

泰康在线财产保险股份有限公司

附加特定医疗保险 D 款（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于《泰康在线财产保险股份有限公司重大疾病保险 F 款（互联网专属）》保险合同（以下简称“主险合同”）。
- 本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、**合法有效（见 8.1）**的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的组成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。
- 本附加险合同自我们同意承保、按本附加险合同约定收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。
- 本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。
- 1.3 合同约定事项** 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

2 我们保什么、保多久

- 2.1 投保条件** 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本附加险合同生效日起 **90 日（含）** 为等待期。
- 被保险人在等待期内发生保险事故的，无论治疗是否延续到等待期后，我们均不承担赔偿因该保险事故导致的任何保险金的责任，但本附加险合同继续有效。
- 您为被保险人续保本保险的无等待期。
- 2.3 保险责任** 本附加险合同的保险责任包含“恶性肿瘤特定药品费用保险金”、“特定医疗器械（见 8.2）费用保险金”和“慢病药品费用保险金”三项责任。
- 恶性肿瘤特定药品费用保险金** 在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后在**医院（见 8.3）**经**专科医生（见 8.4）**初次确诊（见 8.5）罹患本附加险合同所定义的“**恶性肿瘤**”（见 8.6）（无论一种或者多种）且必须接受相关治疗的，对于被保

险人因治疗该恶性肿瘤所支出的必需且合理（见 8.7）的且同时满足以下条件的特定药品（见 8.8）费用，我们按本附加险合同约定的恶性肿瘤特定药品费用保险金赔偿比例赔偿恶性肿瘤特定药品费用保险金。赔偿特定药品费用须同时满足以下条件：

（一）该特定药品须由医院专科医生开具处方（见 8.9）、且为被保险人当前治疗必需的药品；

（二）每次特定药品处方仅限治疗保险期间内且在等待期后初次确诊的“恶性肿瘤”；

（三）每次特定药品处方剂量不超过一个月；

（四）该特定药品属于我们约定的药品清单（见 8.10）中的药品；

（五）被保险人购买特定药品须在医院或我们的指定药店（见 8.11），若在我们的指定药店购买，须符合本附加险合同“4.4 恶性肿瘤特定药品用药流程”的约定。

恶性肿瘤特定药品费用保险金赔偿比例：

（一）社保目录内特定药品费用赔偿比例

被保险人以参加社会基本医疗保险（见 8.12）或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 100%；

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 60%；

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，赔偿比例为 100%。

（二）社保目录外特定药品费用赔偿比例

无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔偿比例均为 100%。

截至本附加险合同保险期间届满时，若被保险人该恶性肿瘤治疗仍未结束或者发生恶性肿瘤转移，且被保险人初次确诊恶性肿瘤的日期发生在本附加险合同等待期后，对于自被保险人初次确诊之日起 365 天内（含第 365 天）发生的符合本附加险合同约定的特定药品费用，我们仍按照本附加险合同保险责任约定在恶性肿瘤特定药品费用保险金额内承担赔偿保险金的责任。

我们对于恶性肿瘤特定药品费用保险金的累计赔偿金额以本附加险合同约定的恶性肿瘤特定药品费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的恶性肿瘤特定药品费用保险金额时，本项保险责任终止。

特定医疗器械费用 保险金

在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本附加险合同约定的特定疾病（见 8.13），对治疗该疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的特定医疗器械费用，我们按本附加险合同约定的特定医疗器械费用保险金赔偿比例赔偿特定医疗器械费用保险金。

赔偿特定医疗器械费用须同时满足以下条件：

（1）特定医疗器械须由医院专科医生建议，且为被保险人当前治疗必需且

合理的器械；

- (2) 该特定医疗器械必需为《特定医疗器械及适用疾病清单》（见 8.14）中所列器械，且须符合《特定医疗器械及适用疾病清单》中所示的使用条件。

对于不满足上述条件的特定医疗器械费用，我们不承担赔偿特定医疗器械费用保险金的责任。本项保险责任仅承担特定医疗器械本身的费用，不承担因使用特定医疗器械而产生的住院医疗费用等其他费用。

特定医疗器械费用保险金赔偿比例：

（一）社保目录内特定医疗器械费用赔偿比例

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 100%；

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为 60%；

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，赔偿比例为 100%。

（二）社保目录外特定医疗器械费用赔偿比例

无论被保险人是否以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，赔偿比例均为 100%。

截至本附加险合同保险期间届满时，若被保险人该特定疾病治疗仍未结束的，且被保险人初次确诊特定疾病的日期发生在本附加险合同等待期后，自被保险人初次确诊之日起 365 天内（含第 365 天）发生的符合本附加险合同约定的特定医疗器械费用，我们仍按照本附加险合同保险责任约定在特定医疗器械费用保险金额内承担赔偿责任。

我们对于特定医疗器械费用保险金的累计赔偿金额以本附加险合同约定的特定医疗器械费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的特定医疗器械费用保险金额时，本项保险责任终止。

慢病药品费用保险金

在本附加险合同保险期间内，被保险人在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本附加险合同约定的慢性疾病（见 8.15），对治疗该慢性疾病实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的慢病药品费用，我们按本附加险合同约定的慢病药品费用保险金赔偿比例赔偿慢病药品费用保险金。

赔偿慢病药品费用须同时满足以下条件：

（一）该慢病药品须由医院专科医生开具处方、且为被保险人当前治疗必需的药品；

（二）每次慢病药品处方剂量不超过一个月；

（三）该慢病药品属于我们约定的《特定慢病药品及慢性疾病清单》（见 8.16）中的药品；

（四）被保险人购买特定药品须在我们的指定平台（见 8.17）。

我们对于慢病药品费用保险金的累计赔偿金额以本附加险合同约定的慢病药品费用保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到保险单载明的慢病

药品费用保险金额时，本项保险责任终止。

2.4 保险金额

保险金额是我们承担赔偿责任保险金责任的最高限额。

恶性肿瘤特定药品费用保险金额、特定医疗器械费用保险金额和慢病药品费用保险金额由您和我们协商确定，并在保险单中载明。我们对被保险人在保险期间的每项保险责任赔偿金额不超过本附加险合同保险单载明的该项责任的保险金额。

2.5 犹豫期

自本附加险合同生效之日起 15 日（含第 15 日）为犹豫期。您在此期间提出解除本附加险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。

自我们收到您解除合同的申请时起，本附加险合同即被解除，我们自始不承担保险责任。

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，我们将向您退还本附加险合同的未满期保险费（见 8.18）。

2.6 补偿原则

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、公费医疗、工作单位、慈善机构（见 8.19）、我们在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内医疗费用补偿，我们仅对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赔偿。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。

2.7 保险期间

除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

2.8 不保证续保

本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为 1 年。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

3 我们不保什么

3.1 责任免除

对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用，我们不承担赔偿保险金的责任：

（1）被保险人在投保前所患的既往症（见 8.20），但投保时我们认可的除外；

（2）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病（见 8.21），先天性畸形、变形或染色体异常（见 8.22）（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）（见 8.23）为准；

（3）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

（4）被保险人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或服刑期间伤病；

（5）被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见 8.24），违反规定使用麻醉或精神药品；

（6）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物。

因以下任何情形而发生的恶性肿瘤特定药品费用，我们均不承担赔偿恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任：

- （1）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本附加险合同定义的恶性肿瘤的治疗；
- （2）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；
- （3）特定药品处方的开具与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不符；
- （4）相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的恶性肿瘤治疗有效；
- （5）进行未经中国国家药品监督管理局认可的试验性或者研究性治疗；
- （6）在中国大陆境外（见 8.25）的国家或地区接受治疗。

因以下任何情形而发生的特定医疗器械费用，我们均不承担赔偿特定医疗器械费用保险金的责任：

- （1）特定医疗器械的开具与《特定医疗器械及适用疾病清单》所列明的适用疾病种类、使用条件不符；
- （2）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是《特定医疗器械及适用疾病清单》中的适用疾病。

因以下任何情形而发生的慢病药品费用，我们均不承担赔偿慢病药品费用保险金的责任：

- （1）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；
- （2）慢病药品处方的开具与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不符；
- （3）进行未经中国国家药品监督管理局认可的试验性或者研究性治疗；
- （4）在中国大陆境外的国家或地区接受治疗。

4 如何领取保险金

4.1 受益人

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

4.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后，应当及时通知我们，我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在 1 个工作日内一次性给予理赔指导。

如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担赔偿或给付保险金责任，但我们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。

被保险人应在本附加险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在急诊就诊后的 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。

4.3 恶性肿瘤特定药品费用保险金申请

保险金申请人（见 8.26）向我们申请赔偿恶性肿瘤特定药品费用保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的**有效身份证件**（见 8.27）；
- (3) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历或出院记录等）；
- (4) 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；
- (5) 由医院专科医生出具的用于治疗该恶性肿瘤的药品处方；
- (6) 若被保险人未从其他途径获得药品费用补偿，需提供我们的指定药店出具的药品费用发票原件、药品费用清单；
若被保险人已从其他途径获得药品费用补偿，需提供药品费用清单、药品费用发票复印件、药品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、我们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药品费用补偿的证明）；
- (7) 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；
- (8) 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，并提供监护人的身份证明等资料。

我们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，将及时一次性通知您、保险金申请人补充提供。

保险金申请人在特定药品购药申请中已提交的材料在保险金申请时无需再次提交。

被保险人的恶性肿瘤特定药品费用由我们的指定药店垫付的，保险金申请人应将申请和受领恶性肿瘤特定药品费用保险金的权利转让给我们的指定药店，由我们与我们的指定药店直接结算恶性肿瘤院外特定药品费用，我们不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

4.4 恶性肿瘤特定药品用药流程

如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在我们的指定药店购买药品，由保险金申请人作为用药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和药店直付用药：

- （一）购药申请：

保险金申请人按照我们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、医院专科医生初次确诊被保险人罹患本附加险合同所定义的“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。

（二）药品处方审核：

购药申请提交后，我们将进行药品处方审核。对于药品处方审核中的**特殊情况（见 8.28）**，我们有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

药品处方审核主要包括以下两方面：

1、根据经中国国家药品监督管理局批准上市的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量及被保险人的基因检测指标审核药品处方；

2、根据被保险人的疾病状况审核被保险人是否对申请的特定药品已经**耐药（见 8.29）**。

如果药品处方审核未通过，我们不承担赔偿恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金责任。

（三）院外药店直付用药流程：

药品处方审核通过后，保险金申请人应凭药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如果被保险人不拥有社会基本医疗保险身份则无需提供社会保障卡）到我们的指定药店购买特定药品。

在部分指定药店，对于属于保险责任的部分特定药品费用，可由我们与指定药店直接结算，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的特定药品费用。

4.5 特定医疗器械费用 保险金申请

保险金申请人向我们申请特定医疗器械费用保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿特定医疗器械费用保险金的责任。**

（1）理赔申请书；

（2）保险金申请人的有效身份证件；

（3）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、器械缴费清单；

（4）若被保险人未从其他途径获得特定医疗器械费用补偿，需提供医院出具的器械缴费清单；

若被保险人已从其他途径获得特定医疗器械费用补偿，需提供器械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、我们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

药品费用补偿的证明)；

(5) 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；

(6) 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。

我们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，将及时一次性通知您、保险金申请人补充提供。

4.6 慢病药品费用保险金申请

保险金申请人向我们申请赔偿慢病药品费用保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

(1) 理赔申请书；

(2) 保险金申请人的有效身份证件；

(3) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历或出院记录等）；

(4) 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；

(5) 由医院专科医生出具的用于治疗该慢病的药品处方；

(6) 若被保险人未从其他途径获得药品费用补偿，需提供我们的指定药店出具的药品费用发票原件、药品费用清单；

若被保险人已从其他途径获得药品费用补偿，需提供药品费用清单、药品费用发票复印件、药品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、我们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药品费用补偿的证明）；

(7) 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；

(8) 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。

我们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，将及时一次性通知您、保险金申请人补充提供。

保险金申请人在慢病药品购药申请中已提交的材料在保险金申请时无需再次提交。

被保险人的慢病药品费用由我们的指定平台垫付的，保险金申请人应将申

请和受领慢病药品费用保险金的权利转让给我们的指定药店平台，由我们与我们的指定平台直接结算慢病药品费用，我们不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

慢病药品购药申请 流程

如果被保险人根据医院专科医生开具的药品处方在我们的指定平台购买药品，由保险金申请人作为用药流程的申请人，按照以下流程进行购药申请、药品处方审核和药店直付用药：

（一）购药申请：

保险金申请人按照我们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、医院专科医生初次确诊本附加险合同约定的《特定慢病药品及慢性疾病清单》中所列的一种或多种慢性疾病的诊断证明（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。

（二）药品处方审核：

购药申请提交后，我们将进行药品处方审核。对于药品处方审核中的特殊情况，我们有权要求保险金申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

药品处方审核主要包括以下两方面：

根据经中国国家药品监督管理局批准上市的该药品说明书（以药品处方开具时最新版本为准）所列明的适应症、用法、用量审核药品处方；

如果药品处方审核未通过，我们不承担赔偿慢病药品费用保险金责任。

（三）药品配送和直付用药流程：

药品处方审核通过后，保险金申请人在指定平台填写配送地址信息后，指定平台会直接配送药品。

被保险人的慢病药品费用将由我们的指定平台垫付，保险金申请人应将申请和受领慢病药品费用保险金的权利转让给我们的指定药店平台，由我们与我们的指定平台直接结算慢病药品费用，我们不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的慢病药品费用。

4.8 保险金赔偿

我们收到保险金申请人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在 5 个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在 30 日内作出核定。

我们应当将核定结果在 1 个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。本附加险合同对赔偿保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

我们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在 1 个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

我们自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予

赔偿；我们最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

4.9 诉讼时效

保险金申请人向我们请求赔偿或给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选计划确定。您须按本附加险合同约定支付保险费。**您未按条款约定交清保险费的，本附加险合同不生效，对于本附加险合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。**本附加险合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在投保时一次性交清保险费。

若您选择分期支付保险费的，在交清首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日（见 8.30）交纳其余各期对应月份的保险费。若您未按约定交纳其余各期对应月份的保险费，我们允许您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）补交保险费，如果被保险人在此 30 日内发生保险事故，我们仍按照合同约定给付保险金，但需扣减欠交的保险费。

若您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）未补交保险费，本附加险合同自上述期限届满之日的 24 时效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，我们不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，经您申请并经我们同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。

6 如何退保

6.1 您解除合同的手续及风险

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。

如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。

保险责任开始前，您要求解除本附加险合同的，我们应当无息全额退还您已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本附加险合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本附加险合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未满期保险费。**若本附加险合同已发生保险金赔偿，未满期保险费为零。**

您在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

7 需关注的其他内容

7.1 投保条件

您和被保险人必须符合以下条件：

投保人条件

凡年满 18 周岁（见 8.31），具有完全民事行为能力且在本附加险合同订立时对被保险人具有保险利益的人，均可作为本附加险合同的投保人。

被保险人条件

凡投保时身体健康，年龄为 0 周岁（含出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 100 周岁（含 100 周岁）的自然人，均可作为本附加险合同的被保险人。首次投保或非续保时须为 0 周岁（含出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 70 周岁（含 70 周岁）的身体健康的自然人。

7.2 明确说明与如实告知

本附加险合同成立后，我们应当及时向您签发保险单或其他保险凭证。

订立本附加险合同时，我们应当向您说明本附加险合同的内容。对本附加险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔偿或给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本附加险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在本附加险合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担赔偿或给付保险金的责任。

7.3 年龄错误

年龄的计算及年龄错误的处理：

（一）被保险人的投保年龄按周岁计算；

（二）您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本附加险合同，并向您退还本附加险合同的未满期保险费。

（2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在赔偿保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔偿。

（3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费，我们会将多收的保险费无息退还给您。

7.4 合同内容变更

在本附加险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本附加险合同的有关内容。变更本附加险合同的，应当由我们在电子保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本附加险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

7.5 争议处理

因履行本附加险合同发生的争议，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，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

与本附加险合同有关的以及履行本附加险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）。

7.6 保险事故鉴定

如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

8 释义

8.1 合法有效

本附加险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、法规、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

8.2 特定医疗器械

指对安全性有严格要求、价格相对较高的、接受手术过程中由医生植入体内的或其他治疗的过程中直接作用于人体的医用器械耗材。

8.3 医院

指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及我们扩展承保的医院普通部，**但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或我们不予承保的医院。**同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

8.4 专科医生

应当同时满足以下四项资格条件：

（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（2）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；

（3）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》；

（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临

床工作三年以上。

8.5 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，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

8.6 恶性肿瘤

本附加险合同所定义的恶性肿瘤指恶性肿瘤——重度、恶性肿瘤——轻度及原位癌。其中：

（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**（见 8.32）（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）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（见 8.33））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（见 8.34）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 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）恶性肿瘤——轻度：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（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）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）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

（2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

（3）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；

（4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

病；

（5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（6）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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

（三）原位癌：指恶性细胞局限于上皮内但尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

8.7 必需且合理

1、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。

是否符合通常惯例由我们根据客观、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。

2、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。

是否符合医学必需由我们根据客观、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。

8.8 特定药品

指本附加险合同期满日前经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。

8.9 处方

指由注册的执业医师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。

8.10 约定的药品清单

我们在承保时与您约定并在保险单载明的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。我们保留对药品清单做出调整的权利，对于调整后的药品清单，我们将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

8.11 指定药店

指我们授权的第三方服务商提供的药店，具体以我们提供并在保险单上载明的名单为准。我们保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利，调整后的指定药店名单将在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）进行公示。我们指定的药店同时满足以下条件：

（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。

8.12 社会基本医疗保险 本附加险合同所称的社会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障项目。

8.13 特定疾病

本附加险合同所定义的特定疾病的名称及定义如下：

(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（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）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）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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 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) 重度主动脉瓣狭窄：指因主动脉瓣纤维化和钙化引起的跨主动脉瓣血流梗阻，主动脉瓣口面积<1.0 cm²，且已经导致或可能导致心力衰竭等症状。

(三) 经皮房颤射频消融系统：指一种室上性快速性心律失常，伴有不协调的心房电激动和无效的心房收缩，其心电图特征包括不规则的 RR 间歇。根据持续时间的长短区分为阵发性（7 天内自行终止）或持续性（超过 7 天或需要治疗干预方可终止）。

(四) 药物难治性癫痫：癫痫患者若经 2 年以上正规抗癫痫治疗，接受两种可耐受的、选择合理且应用过去的抗癫痫治疗方案（无论是单药或联合治疗）后仍无效且影响日常生活，称为药物难治性癫痫。

(五) 帕金森氏症：指一种常见的中老年神经系统退行性疾病，主要以黑质多巴胺能神经元进行性退变和路易小体形成的病理变化，纹状体区多巴胺递质降低、多巴胺与乙酰胆碱递质失衡的生化改变，震颤、肌强直、

动作迟缓、姿势平衡障碍的运动症状和睡眠障碍、嗅觉障碍、自主神经功能障碍、认知和精神障碍等非运动症状的临床表现为显著特征。

本附加险合同定义的“帕金森氏病”包含原发性帕金森氏病，或者遗传性帕金森氏病、各种基因型帕金森氏病。

（六）颅内动脉瘤：指颅内动脉血管由于损伤等因素导致的局部血管壁损害，在血流动力学负荷和其他因素作用下，逐渐扩张形成的异常膨出，且已经导致或可能导致颅内出血。

（七）急性缺血性脑卒中：指由于颅内的供血动脉（颈动脉、颅内动脉、椎动脉、基底动脉等）发生堵塞或严重狭窄，且已经导致或可能导致脑血流灌注下降、缺血、缺氧、血管供血区脑组织死亡。

（八）糖尿病：是一组因胰岛素绝对或相对分泌不足和（或）胰岛素利用障碍引起的以高血糖为主要特征的代谢紊乱性疾病。

其中，1型糖尿病是由胰岛β细胞破坏引起胰岛素绝对缺乏所致，具有酮症倾向，患者需要终生依赖胰岛素治疗维持生命；

2型糖尿病是由胰岛素抵抗和胰岛素分泌相对不足引起的。

糖尿病的诊断标准：

（1）具有典型糖尿病症状：烦渴多饮、多尿、多食、不明原因体重下降；

（2）满足以下任一条件：空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 、随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 、OGTT 2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 、HbA1c $\geq 6.5\%$ 。

无糖尿病典型症状者，需改日复查确认。

（九）糖尿病足：指糖尿病患者因下肢远端神经异常和不同程度的周围血管病变引起的足部感染、溃疡和（或）深层组织破坏。

（十）特发性正常压力脑积水：指以步态障碍、认知功能减退和尿失禁三联征为临床表现，病情表现为不同程度的进行性发展，影像学检查具有脑室扩大，脑脊液压力测定在 70~200 mmH₂O，且无明确病因的一组临床综合征。

（十一）神经源性膀胱：指由于神经系统病变导致膀胱和/或尿道功能障碍（即储尿和/或排尿功能障碍），进而产生一系列下尿路症状及并发症的疾病总称。

（十二）膀胱过度活跃症：指尿急尿频为主要表现的症状群，常常伴尿频和夜尿，伴或不伴有急迫性尿失禁，同时无尿路感染及其他病理表现。

（十三）非机械性尿潴留：指膀胱内充满尿液而不能自行排出。非梗阻性尿潴留是指膀胱和尿道没有明显病变，尿潴留是由神经或肌肉性因素导致排尿功能障碍引起，如糖尿病、周围神经疾病、脊髓损伤、盆腔手术等。

（十四）慢性大便失禁：指粪便及气体不能随意控制，不自主地流出

肛门外，为排便功能紊乱的一种慢性症状。

- 8.14 《特定医疗器械及适用疾病清单》** 我们在承保时与您约定并载明于保险单的属于保险责任的符合保险保障计划的特定医疗器械与对应适用疾病清单。**我们保留对清单中特定医疗器械做出调整的权利，对于调整后的特定医疗器械清单，我们将会**在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。
- 8.15 约定的慢性疾病** 本附加险合同约定的慢性疾病包含高血压、高脂血症、冠心病、糖尿病，定义如下：
- （一）高血压：指以体循环动脉血压（收缩压和/或舒张压）增高为主要特征（收缩压 ≥ 140 毫米汞柱，舒张压 ≥ 90 毫米汞柱）的临床综合征。
- （二）高脂血症：是高脂蛋白血症的简称，指血浆胆固醇（TC）升高、三酰甘油（TG）升高或者两者同时升高。
- （三）冠心病：是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，指冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变而引起血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病。
- （四）糖尿病：见 8.13。
- 8.16 《特定慢病药品及慢性疾病清单》** 我们在承保时与您约定并载明于保险单的属于保险责任的符合保险保障计划的特定慢病药品与对应适用疾病清单。**我们保留对清单中特定慢病药品做出调整的权利，对于调整后的特定慢病药品清单，我们将会**在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。
- 8.17 指定平台** 我们为被保险人提供的购买慢病药品的指定入口，具体指定平台在保险单中载明。保险期间内我们保留对指定平台调整的权利，指定平台的变更我们将在泰康在线官网公示并通知。
- 8.18 未到期保险费** 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，由我们退还的那部分金额。
- 犹豫期内退保的，未到期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
- $$\text{未到期保险费} = \text{您已交纳保险费} \times [1 - (\text{保险单已生效天数} / \text{保险期间天数})]$$
- 若保险费为分期支付的：
- $$\text{未到期保险费} = \text{您已交纳当期保险费} \times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期总天数})]$$
- 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赔偿或给付，未到期保险费为零。**
- 8.19 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。
- 8.20 既往症** 指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

8.21 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。
8.22 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。
8.23 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。
8.24 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。
8.25 中国大陆境外	指中华人民共和国领土之外的国家或地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
8.26 保险金申请人	指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。
8.27 有效身份证件	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。
8.28 特殊情况	药品处方审核中的特殊情况主要包括： （1）申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方审核； （2）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。
8.29 耐药	指以下两种情况之一：实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。
8.30 保险费约定支付日	指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2022 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2022 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2023 年 5 月 1 日。
8.31 周岁	指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，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。
8.32 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。

8.33 ICD-O-3

《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-O-3 不一致的情况,以ICD-O-3 为准。

8.34 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。