

# 安联附加药安康医疗保险 服务手册

本服务手册旨在指导您更好地使用特药服务，如发现服务手册与保险合同不一致，请以保险合同为准。

本公司将结合医疗服务环境等情况动态优化、调整服务有关条款。本公司保留对服务所有细则的解释、服务内容的变更等权利。

尊敬的客户：

首先，感谢您选择中德安联人寿保险有限公司（以下简称“中德安联”或“我们”）并投保安联附加药安康医疗保险（以下简称“本合同”）。本合同由中德安联承保，我们授权北京思派健康技术有限公司（以下简称“思派健康”或“服务商”）为您提供特种药品的相关服务。

本服务手册旨在帮助您了解该项服务内容，并指导您如何使用。本服务手册不构成保险合同的一部分，具体内容以保险条款为准。

恭祝您及家人身体健康，万事如意！

此致

敬礼！

中德安联人寿保险有限公司

## 特药服务概况

本合同为您提供特种药品费用保障，具体详见本合同保险条款中保险责任的相关描述。

### 一、使用特药服务的条件

在本合同保险期间内，被保险人因意外事故或在等待期满后首次出现本合同约定的特定恶性肿瘤的症状或体征，经医院相应的专科医生初次确诊罹患本合同约定的特定恶性肿瘤，治疗该特定恶性肿瘤需要在我们指定或认可的药店购买特种药品的，可以申请使用特药服务。

### 前述所述定义释义

等待期：本合同生效日零时起九十日为等待期，若被保险人在等待期内出现本附加合同约定的恶性肿瘤的症状或体征，或者在等待期内按本附加合同对恶性肿瘤的定义和诊断标准经医院相应的专科医生确诊为罹患本附加合同约定的恶性肿瘤，我们有权解除保险合同，并不承担保险责任，但将无息退还您该保单年度内所交保险费。若我们已支付理赔款的，我们有权扣除已支付理赔款。续保时不受等待期的影响。

医院：本合同所指医院需符合下列条件

(1) 为中华人民共和国境内(不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区)合法经营的二级以上公立医院（含二级）；

(2) 具有符合中华人民共和国有关医院管理规则设施标准的医疗设备，且全天 24 小时有合格医师（合格医师指具有与请求赔付的疾病相适应的专业资格认证和诊断处方权，且正在上述医院执业的医师，但投保人、被保险人本人及其直系亲属除外）及护士驻院提供医疗及护理服务；

(3) 不包括未达卫生行政管理规定的二级医院标准的分院、联合医院及病房、外设挂靠的门诊部、康复、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

我们指定或认可的药店：经我们审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供恶性肿瘤药品处方审核、购药或配送服务的药店。

- (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) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务。

特定恶性肿瘤：指原发于被保险人特定部位的恶性肿瘤，包括肺癌、肾癌、结直肠癌、乳腺癌、肝癌、白血病、黑色素瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、胰腺神经内分泌瘤、胃肠道间质瘤、卵巢癌、前列腺癌、胃癌、鼻咽癌、甲状腺癌、软组织肉瘤、骨髓纤维化和骨巨细胞瘤。特定部位的恶性肿瘤需经病理学检查结果明确诊断，且临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。原发于其他器官组织而浸润、转移的恶性肿瘤不在此保障范围内，初次确诊之外的恶性肿瘤不在保障范围内。恶性肿瘤定义以条款约定为准。

特种药品：指符合国家卫健委《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则（2018 年版）》新型抗肿瘤药物定义，即小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物，且在本服务手册“附件一 特种药品费用医疗保险金覆盖的特定恶性肿瘤病种和药品清单”中列明的药品。

### 二、特药服务使用有效期限

本合同承担的给付特种药品费用医疗保险金的责任，最长不超过特定恶性肿瘤初次确诊之日

起3年。

### 三、涵盖的特药服务

服务内容	服务内容概述
特定药品协助购买	协助审核药品处方，审核通过后，服务商会同您联系，根据您的需求为您安排药店取药或送药上门服务。
慈善赠药申请指导	若您用药符合合法的慈善机构援助项目赠药申请条件，服务商将通知您并协助您进行申请材料准备
其他	如您的药品处方审核未通过，服务商会为您提供一次精准门诊预约服务。服务商仅承担精准门诊产生的号源协调服务费，就诊过程中产生的挂号费、诊疗费等所有医疗费用需由您自行承担。

## 特药服务流程

### 一、服务流程概述：

您可通过拨打中德安联官方服务热线（固话 800-988-6688；手机 400-888-3636）申请服务，并提交以下材料进行理赔审核：

- (1) 本保险合同及被保险人本人签字的理赔申请书；
- (2) 被保险人、申请人的有效身份证件；
- (3) 符合条款约定的恶性肿瘤的诊断证明书、门诊病历等医学材料；
- (4) 若申请人为代理人，还须提供由受益人出具的授权委托书、代理人本人身份证明；
- (5) 被保险人本人签署的服务知情同意书（格式和内容见本服务手册附件三）；
- (6) 符合条款约定的医院和专科医生开具的药品处方复印件；
- (7) 申请人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（如本次开具特药的门诊病历、术后病理报告、基因检测报告（如有）、CT/MRI 报告、住院治疗的出院小结或相关病历。）

我们会审核您的申请材料是否符合保险责任，审核无误后交由服务商为您提供药品协助购买服务。服务商的专业药师团队会结合您的病情进行药品处方审核，给予专业判断意见，并在收到购药申请后的 2 个工作日内反馈审核结果。

处方审核通过后，服务商专属团队客服人员会同您联系，您可选择药店取药或者预约送药上门中的一种购药方式；如您的处方未能审核通过，服务商会根据您的情况为您安排一次精准门诊服务，推荐 2-3 名专家，为您制定新的合理且适合您目前疾病状态的治疗方案。如您确认同意，服务商将协助您预约该专家的门诊，并有陪诊专员全程陪同。**服务商仅承担预约协调工作，对应诊疗发生的挂号费、诊疗费等所有医疗费用需由您本人承担。**

### 二、药店取药：

药品处方审核通过后，服务商专属客服人员会同您联系，如您选择药店取药，客服人员会将取药城市内可以提供药品的取药药店和药品信息提供给您，请您从名单中选定购药药店。在您确定药店后，服务商的工作人员会和您确认购药内容和购药时间并告知上门服务的工作人员身份信息。请配合准备好下列材料，以便工作人员核对、收取，请予配合：

- a. 药品处方原件；
- b. 被保险人的有效身份证件
- c. 被保险人的中华人民共和国社会保障卡（仅社保目录内药品需提供）。

服务商的工作人员会在约定的时间同您在药店会合。工作人员会审核取药所需的相关材料并拍照留底，同时按照保险合同约定的赔付比例，为您垫付相应赔付比例内的药品费用。取药完成后，请您配合填写《药品协助购买服务完成确认书》（格式和内容见本服务手册附件四），并将药品发票提交给到场的服务商工作人员。

赔付比例按照以下方式确定：

保障类型	社保目录内药品费用		社保目录外药品费用
	赔付条件	赔付比例	赔付比例
	被保险人是否使用基本医疗保险结算药品费用		
A 型	是	100%	100%
	否	80%	
B 型	否	80%	

注：使用基本医疗保险结算指参保人员从基本医疗保险获得医疗费用补偿。若参保人员未从基本医疗保险获得医疗费用补偿，即使其使用医保个人账户支付，亦不属于使用基本医疗保险结算。

### 三、送药上门

药品处方审核通过后，服务商专属客服人员会与您联系，如您购买的是社保目录外的药品，或虽为社保目录内药品但您本次放弃使用基本医疗保险结算，同时您的所在地符合特药服务范围（附件二），您可以选择送药上门服务。客服人员会与您预约送药上门的时间，并派工作人员上门提供送药服务。请配合准备好下列材料，以便工作人员核对、收取：

- a. 药品处方原件；
- b. 被保险人的有效身份证件

服务商的工作人员会在约定的时间上门。工作人员会审核取药所需的相关材料并拍照留底。如您本次购买的是社保目录外药品，送药上门时无需支付额外费用；如您本次购买的是社保目录内药品，因无法在送药上门时进行基本医疗保险结算，根据保险合同特种药品医疗费用赔付比例部分的约定，保险公司仅承担部分比例的药品费用，需请您在工作人员送药上门时支付剩余部分药品费用。

递送的药品确认无误后，请您配合填写《药品协助购买服务完成确认书》（格式和内容见本服务手册附件四），同时药品发票原件需由工作人员回收。

注：

- 1、根据保险条款的约定，对于社保目录内的特种药品，如果被保险人没有使用基本医疗保险结算药品费用，需您自行承担一定比例的药品费用。送药上门无法使用社保卡结算药品费用，如为社保目录内药品，会有部分自费情况产生，请您留意。
- 2、因各地政府机关对于特种药品的管理规定不同，对于送药上门服务的提供，需以当地相关规定的要求为准。

### 四、慈善赠药

若您用药符合合法的慈善机构援助项目赠药（以下简称“慈善赠药”）申请条件，服务商将通知您并协助您进行申请材料准备，您需配合提供申请慈善赠药合理且必需的材料。

慈善赠药项目审核通过后，您需要到慈善赠药项目的指定药店领取赠药。若您未通过慈善赠药项目审核，您需要按照约定重新配合服务商进行药品处方审核。

- ◇ 由于各肿瘤特药的慈善项目对于慈善援助入组的医学评估材料、经济评估材料等各不相同，具体所需材料以所申请的慈善项目要求为准。

## 注意事项

- 1、特药服务仅限被保险人本人使用，不可以转让给他人。
- 2、被保险人委托他人代理申请本服务的，需提供受托人身份证明、授权委托书。
- 3、如被保险人为未成年人或无民事行为能力人，本服务申请应由其法定监护人代其申请，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。
- 4、特药服务覆盖范围将根据服务商的服务能力的提升进行扩展，最新清单以本公司官网最新公布信息为准。

## 常见问题 Q&A

**Q:** 何种情况下处方审核会不通过？

**A:** 通常在下列情况特药处方申请审核不通过：

- 1) 药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量不一致；
- 2) 被保险人使用处方申请中的药品已有一段时间，确定对申领药品已经耐药（耐药是指肿瘤病灶按照 RECIST/IRECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准有进展）。

**Q:** 处方药申请审核不通过时，为什么安排就医门诊？

**A:** 虽然处方药申请审核不通过，但为了协助您的治疗，将为您协调一次就医门诊，请权威的肿瘤专家医生根据您的情况，为您开具合适的处方或建议合适的治疗方案。

**Q:** 指定的药店能覆盖到我所在的城市吗？

**A:** 我们的授权服务商的药店网络可以覆盖本保险产品全部肿瘤特药，并在全国 44 个核心城市及周边 246 个城市、344 家药店保证药品可及性。请您参考附件二的特药服务覆盖范围，选择合适您的取药药店或送药上门目的地。

**Q:** 什么是慈善赠药？

**A:** 慈善赠药是为由于经济条件受限而无法继续进行规范化治疗的患者提供的使其继续获得药物治疗机会的社会性援助用药活动，以满足其与疾病抗争的物质与精神需求。

**Q:** 我如何得知自己是否符合慈善赠药申请要求？

- A:**
- 1) 您治疗用的药品已开展慈善援助项目，且项目正在运营中。
  - 2) 医生诊断您的适应症并开具的治疗药品，包含在该药品援助用药项目中。
  - 3) 您必须是大陆居民，持有中国大陆居民身份证或军官证。
  - 4) 您的家庭经济条件，需符合慈善项目规定的收入标准。

**Q:** 慈善药品和自费药品有区别吗？

**A:** 慈善药品原则上说和自费药品是一致的。慈善药品的外盒上一般会贴有“捐赠药品，不得销售”的字样。

附件一：特种药品费用医疗保险金覆盖的特定恶性肿瘤病种和药品清单

#	特定恶性肿瘤病种	社保目录内特种药品（33种）	社保目录外特种药品（19种）
1	肺癌	厄洛替尼、吉非替尼、埃克替尼、阿法替尼、奥希替尼、克唑替尼、安罗替尼、贝伐珠单抗、重组人血管内皮抑制素、塞瑞替尼	纳武单抗、阿来替尼、帕博利珠单抗、达克替尼、阿特殊单抗*
2	肾癌	索拉菲尼、培唑帕尼、舒尼替尼、阿西替尼、依维莫司	/
3	结直肠癌	西妥昔单抗、瑞戈非尼、贝伐珠单抗	呋喹替尼
4	乳腺癌	拉帕替尼、曲妥珠单抗、氟维司群	哌柏西利、吡咯替尼、帕妥珠单抗
5	肝癌	索拉菲尼、瑞戈非尼	仑伐替尼、美妥昔单抗
6	白血病	伊马替尼、伊布替尼、尼洛替尼、达沙替尼	/
7	黑色素瘤	维莫非尼	帕博利珠单抗、特瑞普利单抗
8	淋巴瘤	伊布替尼、硼替佐米、利妥昔单抗、西达本胺	信迪利单抗、卡瑞利珠单抗、苯达莫司汀
9	多发性骨髓瘤	硼替佐米、来那度胺、伊沙佐米	达雷妥尤单抗
10	胰腺神经内分泌瘤	舒尼替尼	/
11	胃肠道间质瘤	舒尼替尼、伊马替尼、瑞戈非尼	/
12	卵巢癌	/	奥拉帕利
13	前列腺癌	阿比特龙	/
14	胃癌	阿帕替尼、曲妥珠单抗	/
15	鼻咽癌	尼妥珠单抗	/
16	甲状腺癌	索拉菲尼	/
17	软组织肉瘤	伊马替尼、安罗替尼	/
18	骨髓纤维化	/	芦可替尼
19	骨巨细胞瘤	/	地舒单抗

\* 阿特殊单抗：这款药物目前尚未上市。届时以该药品的处方开具时间为准，如此药品已经被国家药品监督管理机构批准在中华人民共和国境内（不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区）上市，则我们根据条款约定承担相应的保险责任。



附件二：特药服务覆盖范围

特药服务覆盖范围

省份/直辖市	城市	省份/直辖市	城市	省份/直辖市	城市	
安徽	安庆	广东	潮州	贵州	安顺	
	蚌埠		东莞		毕节	
	亳州		佛山		贵阳	
	巢湖		广州		六盘水	
	池州		河源		遵义	
	滁州		惠州	海南	儋州	
	阜阳		江门		东方	
	合肥		揭阳		海口	
	淮北		茂名		琼海	
	淮南		梅州		三亚	
	黄山		清远		万宁	
	六安		汕头		文昌	
	马鞍山		汕尾		五指山	
	铜陵		韶关		河北	保定
	芜湖		深圳			沧州
	宿州		阳江	承德		
宣城	云浮	邯郸				
北京	北京	湛江	衡水			
	福州	肇庆	廊坊			
福建	龙岩	中山	秦皇岛			
	南平	珠海	石家庄			
	宁德	百色	唐山			
	莆田	北海	邢台			
	泉州	崇左	张家口			
	三明	防城港	黑龙江	大庆		
	厦门	贵港		哈尔滨		
	漳州	桂林		鹤岗		
甘肃	白银	广西壮族自治区		河池	黑河	
	嘉峪关			贺州	鸡西	
	金昌			来宾	佳木斯	
	酒泉			柳州	牡丹江	
	兰州			南宁	七台河	
	平凉			钦州	齐齐哈尔	
	庆阳			梧州	双鸭山	
	天水		玉林	绥化		
	武威		上海	上海	伊春	
	张掖			重庆	天津	

省份/直辖市	城市	省份/直辖市	城市	省份/直辖市	城市
山东	滨州	四川	巴中	湖南	常德
	德州		成都		郴州
	东营		达州		衡阳
	菏泽		德阳		怀化
	济南		广安		娄底
	济宁		广元		邵阳
	莱芜		乐山		湘潭
	聊城		泸州		益阳
	临沂		眉山		永州
	青岛		绵阳		岳阳
	日照		南充		张家界
	泰安		内江		长沙
	威海		攀枝花		株洲
	潍坊		遂宁		白城
	烟台		雅安		白山
	枣庄		宜宾		吉林
淄博	资阳	辽源			
山西	大同	云南	自贡	吉林	四平
	晋城		保山		松原
	晋中		楚雄		通化
	临汾		大理		长春
	吕梁		昆明		常州
	朔州		曲靖		淮安
	太原		玉溪		连云港
	忻州		昭通		南京
	阳泉		杭州		南通
	运城		湖州		苏州
陕西	长治	浙江	嘉兴	江苏	泰州
	安康		金华		无锡
	宝鸡		丽水		宿迁
	汉中		宁波		徐州
	商洛		衢州		盐城
	铜川		绍兴		扬州
	渭南		台州		镇江
	西安		温州		
	咸阳		舟山		
	延安				
榆林					

省份/直辖市	城市	省份/直辖市	城市
河南	安阳	江西	抚州
	鹤壁		赣州
	济源		吉安
	焦作		景德镇
	开封		九江
	洛阳		南昌
	漯河		萍乡
	南阳		上饶
	平顶山		新余
	濮阳		宜春
	三门峡		鹰潭
	商丘	辽宁	鞍山
	新乡		本溪
	信阳		朝阳
	许昌		大连
	郑州		丹东
	周口		抚顺
	驻马店		阜新
	鄂州		葫芦岛
恩施	锦州		
黄冈	辽阳		
黄石	盘锦		
荆门	沈阳		
荆州	铁岭		
潜江	营口		
十堰	内蒙古	包头	
随州		赤峰	
天门		鄂尔多斯	
武汉		呼和浩特	
仙桃		呼伦贝尔	
咸宁		通辽	
襄樊		乌海	
襄阳		石嘴山	
孝感	宁夏回族自治区	吴忠	
宜昌		银川	
新疆维吾尔自治区	乌鲁木齐		

附件三：服务知情同意书

服务知情同意书

本人（被保险人）\_\_\_\_\_（保单号：\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_）

已知晓并不可撤销地同意：

- 中德安联人寿保险有限公司指定北京思派健康技术有限公司（“思派健康”）提供“安联附加药安康医疗保险”的后续服务，如在指定药店购买指定药品或配送到家，并由思派健康代中德安联人寿保险有限公司与本人进行费用结算事宜。
- 本人或本人的受托人同意配合思派健康签署相关必要的文件，并且，思派健康可留存本人或本人的受托人的身份证正反面复印件、指定药品发票复印件等证明文件；
- 本人或本人的受托人签署《药品协助购买服务完成确认书》后，即视为如下事项均已完成：（1）本人已收到指定药品；（2）思派健康已为本人支付购药费用；（3）思派健康已全部履行本次购药协助服务。

若本人同意由思派健康为我垫付指定药品费用，则本人亦同意中德安联人寿保险有限公司将特种药品费用医疗保险金的相应理赔款直接汇至思派健康指定账户。本知情同意书自本人签署之日起生效，在保单的保险期间内持续有效。

被保险人（签署）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

附：本人的身份证正反面复印件

受托人的身份证正反面复印件

附件四：药品协助购买服务完成确认书

药品协助购买服务完成确认书

本人（被保险人）/受托人\_\_\_\_\_（保单号：\_\_\_\_\_，被保险人身份证号：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_，受托人身份证号：\_\_\_\_\_）特此确认，北京思派健康技术有限公司（“思派健康”）已于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日完成本次药品协助购买服务（“本次服务”）。

本人/受托人确认，在本次服务中，本人已收到的药品，以及思派健康代本人支付的购药费用明细如下：

序号	药品名称	数量	药品金额（人民币/元）	思派健康已支付的购药费用（人民币/元）	本人/受托人支付的购药费用（人民币/元）
1.					
2.					
3.					
合计金额					

本人或本人的受托人已知晓，本人或本人的受托人签署《药品协助购买服务完成确认书》后，即视为如下事项均已完成：(1)本人已收到指定药品；(2)思派健康已为本人垫付指定药品费用；(3)思派健康已全部履行本次购药协助服务；

被保险人/受托人（签署）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_