

**众安在线财产保险股份有限公司**  
**附加个人特定疾病康复住院费用医疗保险条款（互联网 2026 版 A 款）**  
**注册号：C00017932522026032592643**

**第一部分 总则**

**第一条 合同构成**

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经**保险人**（释义一）同意，附加在健康保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

**第二部分 保障内容**

**第二条 保险责任**

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义二）事故或在**等待期**（释义三）后经**医院**（释义四）**初次确诊**（释义五）罹患本附加合同约定的**特定疾病**（释义六），在因该特定疾病初次确诊之日起的 180 日内（含第 180 日）在医院**住院**（释义七）发生的、以治疗该特定疾病为目的、**必需且合理**（释义八）的**康复住院治疗费**（释义九），**保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。**

保险人对于上述费用的累计给付金额之和以本附加合同约定的特定疾病康复住院费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定疾病康复住院费用医疗保险金额时，本附加合同终止。

**第三条 保险金额、费用补偿、免赔额、给付比例**

**（一）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。**本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。除另有约定外，**保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。**

**（二）医疗费用补偿**

**医疗费用补偿是指，具备基本医疗保险（释义十）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付；不**

具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人对上述第二条保险责任中的医疗费用按照本附加合同的约定进行赔付。

### （三）免赔额

本附加合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

（1）被保险人自行承担的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（2）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，结合第一次就诊理赔后免赔额余额 5000 元，本次就诊免赔额已抵扣完毕，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

### （四）未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗结算的，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

## 第四条 犹豫期

除另有约定外，自本附加合同生效之日零时起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本附加合同，如果投保人认为本附加合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本附加合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本附加合同未到期净保险费（释义十一）。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本附加合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本附加合同的申请，视为投保人的书面申请。

## 第五条 责任免除

主合同中列明的“责任免除”事项，导致被保险人发生本附加合同约定的各项医疗费用，保险人不承担保险金给付责任。

## 第六条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），且应与主合同的保险期间保持一致。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

## 第三部分 释义

### 一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

### 二、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。以下情形不属于猝死：自然死亡、自杀、自伤、因慢性疾病、冠心病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。

### 三、等待期

指自本附加合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

### 四、医院

指经中华人民共和国卫生部门评审认定的二级及二级以上的公立医院或保险人扩展承保的医疗机构。除另有约定外，仅限于上述医院的普通部，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、A级病房；

（二）诊所、康复中心（但符合本附加合同约定的康复住院治疗费不受此限）、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心；

（四）保险人不予理赔的医疗机构。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时

的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

### 五、初次确诊

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，而不是指自本附加合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

### 六、特定疾病

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应由本附加合同认可的医院专科医生明确诊断。

本附加合同约定的特定疾病分为“肿瘤类”、“神经系统类”、“心肺系统类”、“骨骼关节疾病/损伤类”。疾病的分类及疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每种疾病具体定义为准，特定疾病的分类及疾病名称信息如下：

特定疾病分类	特定疾病名称
肿瘤类 (2个)	(一) 恶性肿瘤——重度 (二) 脑/脊髓肿瘤切除术后
神经系统类 (7个)	(三) 脑卒中 (四) 颅脑损伤 (五) 脊髓损伤 (六) 帕金森 (七) 阿尔茨海默病及其他痴呆症 (八) 缺血缺氧性脑病 (九) 脑炎/脑膜炎后遗症
心肺系统类 (5个)	(十) 冠心病 (十一) 心脏手术术后 (十二) 慢性呼吸衰竭 (十三) 重症肺炎 (十四) 慢性阻塞性肺疾病
骨骼关节疾病/损伤类 (2个)	(十五) 严重骨折 (十六) 关节置换手术

其中“恶性肿瘤——重度”为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中列明的疾病，其定义与《重大疾病保险的疾病定义使用规范

(2020修订版)》中对应的疾病定义一致。

疾病(一)-(二)为“肿瘤类”：

(一) 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**(释义十二)(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)(释义十三)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)(释义十三)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(释义十四)为I期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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<10/50 HPF 和ki-67≤2%)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

(二) 脑/脊髓肿瘤切除术后

指确诊发生于颅内、脊髓的良性肿瘤/占位通过外科手术手段切除肿瘤/占位后，以达到清除肿瘤治愈疾病的目的。

疾病(三)-(九)为“神经系统类”：

(三) 脑卒中

指缺血性脑卒中和出血性脑卒中。

**缺血性脑卒中**：指因脑血管的突发病变经医院专科医生明确诊断缺血性脑卒中(脑梗死、脑血栓、脑栓塞)，且同时满足以下要求：

(1) 突发局灶性神经功能缺损(如偏瘫、失语、感觉异常)或全面性神经功能障碍(如意识障碍)；

(2) 头颅CT/MRI显示责任病灶(梗死或软化灶)，且颅内血管成像(MRA/CTA)或血管造影(DSA)证实颅内动脉血流中断、狭窄或闭塞；

(3) 伴有脑水肿或颅内压升高。

**出血性脑卒中：**指因脑血管的突发病变经医院专科医生明确诊断出血性脑卒中(脑出血、蛛网膜下腔出血)，且同时满足以下要求：

(1) 突发剧烈头痛、呕吐或意识障碍(嗜睡或昏迷)；

(2) 头颅CT/MRI显示脑出血量>15mL(或小脑/脑干出血量>5ml)，或出现脑积水、脑室扩张；

(3) 伴有脑水肿或颅内压升高。

#### **(四) 颅脑损伤**

指因头部遭受机械性外力，引起颅脑器质性损伤，导致神经系统功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，且实际接受了为清除颅内血肿、脑碎屑及异物，或降低颅内压而进行的手术治疗。

#### **(五) 脊髓损伤**

指由于外伤、疾病等各种原因导致脊髓结构破坏或功能损害，造成损伤平面以下出现运动、感觉、括约肌及自主神经功能障碍的临床综合征。须由X线平片、断层扫描(CT)或核磁共振检查(MRI)等影像学检查证实，并经医院专科医生明确诊断。

**注：脊髓震荡不在保障范围。**

#### **(六) 帕金森**

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且根据国际通用Hoehn & Yahr分级，达到4级及以上。

**继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。**

#### **(七) 阿尔茨海默病及其他痴呆症**

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，经相关专科医生确诊，且根据临床痴呆评定量表(CDR)达到2级及以上(即中重度痴呆)。

以下情况不在保障范围内：

(1) 与酒精、药物滥用或获得性免疫缺陷综合征(AIDS)相关的痴呆；

(2) 神经官能症和精神疾病。

#### **(八) 缺血缺氧性脑病**

因围产期窒息、呼吸心跳骤停、中毒等诱发脑缺氧缺血导致的脑组织损伤性疾病，临床表现为意识障碍、精神障碍、癫痫发作、脑干受损症状等。

#### **(九) 脑炎/脑膜炎后遗症**

指发生在脑实质、脑膜部位的中枢神经系统感染性病变，经医院专科医生明确诊断脑炎或脑膜炎，且同时满足以下要求：

- (1) 出现意识障碍（嗜睡、昏迷）、癫痫、颅内压增高或脑疝；
- (2) 存在局灶性神经功能缺损，如偏瘫、失语、视力障碍；
- (3) 经重症监护室（ICU）治疗支持，包括呼吸机、降颅压、强效抗生素/抗病毒治疗等。

#### **疾病（十）-（十四）为“心肺系统类”：**

##### **（十）冠心病**

经医院专科医生明确诊断冠心病（CAD），且已实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉搭桥术（CABG）符合以下任一情形：

- (1) 左主干狭窄 $>50\%$ ；
- (2) 三支血管病变（主要冠状动脉狭窄 $\geq 70\%$ ，或合并左心室功能减退，LVEF $<40\%$ ）；
- (3) 出现急性心梗并发症（室间隔穿孔、乳头肌断裂、心源性休克等）。

**所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。**

##### **（十一）心脏手术后**

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

**所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。**

##### **（十二）慢性呼吸衰竭**

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆的呼吸功能衰竭，且诊断必须满足以下所有条件：

- (1) 第一秒末用力呼吸量（FEV1）小于1升；
- (2) 残气容积占肺总量（TLC）的50%以上；
- (3)  $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ，但 $\geq 50\text{mmHg}$ 。

##### **（十三）重症肺炎**

指肺炎已经引发了全身性的严重并发症，或对生命体征造成了威胁，符合美国传染病学会/美国胸科学会（IDSA/ATS）制定的标准，且至少需满足以下情形之一：

- (1) 需要气管插管进行机械通气：患者呼吸衰竭，无法自主呼吸，需要呼吸机支持；
- (2) 感染性休克需要血管活性药物维持：肺炎导致严重感染，引发血压急剧下降，即使充分补液后仍需使用升压药才能维持血压。

##### **（十四）慢性阻塞性肺疾病**

指一种常见的以持续性气流受限为特征的疾病，该病必须在保险人认可的医疗机构内由专科医生确诊，且诊断必须满足以下所有条件：

- (1) COPD 气流受限严重程度分级达到： $30\% \leq FEV1 < 50\%$ 预计值；
- (2) 残气容积占肺总量（TLC）的50%以上；
- (3)  $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ，且  $PaO_2 > 50\text{mmHg}$ 。

#### **疾病（十五）-（十六）为“骨骼关节疾病/损伤类”：**

### （十五）严重骨折

骨折是指因外伤导致骨的完整性和连续性中断，经医院专科医生明确诊断，须由 X 线平片、断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，且实际接受了为复位、固定而进行的手术治疗。

**严重骨折：限定为脊柱骨折/滑脱/脱位、髌部骨折、颅骨骨折、股骨骨折。**

### （十六）关节置换术

指一种通过外科手术将病变或损伤的关节替换为人工假体的治疗方法，旨在缓解疼痛、矫正畸形并恢复关节功能。

**必须在保险人认可的医院实际接受了髋关节、膝关节或踝关节置换术。**

## 七、住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。除另有约定外，不包括下列情况：

（一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（二）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗（但符合本附加合同约定的康复住院治疗费不受此限）；

（四）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（五）被保险人住院体检；

（六）挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

## 八、必需且合理

（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。

对是否医学必须由保险人根据客观、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。

## 九、康复住院治疗费

指接受住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。

包括**床位费**（释义十五）、**加床费**（释义十六）、**膳食费**（释义十七）、**护理费**（释义十八）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（释义十九）、**治疗费**（释义二十）、物理治疗、中医理疗、**药品费**（释义二十一）、**医疗器械使用费**、**手术费**（释义二十二）、**康复住院转运救护车使用费**（释义二十三）。

## 十、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗和大病医疗保障项目。

## 十一、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本附加合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费× $[1-(\text{保险单已经过天数}/\text{保险期间天数})]$ ×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本附加合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本附加合同的当期保险费× $[1-(\text{当期实际经过天数}/\text{当期实际天数})]$ ×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

退保手续费率由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

## 十二、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。

## 十三、ICD-10 与 ICD-O-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-O-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。

#### 十四、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分期采用现行的AJCC第八版定义标准，中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<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>: 侵犯喉、气管、食管、喉返神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>: 侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT<sub>x</sub>: 原发肿瘤不能评估

pT<sub>0</sub>: 无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>: 肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>: 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>: 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

pT<sub>4</sub>: 进展期病变

pT<sub>4a</sub>: 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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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。

#### 十五、床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（除另有约定外，不包括单人病房、套房、家庭病床）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

#### 十六、加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。陪床费的每日限额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

#### 十七、膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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用。膳食费应包含在医疗账单内。

#### 十八、护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据 2023 年中华人民共和国国家卫生健康委员会发布的《护理分级标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

#### 十九、检查检验费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的、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。

#### 二十、治疗费

指门诊、急诊或住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用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。

本项责任不包含物理治疗、中医疗理及其他特殊疗法或接受其他康复治疗。

物理治疗是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；

中医疗理是指以治疗疾病为目的，被保险人接受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；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

## 二十一、药品费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的必需且合理的、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。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

在保险期间内，保险人所承担被保险人国产或进口药品的赔付目录可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。

## 二十二、手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

## 二十三、康复住院转运救护车使用费

指以康复入出院为目的派出的救护车费用及根据医生建议发生的在医院转运过程中以康复入院为目的的医院用车费。在保险期间内，保险人所承担的单次康复住院转运救护车使用费上限可由投保人和保险人在投保时单独约定，并在保险单中载明。