

患者自诉，在成都某医院进行治疗，最终花费47000元的治疗费用，包含了药品费用，丙类药品16000元，手术费用，床位费等等，没有进口器材设备的费用，可最终社保仅仅报销了19000元，剩下的他参与了惠民保险，可最终惠民保险却没有给他进行理赔。

以前我看到过一个博主说过一句话：
保险报销，对于不了解保险的人，永远是一个谜。

是的，现实当中确实是这样，很多人根本不知道自己的保险能报多少，包括社保，还有很多人迷之自信的认为，自己的医保能报90%，98%。



也就是说越大的病，自费的比例就会越高。

除开药品和设备之外的剩余部分才是按照一定的比例进行报销。也就是很多人理解的80%，90%。我们可以知道，即便是按照100%报销，也是不可能将我们在医院的花费全部报销。

而案例当中的客户，47000元的治疗费用，其中丙类药品费用就高达16000元，也就是剩下的31000元才是社保内可报销的部分，当然案例当中并没有涉及到进口器

材等。客户最终报销19000元，也就是说他的报销比例是 $19000/31000 \approx 60\%$ ，也就是按照最低的报销比例进行报销的。

他参与了成都的惠民保险，为什么惠民保险没有进行报销？



这个案例跟大家可以带着介绍一下百万医疗，这种类型的医疗保险是近几年非常火的保险，一年就几百元，就可以获得高达几百万的保障额度。性价比真的是达到了极致。

究其原因，就是因为百万医疗有一个门槛的设置，现在百万医疗的门槛一般都是1万，或者2万。

因为是商业医疗险，所以并没有社保报销范围的限制。也就是说如果百万医疗的门槛是1万，那么这个患者的28000元自费部分，百万医疗可以报销 $28000 - 10000 = 18000$ 元。

对于社保、惠民保和百万医疗的报销，您觉得是什么样的，可以说说您的看法！

最最重要的提示：

医疗险尽量不要重复购买，因为医疗险是属于报销型的，也就是说花费100元，最多就报销100元，不论你买了多少家公司的医疗险，包括我们的医保和惠民保。