人指定的药品清单中的药品，必须先进行购药申请。

被保险人作为申请人向保险人提交恶性肿瘤药品购药申请，并按照保险人的要求提交相关申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、医院的专科医生开具的被保险人初次确诊患有恶性肿瘤的诊断证明（包含确诊日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。**如果申请人未提交购药申请或者申请未通过审核，保险人不承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任。**

（二）药品处方审核

收到被保险人的购药申请后，保险人将从以下两方面审核药品处方：

1. 根据国家食品药品监管总局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量审核药品处方：**经审核，药品处方的开具与国家食品药品监督管理总局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符的，保险人将不予通过申请人的购药申请；**

2. 根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请购买的药品已经耐药（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）：**经审核，如果被保险人的疾病状况确定对申请购买的药品已经耐药，保险人将不予通过申请人的购药申请。**

保险人委托指定的第三方服务商进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人提交的相关医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，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的，保险人有权要求申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。**如果申请人的药品处方审核未通过，则保险人将不予通过申请人的购药申请，保险人不承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任。**

（三）药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在保险人指定或认可的药店购买保险人指定的药品清单中的药品。

药品处方经保险人指定的第三方服务商审核通过后，申请人须从保险人指定或认可的药店购药，经保险人指定的第三方服务商提供购药凭证（见释义二十一）后，申请人须在购药凭证生成后的 30 日内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件、保险合同号码及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（仅社保目录内药品需提供）。

（四）慈善赠药申请

保险人指定的药品清单中有慈善赠药、援助用药项目药品的，被保险人须进行慈善赠药申请。

若被保险人符合保险人指定或认可的慈善机构慈善赠药项目申请条件，保险人将通知被保险人，并委托指定的第三方服务商协助被保险人准备申请材料，被保险人须提供申请慈善项目合理且必需的材料。慈善项目经保险人指定或认可的慈善机构审核通过后，被保险人须到慈善项目指定药店领取慈善援助药品；若被保险人未通过慈善项目审核，被保险人须按照本条上述（二）药品处方审核的约定重新进行药品处方审核。

被保险人的申请通过保险人指定或认可的慈善机构审核，但因被保险人原因未按规定领取慈善援助药品的，视为被保险人自愿放弃本合同项下的该项保险权益。

第三十条 实际药品费用须满足的条件

实际药品费用须同时满足以下条件：

（一）该药品处方须由医院专科医生开具，系被保险人当前治疗所需的合理且必须的药品；

（二）初次确诊罹患恶性肿瘤时间在保险期间内且在等待期后；

（三）用于治疗恶性肿瘤的药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品；

（四）每次处方剂量不超过 1 个月；

（五）每次处方仅限治疗在保险期间内且在等待期后初次确诊的恶性肿瘤；

（六）被保险人须在医院或保险人指定或认可的药店购买上述处方中所列药品，且该药品属于保险人指定的药品清单；在保险人指定或认可的药店购买的药品须符合本合同第二十九条“恶性肿瘤药品处方审核及购药流程”的约定。

对不满足上述任何一项条件的实际药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的责任。

第三十一条 保险人指定的药品清单

本保险合同保险人指定的药品清单在保险单中载明。保险人可以依据如下标准对药品清单进行变更：

对于社保目录内药品清单，保险人可以根据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》（人社部发〔2017〕15 号）的调整进行变更；对于社保目录外药品清单，保险人可以根据新药品引进的情况进行变更。

药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》（人社部发〔2017〕15 号）的有效版本为准。

保险人指定的药品清单中的药品的适应症以国家药品监督管理部门批准的药品说明书为准。

第三十二条 恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金包括社保目录外药品费用保险金及社保目录内药品费用保险金（以购药申请时药品属于社保目录内或社保目录外为标准）。

（一）社保目录外恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的计算方法

社保目录外恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金=（发生的社保目录外恶性肿瘤特种药品费用-从其他任何途径已获得的社保目录外恶性肿瘤特种药品费用补偿）×100%

从其他任何途径已获得的社保目录外特种药品费用补偿，包括已从公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、本保险人在内的商业保险的保险人、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的恶性肿瘤特种药品费用补偿。

（二）社保目录内恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金的计算方法

社保目录内恶性肿瘤特种药品费用医疗保险金=（发生的社保目录内恶性肿瘤特种药品费用-从其他任何途径已获得的社保目录内恶性肿瘤特种药品费用补偿）×社保目录内恶性

肿瘤特种药品费用对应的赔偿比例

从其他任何途径已获得的社保目录内特种药品费用补偿，包含已从社会基本医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、本保险人在内的商业保险的保险人、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的恶性肿瘤特种药品费用补偿。

社保目录内特种药品费用对应的赔偿比例按照以下方式确定：

赔偿条件	赔付比例
被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗获得恶性肿瘤特种药品费用补偿	100%
被保险人未从社会基本医疗保险、公费医疗获得恶性肿瘤特种药品费用补偿	赔付比例 A

赔付比例 A 由投保人和保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

第六部分 争议处理与法律适用

第三十三条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

第三十四条 法律适用

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

第七部分 保险合同的解除与终止

第三十五条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，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。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

第三十六条 合同效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）依本合同其他条款约定的情况而终止。

第八部分 释义

一、保险人

指阳光财产保险股份有限公司。

二、周岁

指按有效身份证件中记载的出生日期计算的实足年龄，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。

三、医院

是指经中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级或以上公立医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

- （一）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；
- （二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （三）休养、戒酒、戒毒中心。

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提供二十四小时的医疗与护理服务的能力和资质。

四、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。

五、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院专科医生确诊患有某种疾病。

六、恶性肿瘤

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的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

1. 原位癌；
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
5. TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

七、特种药品

是指国家卫生健康委在《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2018 年版）》（国卫办医函〔2018〕821 号）中对新型抗肿瘤药物的定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物。

八、处方

指由医院专科医生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。处方包括医院病区用药医嘱单。

九、合理且必须

必须同时符合以下两项条件：

（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药品。

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：指药品符合下列所有条件：

1. 治疗-恶性肿瘤所必需的项目；
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。

十、指定或认可的药店

经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤特种药品处方审核、购药或配送服务的药店，具体以保险人提供的药店名单为准。

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. 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
4. 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
5. 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店。

十一、社保目录外药品费用

指未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》（人社部发〔2017〕15 号）（以购药时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十二、社保目录内药品费用

已被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 年版）》（人社部发〔2017〕15 号）（以购药时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

十三、社会基本医疗保险

指城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险。

十四、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。

十五、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症，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。

十六、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。

十七、既往症

指被保险人在本合同生效日之前所患的恶性肿瘤或出现的症状。

十八、症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

十九、中国大陆境外

指中华人民共和国大陆之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

二十、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服务的机构。

二十一、购药凭证

药品处方经保险人指定的第三方服务商审核通过后，第三方服务商向被保险人提供可用于在保险人指定或认可的药店领取被保险人申请的恶性肿瘤特种药品的凭证。

二十二、保险人指定或认可的慈善机构

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。

二十三、未到期净保险费

若保险费为一次性交清的：

未到期净保险费=净保险费×(1-保险期间经过日数/保险期间的日数)，经过日数不足1日的按1日计算。

若保险费为分期支付的：

未到期净保险费=当期净保险费×(1-当期保险经过日数/当期总天数)，经过日数不足1日的按1日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的25%。

二十四、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》

人力资源和社会保障部2017年发布，发文号为(人社部发〔2017〕15号)。

二十五、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则(2018年版)》

国家卫生健康委2018年发布，发文号为(国卫办医函〔2018〕821号)。