

中意欣享世家医疗保险产品说明书

一、产品基本特征

1. 交费方式:	一次性付清
2. 投保年龄:	出生满30天至65周岁，可续保至100周岁。 被保险人年满71周岁后，不能选择投保本合同的“门急诊医疗保险金”责任。
3. 保险期间:	1年，每6年为一个保证续保期间
4. 保险责任:	<p>若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断并接受治疗的，我们将按照以下约定给付一般住院医疗保险金：</p> <p>(一) 住院医疗费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的住院医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们将按照本合同约定的给付比例给付一般住院医疗保险金。</p> <p>被保险人在本合同保险期间内开始住院治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，我们将继续承担因本次住院发生的一般住院医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天(含)。</p> <p>住院医疗费用包括：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 床位费；2. 膳食费、护理费；3. 重症监护室床位费；4. 检查化验费；5. 手术费、麻醉费、药品费、材料费、医疗机构拥有的医疗设备（不含耐用医疗设备）使用费；6. 治疗费、医生诊疗费、会诊费；7. 手术植入器材费；8. 西式理疗费：物理疗法、职业治疗、语言治疗费；9. 耐用医疗设备费；10. 住院陪床费；11. 住院前或住院期间转诊时发生的同城救护车使用费；12. 临终关怀费用。 <p>在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项给付限额为限。</p> <p>(二) 特定门诊医疗费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的特定门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们将按照本合同约定的给付比例给付一般住院医疗保险金。</p> <p>特定门诊治疗包括：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 门诊肾透析治疗；2. “恶性肿瘤——重度”（有关“恶性肿瘤——重度”，参照本合同第8.1条）治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；3. 器官移植后的门诊抗排异治疗。

	<p>(三) 门诊手术医疗费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的门诊手术医疗费用，在扣除约定的免赔额后我们将按照本合同约定的给付比例给付一般住院医疗保险金。</p> <p>(四) 住院前后门急诊医疗费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内因与该次住院相同原因实际发生的合理且必需的门急诊医疗费用（但不包括上述特定门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），在扣除约定的免赔额后我们将按照本合同约定的给付比例给付一般住院医疗保险金。</p> <p>(五) 外购药品、材料或器械费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人住院期间凭医生开具的处方到院外药店或医疗器械机构购买被保险人当前治疗所必需的相关药品、材料或医疗器械而发生的费用，在扣除约定的免赔额后我们将按照本合同约定的给付比例给付一般住院医疗保险金。</p> <p>外购药品、材料或器械费用必须同时满足以下条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 外购药品、材料或器械的处方符合中国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和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的外购药品、材料或器械； (2) 每次处方剂量不超过30日（含第30日）； (3) 外购药品需具有中国国家药品监督管理局核发的药品批准文号； (4) 外购医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号； (5) 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用； (6) 外购药品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。 <p>在本合同保险期间内，我们累计给付的一般住院医疗保险金以本合同约定的一般住院医疗保险金年度给付限额为限。</p>
重度疾病住院 医疗保险金	<p>若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 8 条约定保障范围及定义的重度疾病，我们将按照以下约定给付重度疾病住院医疗保险金：</p> <p>(一) 重度疾病住院医疗费用 若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第 8 条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病住院医疗费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。</p> <p>被保险人在本合同保险期间内开始住院治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次住院治疗且未续保的，我们将继续承担因本次住院发生的重度疾病住院医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后 30 天（含）。</p>

重度疾病住院医疗费用包括：

1. 床位费；
2. 膳食费、护理费；
3. 重症监护室床位费；
4. 检查化验费；
5. 手术费、麻醉费、药品费、材料费、医疗机构拥有的医疗设备（不含耐用医疗设备）使用费；
6. 治疗费、医生诊疗费、会诊费；
7. 手术植入器材费；
8. 西式理疗费：物理疗法、职业治疗、语言治疗费；
9. 耐用医疗设备费；
10. 住院陪床费；
11. 住院前或住院期间转诊时发生的同城救护车使用费；
12. 临终关怀费用。

在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项给付限额为限。

（二）重度疾病特定门诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第8条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受特定门诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病特定门诊医疗费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。

特定门诊治疗包括：

1. 门诊肾透析治疗；
2. 门诊“恶性肿瘤——重度”（有关“恶性肿瘤——重度”，参照本合同第8.1条）治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗。

（三）重度疾病门诊手术医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第8条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的重度疾病门诊手术医疗费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。

（四）重度疾病住院前后门急诊医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一项符合本合同第8条约定保障范围及定义的重度疾病，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内因与该次住院相同原因实际发生的合理且必需的重度疾病门急诊医疗费用（但不包括上述重度疾病特定门诊医疗费用和重度疾病门诊手术医疗费用），我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。

（五）质子重离子医疗费用

若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有符合本合同第8.1条约定保障范围及定义的“恶性肿瘤——重度”，并于特定医疗机构接受质子重离子治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的质子重离子医疗费用，我们将按照本

	<p>合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。</p> <p>质子重离子医疗费用指被保险人因接受质子、重离子放射治疗，而发生的定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。在本合同保险期间内，我们累计给付的金额以本合同约定的单项给付限额为限。</p> <p>(六) 外购药品、材料或器械费用</p> <p>若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因，经本合同约定的医院诊断必须接受住院治疗的，对于被保险人住院期间凭医生开具的处方到院外药店或医疗器械机构购买被保险人当前治疗所必需的相关药品、材料或医疗器械而发生的费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。</p> <p>外购药品、材料或器械费用必须同时满足以下条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 外购药品、材料或器械的处方符合中国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和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的外购药品、材料或器械； (2) 每次处方剂量不超过30日（含第30日）； (3) 外购药品需具有中国国家药品监督管理局核发的药品批准文号； (4) 外购医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号； (5) 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用； (6) 外购药品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。 <p>在本合同保险期间内，我们累计给付的重度疾病住院医疗保险金以本合同约定的重度疾病住院医疗保险金年度给付限额为限。</p>
特定药品费用 医疗保险金	<p>若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有任何一种符合本合同第8.1条约定保障范围及定义的“恶性肿瘤——重度”，对于被保险人治疗该“恶性肿瘤——重度”实际发生的、同时满足以下条件的特定药品费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付特定药品费用医疗保险金。</p> <p>特定药品费用须同时满足以下条件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 该药品处方由医院专科医生开具； 2. 该药品是被保险人当前治疗合理且必需的药品； 3. 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）； 4. 该药品是在医院或我们指定的药店购买的药品； 5. 在我们指定的药店购买药品时须符合本合同第3.3.5条约定。 <p>不满足上述条件的药品费用，我们不承担给付保险金的责任。</p> <p>若上述药品须在非就诊医院药房购买或领取，则您或受益人须作为申请人在购买或领取上述药品前按照本合同第3.3.5条约定的院外药店购买或领取药品流程进行药品申请、药品处方审核、药品购买或领取及申请慈善赠药。</p>

	<p>您或受益人根据本合同第3.3.5条约定流程获得药品的，对于我们已经向指定的药店直接结算并支付的上述药品费用，我们不再接受该部分费用的保险金给付申请。</p> <p>被保险人在本合同保险期间内开始接受“恶性肿瘤——重度”治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次治疗且未续保的，我们将继续承担因本次治疗发生的特定药品费用医疗保险金给付责任，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天（含）。</p>
恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金	<p>若被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生首次确诊患有符合本合同第8.1条约定保障范围及定义的“恶性肿瘤——重度”，对于被保险人在指定基因检测机构因治疗该“恶性肿瘤——重度”实际发生的合理且必需的恶性肿瘤——重度基因检测费用，我们将按照本合同约定的给付比例给付恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金。</p> <p>被保险人在本合同保险期间内开始上述治疗，到本合同保险期间届满日时仍未结束本次治疗的，我们将继续承担因本次治疗发生的恶性肿瘤——重度基因检测费用，但最长不超过本合同保险期间届满日后30天（含）。</p> <p>在本合同保险期间内，我们累计给付的恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金以本合同约定的恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金年度给付限额为限。</p>
门急诊医疗保 险金	<p>本项责任为可选责任，若您未选择，则我们不承担相应的保险责任。</p> <p>若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因经本合同约定的医院诊断必须接受门急诊治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的门急诊医疗费用，我们将按照本合同的约定给付门急诊医疗保险金。</p> <p>门急诊医疗费用包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 挂号费、医生诊疗费； 2. 治疗费； 3. 药品费； 4. 检查化验费； 5. 手术费； 6. 非正式住院的留院观察费； 7. 中式理疗费：顺势治疗、正骨治疗、针灸治疗； 8. 西式理疗费； 9. 耐用医疗设备费； 10. 中医（不含中式理疗）费； 11. 牙科意外伤害医疗费； 12. 临终关怀费用。 <p>在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项给付限额为限。</p> <p>在本合同保险期间内，我们累计给付的门急诊医疗保险金以本合同约定的门急诊医疗保险金年度给付限额为限。</p>

5. 给付限额:
在本合同保险期间内，我们对各项保险金的累计给付金额之和以本合同约定的年度给付限额为限。
6. 免赔额:
本合同中所指免赔额指被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。被保险人从工作单位、公益慈善机构，以及我们在内的任何商业保险机构等途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。 被保险人通过基本医疗保险、公费医疗和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。
7. 给付比例:
本合同约定的给付比例见附表。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的身份投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，给付比例为 60% × 约定的给付比例 。
若因公立医院中的特需部（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）及指定私立医院不支持以基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份就诊且结算的，无论是否经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿，对于被保险人实际发生的合理且必需的医疗费用扣除其已获得的医疗费用补偿后的余额，我们均按照本合同约定的给付比例给付。
质子重离子医疗费用无论是否经基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿，对于被保险人实际发生的合理且必需的医疗费用扣除其已获得的医疗费用补偿后的余额，我们均按照本合同约定的给付比例给付。
8. 保障计划:
本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
各保障计划对应的医院范围、给付限额、免赔额和给付比例见附表。
9. 责任免除:
因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付各项保险金的责任：
(1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
(2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
(3) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
(4) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
(5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
(6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，但本合同第8.31、8.35以及8.88条约定的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染不在责任免除范围内；
(7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
(8) 核爆炸、核辐射或核污染；
(9) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常，但本合同第8.36、8.70、8.81、8.82、8.84、8.98、8.105以及8.108条约定的遗传性疾病不在责任免除范围内；
(10) 被保险人进行潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

- (11) 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育、避孕、节育（含绝育），以及由以上原因引起的并发症或伤害；
- (12) 预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用与眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等各种康复性器具，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械，但由投保人和本公司约定的并在保险单中明确列明承保的除外；
- (13) 各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；
- (14) 一般身体检查、非意外伤害原因导致的牙齿治疗；
- (15) 在任何水疗院、疗养院等非本合同规定的医疗机构接受与疗养、特别护理、静养相关的服务或治疗；
- (16) 被保险人未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示内容使用非处方药物或有毒物质，或未经医生处方自行购买的药品；
- (17) 未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症；
- (18) 被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；
- (19) 基因疗法和细胞免疫疗法，但本合同2.4.3中指定的药品不在责任免除范围内；
- (20) 被保险人接受试验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗。

10. 等待期：

自您为被保险人首次投保或者非连续投保本产品的合同生效日起30天内（含第30天）的期间为等待期。

若被保险人在等待期内确诊患有任何一项符合本合同第8条约定保障范围及定义的重度疾病，我们向您无息退还保险费，本合同效力终止。

若被保险人在等待期内确诊除本合同第8条约定保障范围及定义的重度疾病以外的疾病并接受治疗，无论治疗是否延续至等待期后，对于因该疾病而导致的医疗费用，我们均不承担保险责任，但本合同继续有效。

以下情形无等待期：

- (1) 因意外伤害事故引起的保险事故；
- (2) 您为被保险人续保本合同。

二、保单预期利益演示

意先生，30周岁，在2026年1月1日以参加基本医疗保险的身份首次购买中意欣享世家医疗保险，仅投保必选责任，选择保障计划二，0免赔额，给付比例为100%，保险期间1年，首年的一次性付清保险费1,269元，年度给付限额为4,000,000元。意先生之后各保单期间应缴纳的保险费举例如下（单位：元）：

保险期间开始日	保险期间序号	年龄	当年保险费(单位:元)	累计保险费(单位:元)
2026-1-1	1	30	1,269	1,269
2027-1-1	2	31	1,968	3,237
2028-1-1	3	32	1,968	5,205
2029-1-1	4	33	1,968	7,173
2030-1-1	5	34	1,968	9,141
2031-1-1	6	35	1,968	11,109

意先生在保险期间内享有的保险利益如下：

保险责任	给付限额(单位:元)	免赔额(单位:元)	给付比例
一般住院医疗保险金	年度给付限额: 2,000,000	0	100%
重度疾病住院医疗保险金	年度给付限额: 4,000,000	0	100%
特定药品费用医疗保险金	年度给付限额: 4,000,000	0	100%
恶性肿瘤——重度 基因检测费用保险金	年度给付限额: 1,500	0	100%

注：本利益演示仅供参考，具体内容以《中意欣享世家医疗保险条款》为准。

三、犹豫期及退保

自投保人签收合同的次日起，有15日的犹豫期。在此期间，请投保人仔细阅读合同，如果投保人认为合同与投保人的需求不相符，投保人可以在犹豫期结束前解除合同，我们将在扣除不超过10元的工本费后无息退还投保人所支付的保险费。解除合同时，投保人需要填写申请书，并提供投保人的保险合同及有效身份证件。自我们收到解除合同申请书时起，合同即被解除，我们自合同生效日起不承担保险责任。

如投保人在犹豫期后申请解除合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

(1) 保险合同；(2) 投保人的有效身份证件。自我们收到解除合同申请书时起，合同效力终止。当投保人申请解除本合同时，若合同尚未发生保险金给付，我们自收到解除合同申请书之日起30日内向投保人退还未满期净保险费。若合同已发生保险金给付，我们不退还未满期净保险费。投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

附表：

中意欣享世家医疗保险保障计划表

(以下金额均以人民币计算，单位为元)

1. 必选责任：

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
医院范围	二级以上(含二级)公立医院普通部	一般住院医疗保险金：二级以上(含二级)公立医院普通部 重度疾病住院医疗保险金：二级以上(含二级)公立医院普通部、特需部(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)	二级以上(含二级)公立医院普通部、特需部(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)	二级以上(含二级)公立医院普通部、特需部(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)及指定私立医院
必选责任年度给付限额	100 万	400 万	400 万	400 万
给付比例	可选择 100%给付比例、80%给付比例或 50%给付比例			
一、一般住院医疗保险金				
一般住院医疗保险金年度给付限额	100 万	200 万	200 万	200 万
一般住院医疗保险金年度免赔额	可选择 0 免赔额、5000 元免赔额或 1 万元免赔额	可选择 0 免赔额、5000 元免赔额或 1 万元免赔额	可选择 0 免赔额、5000 元免赔额或 1 万元免赔额	可选择 0 免赔额、5000 元免赔额或 1 万元免赔额
床位费	无单项年度 给付限额 不含单人病房、套房、家庭病床、特需病房	无单项年度 给付限额 不含单人病房、套房、家庭病床、特需病房	日限额 1500 元	日限额 1500 元
膳食费、护理费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
重症监护室床位费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
检查化验费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
手术费、麻醉费、药品费、材料费、医疗机构拥有的医疗设备(不含耐用医疗设备)使用费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
治疗费、医生诊疗费、会诊费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
手术植入器材费	年限额 2 万元	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
西式理疗费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
耐用医疗设备费	不保障	年限额 2 万元	年限额 2 万元	年限额 2 万元
住院陪床费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	日限额 600 元	日限额 600 元
同城救护车使用费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
临终关怀费用	不保障	限 30 天	限 30 天	限 30 天
特定门诊医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
门诊手术医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
住院前后门急诊医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
外购药品、材料或器械费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额

二、重度疾病住院医疗保险金

重度疾病住院医疗保险金年度给付限额	100 万	400 万	400 万	400 万
质子重离子医疗费用年度给付限额	35 万	35 万	35 万	35 万
重度疾病住院医疗保险金年度免赔额	无	无	无	无
床位费	无单项年度 给付限额 不含单人病房、套房、家庭病床、特需病房	日限额 1200 元	日限额 1500 元	日限额 1500 元
膳食费、护理费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
重症监护室床位费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
检查化验费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
手术费、麻醉费、药品费、材料费、医疗机构拥有的医疗设备(不含耐用医疗	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
设备) 使用费				
治疗费、医生诊疗费、会诊费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
手术植入器材费	年限额 2 万元	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
西式理疗费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
耐用医疗设备费	不保障	年限额 2 万元	年限额 2 万元	年限额 2 万元
住院陪床费	无单项年度 给付限额	日限额 600 元	日限额 600 元	日限额 600 元
同城救护车使用费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
临终关怀费用	不保障	限 30 天	限 30 天	限 30 天
重度疾病特定门诊医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
重度疾病门诊手术医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
重度疾病住院前后门急诊医疗费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
外购药品、材料或器械费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
三、特定药品费用医疗保险金				
特定药品费用医疗保险金年度给付限额	100 万	400 万	400 万	400 万
特定药品费用医疗保险金年度免赔额	无	无	无	无
四、恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金				
恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金年度给付限额	1500 元	1500 元	3000 元	3000 元
恶性肿瘤——重度基因检测费用保险金年度免赔额	无	无	无	无

2. 可选责任

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
医院范围	二级以上（含二级）公立医院普通部		二级以上（含二级）公立医院普通部、特需部（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）	二级以上（含二级）公立医院普通部、特需部（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）及指定私立医院
可选责任年度给付限额	1 万	2 万	2 万	3.5 万
次免赔额*	可选择 0 免赔额或 500 元免赔额	可选择 0 免赔额或 500 元免赔额	可选择 0 免赔额或 1000 元免赔额	可选择 0 免赔额或 1000 元免赔额
给付比例	可选择 100% 给付比例、80% 给付比例或 50% 给付比例			
挂号费、医生诊疗费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	次限额 800 元	次限额 800 元
治疗费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
药品费	无单项年度 给付限额	年限额 1 万元	年限额 2 万元	年限额 3 万元
检查化验费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
手术费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
非正式住院的留院观察 费用	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
中式理疗费	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 1000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限 额 1000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限 额 2000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限额 2000 元
西式理疗费	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 2000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限 额 2000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限 额 4000 元	限 10 次，单次限额 500 元，累计年度限额 4000 元
耐用医疗设备费	不保障	不保障	与必选责任对应费 用合计年度限额 2 万元	与必选责任对应费用 合计年度限额 2 万元
中医（不含中式理疗）费	限 10 次，累计年度 限额 1000 元	限 10 次，累计年度限 额 1000 元	限 15 次，累计年度 限额 2000 元	限 15 次，累计年度限额 2000 元
牙科意外伤害医疗费	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额
临终关怀费用	不保障	不保障	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额

* 同一天同一医院同一科室就诊视为一次。