




CODIGO DE PLAN :		3ISASB0714		NOMBRE :		INTEGRAMEDICA SUPER B - 3					
TIPO DE PLAN :		INDIVIDUAL					FUN N°				
PRESTACIONES		1.a) OFERTA PREFERENTE			Tope máximo año contrato por Beneficiario (2.b)	LIBRE ELECCIÓN		Tope máximo año contrato por Beneficiario (2.b)			
		Bonificación		Copago Fijo							
		%	Tope								
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA											
Día Cama Especialidades Día cama Cuidados Intensivos o Coronarios Día cama Cuidados Intermedios Día Cama Sala Cuna-Fototerapia Día Cama Observación-Recuperación Derecho de Pabellón Exámenes de Laboratorio Exámenes de Histopatología Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) Kinesiología y fisioterapia Medicamentos en hospitalización (2.g) Materiales Clínicos e Insumos (2.g)		90 % Sin Tope a.2) RED HOSPITALARIA SUPER Planes INTEGRAMEDICA Habitación Doble y Triple			Sin Tope	70%	3.50 UF 6.30 UF 6.30 UF 1.75 UF 3.50 VA 2.80 VA 1.00 VA 1.10 VA 1.30 VA 0.80 VA	Sin Tope			
					15.00 UF		1.17 VA 11.00 UF 5.50 UF		7.50 UF		
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (**) (1.c) Honorarios Médicos Quirúrgicos (**) (1.b) Visita Médico Tratante (**) (1.b) Visita Interconsultor (**) (1.b)		80%	UF 50 UF 50		Sin Tope		1.40 VA 1.70 VA 0.45 UF 0.45 UF		Sin Tope		
		100%	(* *)Staff ISA Staff Preferente Plan INTEGRAMEDICA								
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis. Traslados médicos (1.i) Drogas Biológicas (2.g) Quimioterapia (2.d)		Cobertura Libre Elección				70%	1.28 VA 2.52 VA 5.70 UF 5.70 UF	57.00 UF 57.00 UF			
PRESTACIONES AMBULATORIAS											
Consulta Médica Consulta Oftalmológica Exámenes de Laboratorio Exámenes de Histopatología Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) Pabellón Ambulatorio(1.d) Procedimientos (1.c) Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d) Atención integral de enfermería (2.h) Atención integral de nutricionista (2.h)		90%	(a.1) I N T E G R A M E D I C A	UF 0.25 UF 0.29	Sin Tope	70%	0.32 UF 0.40 UF 1.00 VA 1.10 VA 1.30 VA 2.80 VA 1.30 VA 1.70 VA 1.30 VA 1.30 VA 0.80 VA	Sin Tope			
				Sin Tope			15.00 UF 15.00 UF 15.00 UF 15.00 UF 15.00 UF		1.17 VA 0.24 UF 1.20 VA 1.20 VA 2.08 VA		
					Sin Tope		1.30 VA 5.70 UF 1.28 VA		4.29 UF Sin Tope 7.50 UF 7.50 UF 7.50 UF 7.50 UF		
							Sin Tope		1.00 VA 1.00 VA	8.25 UF Sin Tope 57.00 UF Sin Tope	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) Kinesiología y fisioterapia Consulta Psiquiatría Psiquiatría Ambulatoria Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia (2.d) Prótesis y Ortesis		Sólo Cobertura Libre Elección	40%			1.00 VA		0.82 UF 0.83 UF 1.25 UF 1.42 UF 1.51 UF 1.83 UF			
Prestaciones Dentales PAD (1.i) Obturación: Diagnóstico y tratamiento de 1 pieza dental Obturación: Tratamiento más de 1 y hasta 4 piezas dentales Obturación: Tratamiento más de 4 piezas dentales Endodoncia: Incisivo Endodoncia: Premolar Endodoncia: Molar				40%				1.00 VA 1.00 VA	4.00 UF 12.00 UF		
Prestaciones Fertilización PAD (1.e): Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer											
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.a.1.1)											
Día Cama Psiquiatría Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f) Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas Día Cama Clínica de Recuperación PET -CT Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva (lasik) : Honorarios (2.e) Cirugía de Bariátrica, Metabólica y Fotorrefractiva (lasik) : Pabellón (2.e)		Sólo Cobertura Libre Elección				70%	0.88 UF 2.75 UF 3.50 VA 0.88 UF 1.30 VA 1.70 VA 2.80 VA		10.00 UF 10.00 UF 10.00 UF 10.00 UF Sin Tope		
OTRAS COBERTURAS											
Box ambulatorio (1.d) (2.a) Medicamentos Ambulatorios (1.j) Óptica (1.h) Traslados (1.i)		70%	Sin Tope			70%	3.50 VA 1.10 UF 2.50 VA 2.52 VA	Sin Tope 1.00 UF Sin Tope			
Cobertura Internacional (1.k)		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.									
ATENCIONES DE URGENCIA											
Prestadores RED Hospitalaria Super Planes Integramedica (a2)	Consulta Urgencia (*) (1.g)			UF 0.55		70%	0.40 UF	Sin Tope			
	RNM- PRO-HMQ-DPA	70%	Sin Tope								
	EXS, RX,TAC,ECO										
	Medicamentos Ambulatorios (1.j)										
PRESTADORES DERIVADOS 1.a.1.2											
Consulta Urgencia (*) (1.g)		Clínica Dávila		UF 0.55							
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						