

中国人民财产保险股份有限公司

北京市医保补充医疗保险条款

人保财险备案条款（2021）1725 号

注册编号：C00000232512021072205361

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或对特定团体成员有保险利益的投保人可向保险人投保本保险。如团体为其成员向本公司投保本保险，参保成员的配偶与子女也可参加本保险。另有约定的按约定内容执行。

1.3 被保险人

除另有约定外，北京市**基本医疗保险**（见释义）的参保人且投保时为在保状态的，可作为本保险合同的被保险人。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

2.1.1 医保内医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的**等待期**（见释义）后经**指定医疗机构**（见释义）诊断并接受门诊、住院或其他保险合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在指定医疗机构内支出的**必需且合理**（见释义）的、符合当地基本医疗保险范围内的医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金。

2.1.2 医保外医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的等待期后经指定医疗机构诊断并接受住院或其他本保险合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在指定医疗机构（**不包括基本医疗保险定点社区卫生服务机构**）内支出的必需且合理的、当地基本医疗保险范围以外的医疗费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金。

2.1.3 特定药品医疗费用保险金

保险期间内，被保险人在本保险合同约定的等待期后经指定医疗机构的**专科医生**（见释义）诊断并开具处方，在保险合同约定的指定医疗机构、药店购买和使用保险合同约定的特定药品，对于该被保险人因此在指定医疗机构、药店支出的必需且合理的该特定药品费用，保险人按照本保险合同的约定给付保险金。

2.1.4 其他约定

- （1）投保人、保险人可以就上述“保险合同约定的治疗、检查”的具体内容进行约定，并在保险合同中载明。
- （2）投保人、保险人可以就上述“符合当地基本医疗保险范围内的医疗费用”、“当地基本医疗保险范围以外的医疗费用”的具体内容进行约定，并在保险合同中载明。
- （3）对于上述医疗费用，保险人在扣除被保险人按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿及保险合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付范围和给付比例，在对应的保险金额内给付保险金。
- （4）本保险合同各项保险责任下的免赔额、保险金额、给付比例由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。对特定医疗费用项目单独设置保险金额的，由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如无特别约定，医保内医疗费用保险免赔额为北京市基本医疗保险每年大病保险起付标准。
- （5）若被保险人在本保险合同等待期前罹患保险合同约定的特定既往症（见释义），则保险人根据约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。
- （6）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据另行约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。
- （7）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任自保险期间届满之时终止。
- （8）本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本保险合同的约定承担给付保险金的责任。
- （9）属于特定药品保险责任的药品清单，以保险人最新公布信息为准，保险人保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。
- （10）本保险合同等待期为 0 天。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （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；
- （3）被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀，故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （4）被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品；
- （5）被保险人酒后驾驶（见释义），无合法有效驾驶证驾驶（见释义），或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车；
- （6）遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

- (7) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物，未遵医嘱使用管制药物或处方药物（遵医嘱使用管制药物的情形不在此限），未按说明书所示的内容使用非处方药物（按使用说明的规定使用非处方药物的情形不在此限），未经专科医生处方自行购买的药品、有毒物质，专科医生开具的被保险人当前治疗必须的处方药品剂量超过1个月（不含）以上的药品费用；
- (8) 被保险人接受美容手术、矫形手术、视力矫正、牙科治疗（包括牙科保健和修复、拔牙、洗牙、牙齿美白、牙齿正畸、补牙、种植牙、镶牙等）、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；
- (9) 不孕不育治疗、人工受精、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、妊娠（含异位妊娠）、分娩（含剖腹产和难产）、流产（含人工流产）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、各类矫形及生理缺陷治疗（手术和检查检验项目）；
- (10) 被保险人接受各类医疗鉴定（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），接受各类医疗咨询（包括但不限于心理咨询、健康咨询、睡眠咨询），康复性治疗（见释义）、休养或疗养、特别护理或静养、身体健康检查、美容减肥、脱发治疗、戒烟戒酒；
- (11) 体外使用的医疗辅助设备（包括义肢、假体、义眼、助听器、眼镜或隐形眼镜、轮椅、拐杖、康复治疗器械、按摩保健用品、非处方医疗器械等）的购买、租用、安装和置换费用；
- (12) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗，或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- (13) 工伤（见释义）、医疗事故（见释义），应当由第三人或公共卫生部门负担的责任；
- (14) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外接受治疗；
- (15) 接种预防性疫苗，购买避孕药品，未纳入当地基本医疗保险范围内的维生素、营养品，保健药品、滋补药品及含国家珍贵或濒危动植物材料药品；
- (16) 除因HIV职业暴露（见释义）感染的情形外，被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）期间遭受的意外伤害或罹患疾病；
- (17) 被保险人患有精神和行为障碍（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）；

2.2.2 对于使用本保险合同约定的特定药品的被保险人，在2.2.1以外，如存在下列情形的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (1) 被保险人未经医生处方用药；
- (2) 被保险人在非本保险合同指定医疗机构、药房购买药品，但保险合同中未指定医疗机构、药房的不在此列；
- (3) 国内上市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、用法、用量不符；国外上市且国内未上市药品处方的开具与该药品出口地区管理部门批准的适应症、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疾病治疗有效;
 - (5) 药品处方的开具与本产品《特定药品目录》的范围不符;
 - (6) 被保险人的疾病状况,经审核,确定对药品已经耐药,而产生的费用(耐药是指:a.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。b.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(包括:中国临床肿瘤学会(CSCO)、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫健委、美国国家综合癌症网络(NCCN)等)的指南规范,对患者的骨髓形态学、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。)
 - (7) 被保险人符合慈善援助用药申请,但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全,导致援助项目申请未通过而发生的药品费用;被保险人通过援助审核,但因被保险人原因未领取援助药品,视为被保险人自愿放弃本保险合同项下适用的保险权益。
- 2.2.3 除当地基本医疗保险相关制度以外,其他当地法律、法规规定不予支付的医疗费用,保险人不承担给付保险金责任。
- 2.2.4 被保险人不符合入院标准、挂床住院(见释义)或住院病人应当出院而拒不出院,从医院确定其应当离院之日起发生的一切医疗费用,保险人不承担给付保险金责任。
- 2.2.5 对于本保险合同载明的免赔额,保险人不承担给付保险金的责任。
- 2.3 保险金额
- 每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。
- 保险金额由投保人和保险人双方约定,并在保险单中载明。
- 每一被保险人的保险金额一经确定,在保险期间内不得变更。
- 2.4 保险期间
- 保险期间为1年,以保险单载明的起讫时间为准。
- 2.5 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满,投保人需要重新向保险公司申请投保本产品,并经保险人同意,交纳保险费,获得新的保险合同。
- 3 投保人、被保险人义务
- 3.1 交费义务
- 除另有约定外,投保人应当在保险合同成立时交清保险费。
- 3.2 如实告知义务
- 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问,履行如实告知义务。
- 3.3 住址或通讯地址变更通知义务
- 投保人住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。
- 3.4 被保险人变动通知义务
- 在保险期间内,团体保险的投保人因其人员变动,需增加、减少被保险人时,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。
- 被保险人人数增加时,保险人在审核同意后出具批单,于批单生效日零时开始承担保险责任,并按约定增收相应的保险费。
- 被保险人人数减少时,投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明,保险人在审核同意后出具批单,于批单生效日零时起,对减少的被保险人终止保险责任,并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或

已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。**若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。**

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险人义务

- (1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。
- (2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。
- (3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。
- (4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人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 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- (5) 保险人自收到给付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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。
- (6) 如保险人承保的为团体健康保险，应当以书面或者口头等形式告知每个被保险人其参保情况以及相关权益。
- (7) 如投保人解除的为团体健康保险合同，保险人应当要求投保人提供已通知被保险人退保的有效证明。

5 保险金申请

5.2 保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (4) 由医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结（如存在住院的）、医疗费用发票（包含费用清单）及其他重要医疗记录（包括但不限于住院志（如存在住院的）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、病理资料、护理记录等），由指定医疗机构、药店出具的药品费用清单以及收据或发票；
- (5) 对于已经从基本医疗保险、公费医疗、大病保险、医疗救助和任何第三方

（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

（6） 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。

5.2 投保人和保险人经约定，可就特定保障内容的理赔申请流程和材料进行约定并在保险合同中载明；如该约定内容与 5.1 不符的，以保险合同中载明的该约定内容为准；如保险合同中未载明的，则仍按照 5.1 的约定申请保险金。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的**现金价值**（见释义）；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已缴纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

（1） 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；

（2） 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保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）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，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险。

9.2 等待期

是指自本保险合同起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。

续保的情况下，等待期为 0 天。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同；续保的新保险合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

被保险人因意外伤害造成的医疗费用支出，等待期为 0 天。

9.3 指定医疗机构

除本保险合同另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香

港、澳门、台湾地区)基本医疗保险定点社区卫生服务机构、二级(含)及以上医院或保险人认可的医疗机构(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),且应符合下列所有条件:

- (1) 拥有合法经营执照;
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务;
- (3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务;
- (4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等,但须在保险合同中载明。

9.4 必需且合理

指符合以下2个条件:

(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。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、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;
- ⑤ 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

9.5 专科医生

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。

9.6 保险合同约定的特定既往症

指保险合同中载明的、被保险人在等待期前罹患的、被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于:

- (1) 被保险人在等待期前,医生已有明确诊断,长期治疗未间断;
- (2) 被保险人在等待期前,医生已有明确诊断,治疗后症状未完全消失,有间断用药或接受治疗的情况;
- (3) 被保险人在等待期前发生,未经医生诊断和治疗,但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

“保险合同约定的特定既往症”,应以保险合同载明为准。除本合同约定的特定既往症人群,其他人群为健康人群。

9.7 酒后驾驶

指经检测或者鉴定,发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准,公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定

认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

9.8 无合法有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

(1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9.9 无合法有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.10 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。

9.11 先天畸形、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》第十次修订版（ICD-10）确定。

9.12 康复性治疗

指利用物理治疗、作业治疗、言语治疗方法以诊断、治疗残疾和疾病（包括疼痛），使病、伤、残者得到康复，消除或减轻功能障碍，发挥身体残留部分功能，尽可能恢复其生活自理能力、运动能力、工作能力以重新回归社会。

9.13 工伤

指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。

9.14 医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

9.15 HIV 职业暴露

指卫生保健人员或人民警察在职业工作中与 HIV 感染者的血液、组织或其他体液等接触而具有感染 HIV 的风险。

9.16 挂床住院

指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续五日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

住院指被保险人入住医院的正式病房接受治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情形：

(1) 被保险人入住医院的门（急）诊观察室、家庭病床（房）；

(2) 被保险人入住康复科、康复病床（房）或接受康复治疗；

(3) 被保险人住院期间一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的情形除外；

(4) 被保险人未达到入院标准而办理入院手续，或已达到出院标准而不办理出院手续；

(5) 被保险人住院体检;

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。

9.17 保险金申请人

本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.18 现金价值

除另有约定外, 现金价值=保险费 $\times$ (1- m/n), 其中, m 为已生效天数, n 为保险期间的天数, 经过日期不足一日的按一日计算。

