



请扫描以查询验证条款

# 泰康 e 顺传染病门急诊医疗保险条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.4
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



### 您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为1年..... 2.2
- ❖ 本合同设有等待期..... 2.3
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则..... 2.5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.6
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 7



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



### 条款目录

<b>1. 您与我们订立的合同</b>	6.1 明确说明与如实告知	7.15 感染艾滋病病毒或者患艾滋病
1.1 合同构成	6.2 年龄性别错误	7.16 因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.2 合同成立及生效	6.3 职业或者工种确定与变更	7.17 经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.3 投保年龄	6.4 合同内容变更	7.18 因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病
<b>2. 我们提供的保障</b>	6.5 联系方式变更	7.19 康复治疗
2.1 年度给付限额	6.6 争议处理	7.20 牙齿治疗
2.2 保险期间	<b>7. 释义</b>	7.21 醉酒
2.3 等待期	7.1 合法有效	7.22 毒品
2.4 保险责任	7.2 周岁	7.23 有效身份证件
2.5 补偿原则	7.3 意外伤害	7.24 现金价值
2.6 责任免除	7.4 医院	7.25 药品费
<b>3. 保险金的申请</b>	7.5 传染病	7.26 治疗费
3.1 受益人	7.6 主要诊断	7.27 检查化验
3.2 保险事故通知	7.7 符合通常惯例	7.28 手术费
3.3 保险金申请	7.8 医学必需	7.29 医生费（诊疗费）
3.4 保险金给付	7.9 门急诊医疗费用	7.30 材料费
<b>4. 保险费的交纳</b>	7.10 社会基本医疗保险	7.31 护士
4.1 保险费的交纳	7.11 公费医疗	7.32 手术植入材料
<b>5. 合同解除</b>	7.12 中国境外	
5.1 您解除合同的手续及风险	7.13 既往症	
<b>6. 其他需要关注的事项</b>	7.14 医生	

# 泰康人寿保险有限责任公司

## 泰康 e 顺传染病门急诊医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康 e 顺传染病门急诊医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

### 1. 您与我们订立的合同

- 1.1 **合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面或者电子协议。
- 1.2 **合同成立及生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。  
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
- 1.3 **投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 7.2）计算。

### 2. 我们提供的保障

- 2.1 **年度给付限额** 本合同的年度给付限额为 5,000 元，在保险单上载明。
- 2.2 **保险期间** 本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。
- 2.3 **等待期** 本合同自生效之日起 30 日为等待期。  
被保险人在等待期内因**意外伤害**（见 7.3）以外的原因，经**医院**（见 7.4）确诊罹患本合同所定义的**传染病**（见 7.5），对于由此导致的治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担保险责任。  
被保险人因意外伤害发生保险事故的，保险责任无等待期。
- 2.4 **保险责任** 在本合同保险期间内，我们承担给付传染病门急诊医疗保险金的责任。

#### 传染病门急诊医疗保险金

在本合同保险期间内，如果被保险人在等待期后经医院确诊罹患本合同所定义的传染病，对于被保险人必须在医院接受的以该疾病为**主要诊断**（见 7.6）的治疗而发生的**符合通常惯例**（见 7.7）的且**医学必需**（见 7.8）的合理门急诊医疗费用（见 7.9）（以下简称“合理门急诊医疗费用”），我们按照本合同传染病门急诊医疗保险金的计算方法的约定给付传染病门急诊医疗保险金。

如果被保险人接受保险责任范围内的门急诊治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于本合同期满日次日起 30 日内发生的合理门急诊医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付传染病门急诊医疗保险金的责任，对于在本合同期满日次日起 30 日后发生的合理门急诊医疗费用，我们不再承担保险责任。

本合同保险期间内累计的传染病门急诊医疗保险金以年度给付限额为限。

被保险人因意外伤害发生保险事故的，无等待期，我们承担本合同约定的保险责任。

### 传染病门急诊医疗保险金的计算方法

每一次门急诊治疗对应的传染病门急诊医疗保险金的计算方法如下所示：

传染病门急诊医疗保险金 = (该次门急诊治疗发生的合理门急诊医疗费用 - 免赔额) × 该次合理门急诊医疗费用对应的给付比例，其中：

- (1) 一次门急诊治疗指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的门急诊治疗；
- (2) 免赔额等于以下两者中的较大者：
  - ① 100 元；
  - ② 被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的合理门急诊医疗费用从社会基本医疗保险、公费医疗、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得该次门急诊治疗的医疗费用补偿总额。
- (3) 每一次合理门急诊医疗费用对应的给付比例按照以下方式确定：

适用情形	给付比例
如果被保险人已从 <b>社会基本医疗保险</b> （见 7.10）、 <b>公费医疗</b> （见 7.11）、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得该次门急诊治疗的医疗费用补偿	100%
如果被保险人未从 <b>社会基本医疗保险</b> 、 <b>公费医疗</b> 、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得该次门急诊治疗的医疗费用补偿	80%

### 2.5 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

### 2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担保险责任：

- (1) 在**中国境外**（见 7.12）的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的**既往症**（见 7.13）、本合同特别约定除外的疾病；
- (3) 非医院药房购买的药品、未经**医生**（见 7.14）处方自行购买的药品、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (4) **感染艾滋病病毒或者患艾滋病**（见 7.15）（因职业关系导致的**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.16）、**经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.17）、**因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.18）均除外）、性病、精神和行为障碍（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）；
- (5) **疗养、康复治疗**（见 7.19）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、**牙齿治疗**（见 7.20）、安装义肢、安装义眼、非意外事故所致的整容手术；
- (6) 被保险人**醉酒**（见 7.21），主动吸食或者注射**毒品**（见 7.22）；
- (7) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (8) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (9) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物；
- (10) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

## 3. 保险金的申请

- 
- 3.1 受益人** 除另有指定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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保险责任，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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料的原件：
- (1) 本合同；
  - (2) 受益人的**有效身份证件**（见 7.23）；
  - (3) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用清单及病历；
  - (4) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件；
  - (5) 医院出具的被保险人的处方以及与诊断证明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；
  - (6) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；
  - (7) 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。
- 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。
- 委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。
- 保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。
- 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。
- 3.4 保险金给付** 我们在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。
- 我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不高于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。
- 对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

---

## 4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳** 本合同的保险费按照被保险人的年龄确定，并在保险单上载明。您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

---

## 5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险** 如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：
- (1) 本合同；
  - (2) 您的有效身份证件。

自我们收到前述材料时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的**现金价值**（见 7.24）。

您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。

## 6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者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者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书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但应当向您退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得以您未履行如实告知义务为由解除合同；发生保险事故的，我们不得以您未履行如实告知义务为由不承担保险责任。
- 6.2 年龄性别错误** 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和性别在投保单上填明，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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。
  - （2） 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
  - （3） 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.3 职业或者工种的确定与变更** 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。
- 被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类表在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还本合同终止时的现金价值。
- 被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，若被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担保险责任，并按本合同约定退还本合同终止时的现金价值，本合同终止。
- 6.4 合同内容变更** 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在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。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或

者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给您。

- 6.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
- (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交\_\_\_\_\_仲裁委员会仲裁；
  - (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

## 7. 释义

---

- 7.1 合法有效** 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、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。
- 7.2 周岁** 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起一年内为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为0周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为1周岁，依此类推。
- 7.3 意外伤害** 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致身体蒙受伤害或者身故，猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。
- 猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者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。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
- 7.4 医院** 指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。
- 7.5 传染病** 指国家法定传染病中的以下10种传染病：
- (1) 脊髓灰质炎；
  - (2) 麻疹；
  - (3) 流行性乙型脑炎；
  - (4) 百日咳；
  - (5) 白喉；
  - (6) 狂犬病；
  - (7) 猩红热；
  - (8) 流行性腮腺炎；
  - (9) 风疹；
  - (10) 手足口病。
- 前述10种传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准。
- 7.6 主要诊断** 指在医院门急诊治疗过程中由医生出具的、该次门急诊治疗期间对被保险人身体健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。
- 7.7 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我们理赔人员根据客观、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。

- 7.8 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) 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。
- 7.9 门急诊医疗费用 指在医院接受门急诊治疗期间且在门诊或者急诊部所发生的药品费（见 7.25）、治疗费（见 7.26）、检查化验（见 7.27）费、手术费（见 7.28）、医生费（诊疗费）（见 7.29）、材料费（见 7.30）。
- 7.10 社会基本医疗保险 包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险。
- 7.11 公费医疗 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。
- 7.12 中国境外 指中华人民共和国领土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。
- 7.13 既往症 指在本合同生效日之前罹患的被保险人已知或者应该知道的有关疾病或者症状。包括下列情形之一：
- (1) 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
  - (2) 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
  - (3) 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
  - (4) 本合同生效日之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应该知晓。
- 7.14 医生 指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
- 7.15 感染艾滋病病毒或者患艾滋病 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征，英文缩写为 AIDS。  
在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。
- 7.16 因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其他体液时感染上艾滋病病毒或患上艾滋病。并须满足下列全部条件：
- (1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列职业：医生、护士（见 7.31）、实验室工作人员、医院护工、医生助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察；
  - (2) 必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
  - (3) 必须在事故发生后的 6 个月内证实被保险人体内存在 HIV 病毒或 HIV 抗

体，即血液 HIV 病毒阳性和/或 HIV 抗体阳性。

- 7.17 经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，并须满足下列全部条件：
- (1) 在保险责任起始日或复效日之后因输血而感染；
  - (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具的该项输血感染属医疗事故的报告，或法院确认被保险人系因输血导致感染艾滋病病毒或患艾滋病的生效判决；
  - (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。
- 本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或者患艾滋病不在保障范围内。
- 7.18 因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病** 指被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病，并须满足下列全部条件：
- (1) 在保险责任起始日或复效日之后接受器官移植，并因此感染艾滋病病毒或患艾滋病；
  - (2) 实施器官移植的医院为三级医院；
  - (3) 实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自 HIV 感染者。
- 本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或者患艾滋病不在保障范围内。
- 7.19 康复治疗** 指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
- 7.20 牙齿治疗** 指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
- 7.21 醉酒** 指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 7.22 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。
- 7.23 有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 7.24 现金价值** 现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”。经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。
- 7.25 药品费** 指在门急诊治疗期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。对下列五类药品，本合同的保障范围与治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定保持一致：
- (1) 营养补充类药品；
  - (2) 免疫功能调节类药品；
  - (3) 美容及减肥类药品；
  - (4) 预防类药品；
  - (5) 中草药类药品。



- 7.26 **治疗费** 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光手术治疗、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
- 7.27 **检查化验** 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度。
- 7.28 **手术费** 包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见7.32）费。
- 7.29 **医生费（诊疗费）** 指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 7.30 **材料费** 指在门急诊治疗期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
- 7.31 **护士** 指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 7.32 **手术植入材料** 指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。