



PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

CODIGO DE PLAN : 2ISAUA0012		NOMBRE : INTEGRAMEDICA ULTRA A-3																			
TIPO DE PLAN : INDIVIDUAL		FUN Nº																			
PRESTACIONES		1a) OFERTA PREFERENTE		Tope max.		LIBRE ELECCIÓN		Tope max.													
		% Bonif.		Tope Bonificación		Copago Fijo		Año/Benef/UF (2b)		% Bonif.		Tope Bonificación		Año/Benef/UF (2b)							
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA																					
Día Cama Especialidades		90 % Sin Tope a2) RED HOSPITALARIA ULTRA Planes INTEGRAMEDICA Habitación Individual				Sin Tope		80%		3.50 UF		Sin Tope									
Día cama Cuidados Intensivos o Coronarios										6.30 UF											
Día cama Cuidados Intermedios										6.30 UF											
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia						1.75 UF															
Día Cama Observación-Recuperación						3.50 VA															
Derecho de Pabellón						2.80 VA															
Exámenes de Laboratorio						1.00 VA															
Exámenes de Histopatología						1.10 VA															
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						1.30 VA															
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						0.80 VA															
Kinesiología y fisioterapia						15.00 UF				1.17 VA		7.50 UF									
Medicamentos en hospitalización (2g)		UF 70				Sin Tope		70%		11.00 UF		Sin Tope									
Materiales Clínicos e Insumos (2g)		UF 70								5.50 UF											
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (*) (1c)		(*))Staff ISA								1.40 VA											
Honorarios Médicos Quirúrgicos (*)		100%		Staff Preferente Plan INTEGRAMEDICA		1.70 VA															
Visita Médico Tratante (*)						0.45 UF															
Visita Interconsultor (*) (1b)						0.45 UF															
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.						1.28 VA															
Traslados médicos		Cobertura Libre Elección								2.52 VA				57.00 UF							
Quimioterapia (2d)										5.70 UF											
PRESTACIONES AMBULATORIAS																					
Consulta Médica				(a1)		\$ 5,000		Sin Tope		70%		0.45 UF		Sin Tope							
Consulta Oftalmológica						\$ 6,000						0.50 UF									
Exámenes de Laboratorio		90%		I N T E G R A M E D I C A		Sin Tope		1.00 VA													
Exámenes de Histopatología								1.10 VA													
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)								1.30 VA													
Pabellón Ambulatorio(1d)								2.80 VA													
Procedimientos (1c)						Sin Tope		1.30 VA													
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1d)		1.70 VA																			
Atención integral de enfermería (2h)		1.30 VA																			
Atención integral de nutricionista (2h)		1.30 VA																			
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)		80%						15.00 UF		0.80 VA		7.50 UF									
Kinesiología y fisioterapia								15.00 UF		0.24 UF		7.50 UF									
Consulta Psiquiatría						15.00 UF		1.20 VA		7.50 UF											
Psiquiatría Ambulatoria						15.00 UF		1.20 VA		7.50 UF											
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria								2.08 VA		8.25 UF											
Fonoaudiología								1.30 VA		Sin Tope											
Radioterapia								5.70 UF		57.00 UF											
Quimioterapia (2d)		Sólo Cobertura Libre Elección						1.28 VA		Sin Tope											
Prótesis y Ortesis																					
PRESTACIONES RESTRINGIDAS																					
Día Cama Psiquiatría (1e)		Sólo Cobertura Libre Elección				80%		0.88 UF		10.00 UF											
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1f)								2.75 UF		10.00 UF											
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1e)								3.50 VA		10.00 UF											
Día Cama Clínica de Recuperación								0.88 UF		10.00 UF											
PET -CT								1.30 VA		Sin Tope											
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva (lasik) : Honorarios (2e)								1.70 VA													
Cirugía de Bariátrica, Metabólica y Fotorrefractiva (lasik) : Pabellón (2e)								2.80 VA													
Drogas Biológicas (2f)								2.75 UF													
OTRAS COBERTURAS																					
Box ambulatorio (2a)								80%		Sin Tope				70%		3.50 VA		Sin Tope			
Medicamentos Ambulatorios (1j)										1.10 UF											
Óptica (1h)		Sólo Cobertura Libre Elección				80%		2.50 VA		1.00 UF											
Traslados (1i)										2.52 VA		Sin Tope									
Cobertura Internacional		La cobertura Internacional opera por reembolso y se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la Libre Elección, sin que sean aplicables las coberturas preferentes y está afecta a un tope anual por beneficiario de UF 1000. Para obtener la cobertura, el beneficiario deberá ceñirse a lo señalado en la letra b) del artículo 10° de las Condiciones generales del contrato de salud Previsional. En caso de documentos y/o comprobantes de pago que se presenten en idiomas extranjeros distintos del inglés, deberán entregarse traducidos para proceder a su liquidación.																			
ATENCIONES DE URGENCIA																					
Prestadores RED Hospitalaria ULTRA Planes Integramedica (a2)		Consulta Urgencia (*) (1g)				\$ 9,000				70%		0.50 UF		Sin Tope							
		RNM- PRO-HMQ-DPA		70%		Sin Tope															
		EXS, RX,TAC,ECO																			
		Medicamentos Ambulatorios (1j)																			
PRESTADORES DERIVADOS a1.2																					
Consulta Urgencia (*) (1g)		Clínica Dávila				\$ 9,000															
PRESTACIONES AMBULATORIAS		Clínica Avansalud y Clínica Bicentenario																			
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA																					
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.																					
Fono CruzBlanca 600 818 0000																					
CruzBlanca																					
www.cruzblanca.cl																					