

《合众人寿细胞免疫疗法医疗保险》 服务手册

致客户

尊敬的先生/女士：

感谢您选择合众人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”），非常荣幸能够为您和家人提供我们的保险保障和服务！

您的《合众细胞免疫疗法医疗保险》由合众人寿保险股份有限公司承保，您享有的细胞免疫疗法(以下简称“CAR-T 疗法”)相关服务由本公司授权第三方服务商上海镁信健康科技有限公司（以下简称“镁信健康”或“服务公司”）为您提供。镁信健康客服热线 400-005-7995(服务时间：周一至周日 9:00-21:00) 将为您提供专业服务咨询。

本服务手册旨在让您了解您所享有的保险服务权益以及服务使用流程，镁信健康保留所有服务细则和服务内容解释的权利，若您有任何疑问，请拨打镁信健康客服热线进行咨询，我们将竭诚为您服务。

祝您拥有健康美好的生活！

合众人寿保险股份有限公司

【 服务介绍 】

细胞免疫疗法简称 CAR-T 疗法（ 又称嵌合抗原受体 T 细胞治疗 ），是指将 T 细胞经过基因工程手段体外修饰改造后，回输患者体内使 T 细胞行使特异的杀伤功能的疗法。

若被保险人在保险期间内（ 等待期后 ）初次发生且经医院由专科医生明确诊断患本主合同所定义的“恶性淋巴瘤”，我司委托第三方服务商镁信健康为您在附表《细胞免疫疗法指定药品及指定适应症列表》中涵盖的药品范围内提供 CAR-T 治疗全流程一站式服务。

我司未来可能会对服务项目进行升级或调整，调整后内容以：合众人寿官方网站-客户服务-健康服务-《合众人寿细胞免疫疗法》服务手册公示为准，您可随时查询。

【 服务流程 】



1) 报案和资料收集：您确诊符合保险合同约定的恶性淋巴瘤后，拨打合众人寿95515 客服热线报案，我司对客户保单资格进行校验，校验后通知镁信健康安排后续服务，镁信健康的服务人员将及时联系您，收集病历、处方、检查检验报告等相关资料。

2) 用药合理性审核: 收集完整资料后, 镁信健康将资料同步给合众人寿进行保险责任调查核实, 同时镁信健康对您 CAR-T 治疗就医需求进行合理性审核, 在收到结果且获得合众人寿确认后, 镁信健康将为您安排 CAR-T 全流程服务。

3) 指定医疗机构评估: 根据您的需求, 您可在指定网络医疗机构中选择 1 家适合的医院进行后续治疗。镁信健康服务人员问询您的医保情况, 为您规划医保结算, 提供医保使用建议, 并协助提醒办理相关手续。镁信健康协助您安排所选医院的就诊, 提供预约绿色通道服务, 直至医生给出诊疗决定, 形成治疗方案。

4) 药房端直付: 当医生确定您的 CAR-T 治疗方案, 镁信健康根据医生处方, 为您提供指定药店的 (拥有 CAR-T 经营权的专业药店) 药品费用直付服务, 包括进行 CAR-T 药品的订购, 指导您签署领药材料, 提供 CAR-T 药品费用直付, 药品费用直付全程由镁信健康提供服务。

5) 就医安排: 药品费用直付后, 镁信健康及时向您同步药品制备动态。在药品制备成功、您提出住院需求后的 5 个工作日内, 协助您在选定的医院住院治疗。

6) 送药上门: 药品制备成功后, 乙方协调药企安排药品运输到当前治疗的医院。

7) 住院费用垫付: 为解决您在住院过程中除细胞免疫疗法指定药品外其他医疗费用资金缺口, 在您已经申请药品费用直付的前提下, 镁信健康可为您在住院期间提供住院费用的垫付 (不包括任何门急诊费用), 待您正式提交理赔申请并获得赔款后偿还所垫付费用给镁信健康。当您的住院押金不足时, 您可提前联系镁信健康申请追加垫付款。

特别注意: 医疗费用垫付服务不同于理赔, 垫付是为缓解您就医期间资金压力, 不代表已确认符合保险责任。如您最终不符合保险合同约定的赔偿条件, 或垫付费用超过最终厘定的理赔金, 镁信健康有权向您追偿该笔垫付费用。

申请上述住院费用垫付的过程中，您需要额外提供以下纸质材料，以便镁信健康收取及办理后续理赔：

- ① 签署完善的《医疗费用垫付申请及授权书》原件；
- ② 签署完善的《垫付确认书》原件。

上述《医疗费用垫付申请及授权书》《垫付确认书》文件样式请见本手册附件 3。

【服务时效】

- 服务申请审核时效：3 个工作日，情形复杂的不超过 30 个自然日
- 指定医疗机构评估服务时效：3 个工作日
- 就医安排服务时效：5 个工作日
- 药品费用直付时效：2 各工作日；
- 住院费用垫付时效：3 个工作日；
- 如遇特殊情况需要取消已经预约的细胞免疫疗法就医服务，请您至少提前 3 个工作日联系服务专员申请取消，3 个工作日以内的取消为临时取消，临时取消无效，视为您已完整使用该服务。

【服务声明与注意事项】

- 本服务手册旨在指导您更好地使用保险产品的保险条款所约定的健康管理服务，具体以保险产品的保险条款约定为准。请您仔细阅读本《服务手册》，了解服务内容、服务流程、服务免责等信息。
- 服务使用有效期限：与保险条款约定有效期一致。
- 服务使用条件：在保险期间内（等待期后），被保险人初次发生且经医院由

专科医生明确诊断患保险合同所定义的“恶性淋巴瘤”，您可以凭诊断证明或影像报告申请使用服务。

- 等待期：首次投保或未续保后再次投保时《合众细胞免疫疗法医疗保险》，自保险合同生效之日起 30 天为等待期，等待期内，无法申请使用保险权益及相关服务。
- 恶性淋巴瘤是指符合保险合同“恶性肿瘤——重度”定义，病灶经组织病理学检查 31（涵盖骨髓病理学检查）明确诊断，临床诊断属于依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定的恶性肿瘤 C81-C85 范畴。但下列疾病不在保障范围内：
 - （1）继发性（转移性）恶性肿瘤；
 - （2）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；
 - （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病。
- 本服务由第三方服务公司（上海镁信健康科技有限公司）提供，因提供服务产生的纠纷，本公司不承担任何责任。若您与供应商因服务而产生的任何纠纷，本公司会尽力协调您与供应商依据相关法律法规解决纠纷。
- 本服务限被保险人本人使用，不可转让给他人。如被保险人为未成年人或无民事行为能力人，本服务申请可由其法定监护人代其申请；在提供服务时，若经证实正在申请或享受服务者并非被保险人本人，本公司有权立即终止提供服务并保留追偿的权利。

【个人信息管理授权书】

- 本公司尊重并保护您的隐私权，未经您许可本公司不会将任何与您相关的信

息泄露给无关的第三方。为了更好的为您提供服务，本公司及服务供应商可能会就您申请的服务向您询问姓名、性别、电话号码、地址、社保情况等信
息，您有权决定是否提供相关信息，但本公司不承担由信息不全导致的损失；
如需取消前述个人信息授权，请拨打 95515 客服热线；

● 在下述情况下，您任何信息的披露，本公司不负任何责任：

①当政府机关依照法定程序要求本公司披露您的个人资料时，本公司将根据执法单位之要求或为公共安全之目的提供您的个人资料；

②由于您将个人信息告知他人，由此导致的任何个人资料的泄露；

③任何由于计算机问题、黑客攻击、计算机病毒侵入或发作、因政府管制而造成的暂时性关闭等影响网络正常经营之不可抗力而造成的您个人资料泄露、丢失、被盗用或被篡改等；

④本公司根据您的服务申请，在协调服务商或其他第三方机构为您提供本服务时将在必须披露的范围内对您的个人信息进行披露，若第三方违规泄露相关信息，由第三方承担相应责任；

● 由于您提供不真实、不准确、不完整、不及时或不能反映当前情况的相关资料，而导致本服务发生缺失偏差或延误，相应责任将由您自行承担；

● 对于本公司合理控制范围以外的各种原因，包括但不限于自然灾害、罢工或骚乱、物质短缺或定量配给、暴动、战争行为、政府行为、通讯或其他设施故障或严重伤亡事故等，致使本公司延迟或未能履行本服务的，本公司不负任何责任。

● 个人信息管理授权书

本人充分理解并同意细胞免疫疗法(以下简称“CAR-T 疗法”)相关服务是

合众人寿保险股份有限公司与其合作第三方健康服务机构为本人提供,现本人主动申请开通此项服务,为更好给本人提供优质的服务,就使用本人的相关必要信息,本人同意并授权合众人寿保险股份有限公司将本人姓名、性别、身份证号、联系方式、家庭住址、保单相关信息、健康数据、享受的健康服务内容及其相关必要信息传输给第三方健康服务公司。

授权人声明:

以上授权服务期限与保单有效期限保持一致。

特此授权!

相关附表

1.细胞免疫疗法指定药品及指定适应症列表

序号	商品名	通用名	厂商	适用疾病种类
1	奕凯达	阿基仑赛注射液	复星凯特	本品用于治疗既往接受二线或以上系统性治疗后复发或难治性大 B 细胞淋巴瘤成人患者，包括弥漫性大 B 细胞淋巴瘤非特指型（DLBCL, NOS），原发纵隔大 B 细胞淋巴瘤（PMBCL）、高级别 B 细胞淋巴瘤（HGBL）和滤泡性淋巴瘤转化的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤。
2	倍诺达	瑞基奥仑赛注射液	药明巨诺	本品用于治疗经过二线或以上系统性治疗后成人患者的复发或难治性大 B 细胞淋巴瘤，包括弥漫性大 B 细胞淋巴瘤非特指型、滤泡性淋巴瘤转化的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤、3b 级滤泡性淋巴瘤、原发纵隔大 B 细胞淋巴瘤、高级别 B 细胞淋巴瘤伴 MYC 和 BCL-2 和/或 BCL-6 重排（双打击/三打击淋巴瘤）。

2.细胞免疫疗法指定医疗机构列表

序号	医院名称	地区
1	安徽省立医院（总院）	安徽
2	安徽省肿瘤医院（安徽省立医院西区）	安徽
3	安徽医科大学第一附属医院	安徽
4	安徽省立医院（南区）	安徽
5	北京清华长庚医院	北京
6	中日友好医院	北京
7	北京医院	北京
8	中国医学科学院北京协和医院	北京
9	中国人民解放军总医院（第五医学中心南区）	北京
10	北京大学人民医院（西直门院区）	北京
11	北京大学人民医院（海淀院区）	北京
12	北京大学人民医院（通州院区）	北京
13	北京大学肿瘤医院	北京
14	中国人民解放军总医院（第一医学中心）	北京
15	北京大学第三医院	北京

序号	医院名称	地区
16	北京大学人民医院	北京
17	北京大学第二医院	北京
18	解放军总医院第五医学中心（南院区）	北京
19	首都医科大学附属北京友谊医院（通州院区）	北京
20	首都医科大学附属北京友谊医院（西城院区）	北京
21	首都医科大学宣武医院	北京
22	北京大学第一医院	北京
23	福建医科大学附属协和医院	福建
24	福建中医药大学附属第三人民医院	福建
25	福建医科大学附属第一医院	福建
26	厦门大学附属第一医院	福建
27	福建省漳州市医院	福建
28	兰州大学第二医院	甘肃
29	佛山市第一人民医院	广东
30	南方医科大学南方医院	广东
31	南方医科大学珠江医院	广东
32	中山大学肿瘤防治中心（中山大学附属肿瘤医院）黄埔院区	广东
33	中山大学肿瘤防治中心（中山大学附属肿瘤医院）越秀院区	广东
34	广东省人民医院（广东省医学科学院）惠福分院	广东
35	广东省人民医院（广东省医学科学院）本院	广东
36	广州市第一人民医院	广东
37	中山大学孙逸仙纪念医院	广东
38	香港大学深圳医院	广东
39	北京大学深圳医院	广东
40	深圳市人民医院	广东
41	广西壮族自治区肿瘤医院（广西医科大学附属肿瘤医院）	广西
42	广西医科大学第一附属医院	广西
43	河北医科大学第四医院	河北
44	郑州大学第一附属医院	河南
45	河南省肿瘤医院	河南
46	河南省人民医院	河南
47	哈尔滨血液病肿瘤研究所（哈尔滨市第一医院）	黑龙江
48	哈尔滨医科大学附属肿瘤医院	黑龙江
49	华中科技大学同济医学院附属同济医院中法新城院区	湖北
50	华中科技大学同济医学院附属同济医院光谷院区	湖北
51	华中科技大学同济医学院附属协和医院	湖北
52	华中科技大学同济医学院附属同济医院主院区	湖北
53	湖北省肿瘤医院	湖北

序号	医院名称	地区
54	武汉大学人民医院	湖北
55	中南大学湘雅二医院	湖南
56	中南大学湘雅三医院	湖南
57	中南大学湘雅医院	湖南
58	湖南省肿瘤医院	湖南
59	吉林大学第一医院（吉林大学白求恩第一医院）	吉林
60	江苏省人民医院	江苏
61	南京鼓楼医院（南京大学医学院附属鼓楼医院本院）	江苏
62	江苏省人民医院浦口分院（南京市浦口区中心医院）	江苏
63	江苏省肿瘤医院	江苏
64	苏州大学附属第二医院	江苏
65	苏州大学附属第一医院	江苏
66	徐州医科大学附属医院	江苏
67	江南大学附属医院	江苏
68	南昌大学第一附属医院（东湖院区）	江西
69	南昌大学第一附属医院（象湖院区）	江西
70	江西省肿瘤医院（南昌大学附属肿瘤医院）	江西
71	大连医科大学附属第二医院	辽宁
72	中国医科大学附属第一医院	辽宁
73	山东省肿瘤医院（山东第一医科大学附属肿瘤医院）	山东
74	山东省立医院	山东
75	山东大学齐鲁医院	山东
76	山东中医药大学附属医院	山东
77	青岛大学附属医院黄岛院区	山东
78	青岛市市立医院	山东
79	青岛大学附属医院市南院区	山东
80	烟台毓璜顶医院	山东
81	山西省肿瘤医院	山西
82	西安交通大学第二附属医院	陕西
83	中国人民解放军空军军医大学第一附属医院（西安西京医院）	陕西
84	西安交通大学第一附属医院	陕西
85	上海交通大学医学院附属瑞金医院	上海
86	复旦大学附属肿瘤医院	上海
87	上海市东方医院南院（同济大学附属东方医院南院）	上海
88	上海市同济医院（同济大学附属同济医院）	上海
89	复旦大学附属中山医院	上海
90	上海交通大学医学院附属新华医院	上海
91	海军军医大学第一附属医院（上海长海医院）	上海

序号	医院名称	地区
92	上海交通大学医学院附属仁济医院（东院）	上海
93	海军军医大学第二附属医院	上海
94	华东医院	上海
95	四川省人民医院	四川
96	四川大学华西医院	四川
97	四川省肿瘤医院	四川
98	中国医学科学院血液病医院（中国医学科学院血液学研究所）	天津
99	天津市肿瘤医院（天津医科大学肿瘤医院）	天津
100	天津市第一中心医院	天津
101	天津市肿瘤医院空港医院	天津
102	天津医科大学总医院	天津
103	新疆医科大学第一附属医院	新疆
104	中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院	云南
105	云南省第一人民医院	云南
106	云南省肿瘤医院	云南
107	浙江大学医学院附属第二医院	浙江
108	浙江省肿瘤医院（中国科学院大学附属肿瘤医院）	浙江
109	浙江省人民医院	浙江
110	浙江大学医学院附属第一医院城站院区	浙江
111	浙江大学医学院附属邵逸夫医院	浙江
112	浙江大学医学院附属第一医院庆春院区	浙江
113	浙江大学医学院附属第一医院之江院区	浙江
114	浙江大学医学院附属第一医院余杭院区	浙江
115	杭州市第一人民医院	浙江
116	浙江省中医院	浙江
117	宁波市第一医院	浙江
118	宁波市医疗中心李惠利医院	浙江
119	宁波大学附属人民医院（宁波市鄞州人民医院）	浙江
120	中国科学院大学宁波华美医院（北郊院区）	浙江
121	温州医科大学附属第一医院	浙江
122	中国人民解放军陆军军医大学第一附属医院（西南医院）	重庆
123	重庆大学附属肿瘤医院（重庆市肿瘤医院）	重庆
124	中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院（中国人民解放军陆军军医大学新桥医院）	重庆
125	重庆医科大学附属第一医院	重庆

3. 《医疗费用垫付申请及授权书》和《垫付确认书》

医疗费用垫付申请及授权书

(以下带*项为必填项)

客户信息

客户姓名*		保单号码*	
证件类型*	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 <hr/>	联系电话*	
证件号码*		电子邮箱*	

事故信息

事故类型*	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他 <hr/>		意外/病症首次发生日期			
主治医生姓名*			预估总费用*			
申请垫付金额*			特别提示:垫付仅限于保险责任范围内的费用			
本次就诊日期(年/月/日)	费用类型		发票(清单)数	发票(清单)金额	就诊医院	主要症状及诊断
	门诊	住院				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

事故经过及后续	
治疗方案	
<p>1、本人同意委托上海镁信健康科技有限公司就本次理赔事宜作为本人的代理人，代理权限为：办理理赔申请；受领理赔决定通知；受领给付款项并签署理赔材料等，授权有效期直至本次理赔结案为止。</p> <p>2、本人授权保险公司将本次申请应付理赔款直接与上海镁信健康科技有限公司进行结算。</p> <p>3、本人承诺，如本次理赔款金额小于上海镁信健康科技有限公司垫付金额的，本人将就差额部分向上海镁信健康科技有限公司承担偿还责任。</p> <p>客户（代办人）签名：</p>	

垫付确认书

(以下内容均为必填项)

客户姓名			
保单号			
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码	

就诊医院		入院日期	年 月 日
本次垫付事宜	<input type="checkbox"/> 住院押金垫付 <input type="checkbox"/> 住院期间续费服务 <input type="checkbox"/> 出院结算		
本次垫付金额 (单位:元)		大写	
注意事项: 1. 本人声明上述填写内容, 及本人提供的一切资料均完全属实, 并无虚假或重大遗漏, 如有虚假或隐瞒情况, 保险公司有权拒付保险赔偿金并依法追究法律责任。 2. 本人授权任何医生、医疗机构、药剂师、等机构或个人将本人或本人的附属被保险人就医治疗、接受护理的相关病历、病史、医药费用结算材料等资料信息(包括复印件)提供给保险公司及其授权委托的第三方公司。 3. 本垫付确认书由客户及经办人签字予以确认。若客户因身体原因无法签字的, 可由其代办人(直系亲属)签字认可, 效力等同于客户本人。此确认书一经签字, 由此产生的法律责任由客户及其代办人(直系亲属)承担。			
客户(代办人)签名:			