

Nombre Convenio	IO VISION DESCUENTO EN CAJA	
Ciudad	SUCURSALES: TODAS	
Servicio	EXAMEN	% DE BENEFICIO
	HEMOGRAMA	20%
	VHS	20%
	PROTOMBINA	20%
	PREFIL BIOQUIMICO	20%
	VENOSA	20%
ECOCARDIOGRAMA DE REPOSO	20%	
Condición Prestación	ISAPRE CRUZ BLANCA Y COLMENA COPAGO 0. OTRAS ISAPRES FONASA N1	
Modalidad	SE REALIZA EL DESCUENTO EN CAJA	
Tipo de pago	MEDIANTE HUELLA IMED	
Agenda	NORMAL (Call Center 224905500 – 6004205500, WhatsApp: +569 42823570, cotizaciones email: contacto@laboratorioblanco.cl)	
Contacto Casos críticos	A PACIENTE	
Ingreso de pacientes	ORDEN MEDICA	
Entrega de Resultados	TIEMPO y FORMA ESTANDAR, PORTAL WEB.	



Av. Subeña 882, Providencia, Santiago
 T: 22 490 5500 - 600 420 5500
 www.instituto.cl

Instituto de la VISION

Nombre: _____
 Rut: _____ Edad: _____
 Profesión: _____

SE SOLICITA:

EXAMEN DE SANGRE
 Hemograma y VHS
 Protombina
 Perfil Bioquímico

ELECTROCARDIOGRAMA

Tiempo: _____ Forma: _____