

# 中意尊享世家医疗保险 产品说明书

## 一、 产品基本特征

<b>1. 交费方式：</b> 一次性付清	
<b>2. 投保年龄：</b> 指您投保时被保险人的年龄，年龄以周岁计算。 本合同接受的投保年龄为出生满30天至65周岁。若您在被保险人66周岁至100周岁期间投保本产品，需要满足以下两个条件： (1) 非首次投保； (2) 您需在上一个保险期间届满前提出重新投保申请。 <b>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。</b>	
<b>3. 保险期间：</b> 本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年。	
<b>4. 保险责任：</b> 在本合同保险期间内，我们承担如下保险责任	
<b>一般住院医疗保险金</b>	<p>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重新投保的，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"><li>1. 床位费；</li><li>2. 膳食费、护理费；</li><li>3. 重症监护室床位费；</li><li>4. 检查化验费；</li><li>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；</li><li>6. 治疗费、医生诊疗费、会诊费；</li><li>7. 手术植入器材费；</li><li>8. 西式理疗费：物理疗法、职业治疗、语言治疗费；</li><li>9. 耐用医疗设备费；</li><li>10. 住院陪床费；</li><li>11. 住院前或住院期间转诊时发生的同城救护车使用费；</li><li>12. 临终关怀费用。</li></ol> <p>以上药品费指在住院期间以及出院日由医生处方开具的药品费用，且其用量以出院日起 120 天为限。</p> <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</p>

	<p>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"> <li>1. 门诊肾透析治疗；</li> <li>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；</li> <li>3. 器官移植后的门诊抗排异治疗。</li> </ol> <p>（三）门诊手术医疗费用</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</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>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>
<p><b>重度疾病住院医疗保险金</b></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专科医生首次确诊患有任一项符合本合同第 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</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专科医生首次确诊患有任一项符合本合同第 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重新投保的，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> <p>重度疾病住院医疗费用包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 床位费；</li> <li>2. 膳食费、护理费；</li> <li>3. 重症监护室床位费；</li> <li>4. 检查化验费；</li> <li>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；</li> <li>6. 治疗费、医生诊疗费、会诊费；</li> <li>7. 手术植入器材费；</li> <li>8. 西式理疗费：物理疗法、职业治疗、语言治疗费；</li> <li>9. 耐用医疗设备费；</li> </ol>

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。

以上药品费指在住院期间以及出院日由医生处方开具的药品费用，且其用量以出院日起120天为限。

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，我们将按照本合同约定的给付比例给付重度疾病住院医疗保险金。

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

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，我们累计给付的重度疾病住院医疗保险金以本合同约定的重度疾

<p>特定药品费用医疗保险金</p>	<p>病住院医疗保险金年度给付限额为限。</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"> <li>1. 该药品处方由医院专科医生开具；</li> <li>2. 该药品是被保险人当前治疗合理且必需的药品；</li> <li>3. 每次的处方剂量不超过1个月；</li> <li>4. 该药品是在医院或我们指定的药店购买的药品；</li> <li>5. 在我们指定的药店购买药品时须符合本合同第3.3.4条约定。</li> </ol> <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3.3.4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3.3.4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重新投保的，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>
<p>门急诊医疗保险金</p>	<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>门急诊住院医疗费用包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 挂号费、医生诊疗费；</li> <li>2. 治疗费；</li> <li>3. 药品费；</li> <li>4. 检查化验费；</li> <li>5. 手术费；</li> <li>6. 非正式住院的留院观察费；</li> <li>7. 中式理疗费：顺势治疗、正骨治疗、针灸治疗；</li> <li>8. 西式理疗费；</li> <li>9. 耐用医疗设备费；</li> <li>10. 中医（不含中式理疗）费；</li> <li>11. 牙科意外伤害医疗费；</li> <li>12. 临终关怀费用。</li> </ol>

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。

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。

#### 5. 保障计划：详见附表

#### 6. 免赔额：

本合同免赔额指由被保险人自行承担，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。

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，从被保险人确诊之日起，对于被保险人实际发生的、与治疗该重度疾病相关的、合理且必需的全部医疗费用，我们在给付保险金时不再扣除免赔额。

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，约定的给付比例为60%。质子重离子医疗费用无论是否经基本医疗保险获得医疗费用补偿，本公司均按照被保险人实际发生的医疗费用的100%赔付。

#### 8. 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。

## 二、 利益演示

被保险人李某，男性，30周岁，以有基本医疗保险的身份购买一份中意尊享世家医疗保险，选择计划二，0免赔额，未投保可选责任，首年的保费为883元，李先生之后各保单年度的保险费率演示如下：

保单年度	已达年龄	年度保险费	累计保险费	一般住院医疗保险金 年度给付限额	重大疾病住院医疗保险金 年度给付限额	特定药品费用医疗保险金 年度给付限额
1	31	883	883	2,000,000	4,000,000	4,000,000
2	32	1264	2,147	2,000,000	4,000,000	4,000,000
3	33	1264	3,411	2,000,000	4,000,000	4,000,000
4	34	1264	4,675	2,000,000	4,000,000	4,000,000
5	35	1264	5,939	2,000,000	4,000,000	4,000,000
6	36	1264	7,203	2,000,000	4,000,000	4,000,000
7	37	1690	8,893	2,000,000	4,000,000	4,000,000
8	38	1690	10,583	2,000,000	4,000,000	4,000,000
9	39	1690	12,273	2,000,000	4,000,000	4,000,000
10	40	1690	13,963	2,000,000	4,000,000	4,000,000
20	50	2709	37,239	2,000,000	4,000,000	4,000,000
30	60	4100	73,623	2,000,000	4,000,000	4,000,000
40	70	5926	128,937	2,000,000	4,000,000	4,000,000
50	80	10806	216,822	2,000,000	4,000,000	4,000,000
60	90	16410	357,763	2,000,000	4,000,000	4,000,000
70	100	26480	584,283	2,000,000	4,000,000	4,000,000

注：

1. 以上演示所有数值均为取整所得，与实际数值可能会略有差异。

### **三、 退保**

如投保人申请解除本合同，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。投保人解除合同会遭受一定损失。

## 附表

**中意尊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	本公司指定或认可的医院的普通部		本公司指定或认可的医院的普通部、特需部或国际部	
必选责任年度给付限额	60万	400万	300万	400万
给付比例	100%*			
<b>一、一般住院医疗保险金</b>				
一般住院医疗保险金年度给付限额	30万	200万	100万	200万
一般住院医疗保险金年度免赔额	可选择0免赔额或1万免赔额	可选择0免赔额或1万免赔额	可选择0免赔额或1万免赔额	可选择0免赔额或1万免赔额
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
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
同城急救车费	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
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
<b>二、重度疾病住院医疗保险金</b>				
重度疾病住院医疗保 险金年度给付限额	<b>60 万</b>	<b>400 万</b>	<b>300 万</b>	<b>400 万</b>
质子重离子医疗费用 年度给付限额	<b>35 万</b>	<b>35 万</b>	<b>35 万</b>	<b>35 万</b>
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	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
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	<b>年限额 2 万元</b>	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	<b>不保障</b>	<b>年限额 2 万元</b>	<b>年限额 2 万元</b>	<b>年限额 2 万元</b>
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
同城急救车费	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	<b>不保障</b>	<b>限 30 天</b>	<b>限 30 天</b>	<b>限 30 天</b>
重度疾病特定门诊医	无单项年度	无单项年度	无单项年度	无单项年度

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
疗费用	给付限额	给付限额	给付限额	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
<b>三、特定药品费用医疗保险金</b>				
特定药品费用医疗保 险金年度给付限额	<b>60 万</b>	<b>400 万</b>	<b>300 万</b>	<b>400 万</b>
特定药品费用医疗保 险金年度免赔额	无	无	无	无

\* 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%。质子重离子医疗费用无论是否经基本医疗保险获得医疗费用补偿，本公司均按照被保险人实际发生的医疗费用的 100% 赔付。

## 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	本公司指定或认可的医院的普通部		本公司指定或认可的医院的普通部、特需部或国际部	
可选责任年度给付 限额	<b>1 万</b>	<b>2 万</b>	<b>2 万</b>	<b>3.5 万</b>
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	<b>100%**</b>			
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	<b>次限额 800 元</b>	<b>次限额 800 元</b>
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	<b>年限额 1 万元</b>	<b>年限额 2 万元</b>	<b>年限额 3 万元</b>
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	<b>限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 1000 元</b>	<b>限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 1000 元</b>	<b>限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 2000 元</b>	<b>限 10 次，单次限额 500 元，累计年度 限额 2000 元</b>
西式理疗费	<b>限 10 次，单次限额</b>	<b>限 10 次，单次限额</b>	<b>限 10 次，单次限额</b>	<b>限 10 次，单次限额</b>

保障计划	计划一	计划二	计划三	计划四
	500 元, 累计年度 限额 2000 元	500 元, 累计年度 限额 2000 元	500 元, 累计年度 限额 4000 元	500 元, 累计年度 限额 4000 元
耐用医疗设备费	不保障	不保障	与住院责任对应费 用合计年度限额 2 万元	与住院责任对应费 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。

\*\* 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%。