

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "A"

DETALLE DE BENEFICIOS Y CARENCIAS

CODIGO	CONCEPTO	CARENCIAS	COBERTURAS
1	Consultas	Inmediata	
1.1	Consultorios		Sin Límites
1.2	Domicilio (Ambulancia)		Sin Límites
1.3	Consultas en Psiquiatría		10 consultas por beneficiario por año
1.4	Consultas en Nutrición		10 consultas por beneficiario por año
1.5	Consultas en Psicología		10 consultas por beneficiario por año
1.6	Consultas en Fonoaudiología		10 consultas por beneficiario por año
2	Urgencias y Procedimientos derivados de la Urgencia	Inmediata	Sin Límites
2.1	Honorarios		100%
2.2	Uso de Sala		100%
2.3	Procedimientos con cirujano general o médico de guardia:		100%
2.3.1	Suturas o cirugía menor o mediana		100%
2.3.2	Curaciones		100%
2.3.3	Extracción de cuerpos extraños		100%
2.3.4	Extracción de uñas encarnadas		100%
2.3.5	Drenajes de abscesos, hematomas		100%
2.3.6	Lavado de oído		100%
2.3.7	Lavado gástrico (Excepto intoxicación medicamentosa)		100%
2.3.8	Sondaje vesical		100%
2.3.9	Sondaje nasogástrico		100%
2.3.10	Talla vesical		100%
2.3.11	Taponamiento nasal		100%
2.3.12	Traqueostomía		100%
2.3.13	Vía venosa central		100%
2.4	Procedimientos con especialistas en urgencias:		
2.4.1	Traumatología: con profesionales habilitados por SMM		
2.4.1.1	Reducción de fracturas		100%
2.4.1.2	Colocación/Extracción de enyesado		100%
2.4.1.3	Colocación de vendajes		100%
2.4.1.4	Infiltración articular (casos agudos: Ej: rodilla, hombro, codo, tobillo etc.)		100%
2.4.1.5	Enyesados simples. (No incluye yeso sintético)		100%
2.4.2	Proctología: con profesionales habilitados por SMM		
2.4.2.1	Trombectomía en hemorroides trombosadas		100%
2.5	Punción Diagnóstica		
2.5.1	Punción abdominal		100%
2.5.2	Punción pleural		100%
2.5.3	Punción lumbar		100%
2.6	Electrocardiograma		100%
2.7	Medicamentos y Descartables (por evento)		100%
3	Ambulancia (Asunción, Gran Asunción)	Inmediata	Sin límites
3.1	Atención de urgencia y/o emergencia		100%
3.2	Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia		100%
3.3	Electrocardiograma a domicilio		100%
3.4	Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencias		100%
3.5	Consulta médica a domicilio		100%
4	Enfermería	Inmediata	
4.1	Aplicación de Inyectables		Sin Medicamentos
4.2	Nebulizaciones		Con Medicamentos
4.3	Toma de Presión		100%
4.4	Enema		Sin Medicamentos
4.5	Control de HGT		100%
5	Intervenciones Quirúrgicas		
	Eventos Agudos	Inmediata	ILIMITADO
	Eventos Programados, vía convencional	Inmediata	
5.1	Cirujano		100%
5.2	Ayudantía		100%
5.3	Instrumentador		100%
5.4	Anestesiista		100%
5.5	Transfusionista (Honorarios, no incluye material ni estudio serológico por unidad transfundida)		Hasta 15 Transfusiones Por beneficiario por evento:
5.6	Patólogo (Biopsia Convencional y extemporánea),		100%

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "A"

DETALLE DE BENEFICIOS Y CARENCIAS

CODIGO	CONCEPTO	CARENCIAS	COBERTURAS
5.7	Derecho Operatorio		100%
5.8	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
5.9	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
6	Internaciones Clínicas	Inmediata	40 DIAS POR BENEFICIARIO POR
6.1	Honorarios del médico tratante en Internaciones Clínicas		100%
6.2	Interconsultas en Internaciones Clínicas con Especialistas del plantel de SMM		2 (dos) Especialistas
6.3	Transfusiones (Honorarios, no incluye material ni estudio serológico por unidad transfundida)		Hasta 15 Transfusiones Por beneficiario por evento:
6.4	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
6.5	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
7	Unidad de Terapia Intensiva Polivalente	Inmediata	30 días por Beneficiario por año
	Unidad de Terapia Intensiva Cardiovascular		
7.1	Terapista de Guardia		100%
7.2	Interconsulta con Especialista del plantel de SMM		2 (dos) Profesionales
7.3	Enfermera de Guardia de la Unidad		100%
7.4	Pensión Sanatorial U.T.I		100%
7.5	Dieta Normal		100%
7.6	Monitor Cardiaco		100%
7.7	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		Según tope establecido en cobertura clínica ó quirúrgica
8	Maternidad (Excepto eventos derivados de fertilizacion asistida)	Inmediata	
8.1	Ginecólogo		100%
8.2	Ayudante		100%
8.3	Instrumentador		100%
8.4	Anestesista		100%
8.5	Transfusionista (Honorarios, no incluye material ni estudio serológico por unidad transfundida)		Hasta 15 Transfusiones Por beneficiario por evento:
8.6	Pediatra		100%
8.7	Derecho Operatorio		100%
8.8	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		Hasta el alta del paciente
8.9	Nursery		Hasta el alta de la madre
8.10	Medicamentos y Descartables, incluye Oxígeno, Gases anestésicos. No incluye leche maternizada, pañales, biberón, chupete y otros artículos no considerados materiales clínico/quirúrgico.		3.000.000 Gs.
8.11	Uso de Carpa de Oxígeno		25 Días
8.12	Luminoterapia		25 Días
8.13	Incubadora		25 Días
8.14	U.T.I. Neonatal		25 Días
9.	Prematuridad (en Recién Nacidos menor a 37 semanas)	Inmediata	
9.1	Pensión Sanatorial en UCIN		5 Días
9.2	Luminoterapia		10 Días
9.3	Incubadora		10 Días
9.4	Medicamentos y Descartables, incluye Oxígeno y Gases anestésicos (por evento)		2.500.000 Gs.
9.5	Análisis laboratoriales, Estudios Radiológicos y Especializados		Según Anexos
10	Análisis Clínicos	Inmediata	Según Anexo
11	Estudios Radiológicos	Inmediata	Según Anexo
12	Estudios Especializados	Inmediata	Según Anexo
13	Recargo por Toma de Muestra a Domicilio Asuncion/Gran Asuncion	Inmediata	Sí
14	Recargo por Atención fuera de Horario	Inmediata	Sí
15	Traslados de Equipos Portátiles	Inmediata	Sí
<i>En eventos: Ambulatorios, Clínicos, Quirúrgicos, Maternidad, Uti, Procedimientos Especializados.-</i>			
16	Procedimientos Especializados		

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "A"

DETALLE DE BENEFICIOS Y CARENCIAS

CODIGO	CONCEPTO	CARENCIAS	COBERTURAS
16.1	Videolaparoscopías (Apéndice, Vesícula y Ginecológica Incluye Histeroscopia Diagnostica y Terapeutica)	Inmediata	
16.1.1	Honorarios (según punto 5 del Anexo)		100%
16.1.2	Derecho Operatorio		100%
16.1.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
16.1.4	Uso de Equipo		
16.1.5	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
16.2	Artroscopía de Rodilla: Diagnóstica o Terapeutica de Meniscos	Inmediata	
16.2.1	Honorarios (según punto 5 del Anexo)		100%
16.2.2	Derecho Operatorio		100%
16.2.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
16.2.4	Uso de Equipo		100%
16.2.5	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
16.3	Laparoscopia Diagnóstica	Inmediata	
16.3.1	Honorarios (según punto 5 del Anexo)		100%
16.3.2	Derecho Operatorio		100%
16.3.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
16.3.4	Uso de Equipo		100%
16.3.5	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
16.4	RTU de Próstata	Inmediata	
16.4.1	Honorarios (según punto 5 del Anexo)		100%
16.4.2	Derecho Operatorio		100%
16.4.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
16.4.4	Uso de Equipo		100%
16.4.5	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
16.5	Cataratas	Inmediata	
16.5.1	Honorarios (según punto 5 del Anexo)		100%
16.5.2	Derecho Operatorio		100%
16.5.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad)		100%
16.5.4	Microscopio y Faco		100%
16.5.5	L.I.O. y Sustancia Viscolastica		A Cargo del Socio
16.5.6	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos. No incluye medicamentos de uso habitual.		3.000.000 Gs.
16.6	Cirugía de Várices por indicación médica (Safenectomia y/o Flebectomía)	Inmediata	
16.6.1	Honorarios Médicos del Plantel SMM		50%
16.6.2	Derecho Operatorio		100%
16.6.3	Pensión Sanatorial, (suite, según disponibilidad) en SMB		100%
16.6.4	Medicamentos y Descartables (por evento), incluye utilización de Oxígeno y Gases Anestésicos		3.000.000 Gs.
17	Vacunas pediátricas - Según esquema del MSP y BS, Exclusivo en el Vacunatorio del SMB	Inmediata	
17.1	BCG (TBC)		100%
17.2	Polio (SABIN)		100%
17.3	Triple Viral (MMR)		100%
17.4	Triple (DPT)		100%
18	Fisioterapia ambulatoria	Inmediata	30 sesiones por beneficiario por año
18.1	Ondas cortas, Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical, Magnetoterapia y Láser		100%
18.2	Fisioterapia Neurológica		Aranceles Preferenciales
18.3	Fisioterapia Posterior a cirugías estéticas		Aranceles Preferenciales

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "A"

DETALLE DE BENEFICIOS Y CARENCIAS

CODIGO	CONCEPTO	CARENCIAS	COBERTURAS
18.4	Hidroterapia		Aranceles Preferenciales
18.5	Fisioterapia sanatorial		Aranceles Preferenciales
19	Equipos y/o Instrumentales proveídos por médicos en intervenciones quirúrgicas		A Cargo del Socio
20	Exámen Ortóptico	Inmediata	100%
21	Ejercicios Ortópticos	Inmediata	30 sesiones por beneficiario por año

COBERTURA ESPECIAL

Contrariamente a lo establecido en las Condiciones Generales del Contrato, SMM reconocerá la cobertura de los siguientes eventos específicos que afecten al titular y los adherentes.

COD	DESCRIPCION	COBERTURA
1	Cirugía Plástica reparadora derivada de eventos agudos (accidentes)	
1.1	Honorarios profesionales con médicos del Staff de SMM	CUBRE
1.2	Pensión sanatorial	CUBRE
1.3	Derecho operatorio	CUBRE
1.4	Medicamentos y descartables según tope establecido para intervenciones quirúrgicas	CUBRE
2	Quemaduras de segundo y tercer grado, hasta el 25% de la superficie corporal	
2.1	Honorarios profesionales con médicos del Staff de SMM	CUBRE
2.2	Pensión sanatorial	CUBRE
2.3	Derecho operatorio	CUBRE
2.4	Medicamentos y descartables según tope establecido para intervenciones quirúrgicas	CUBRE
3	Chequeo Médico Anual y Preadmisional a pedido de la Contratante	
3.1	Corresponde un chequeo médico anual por Beneficiario Titular o para futuros Funcionarios. El examen será eminentemente clínico, y será realizado por un Médico Clínico designado por SERVICIOS MEDICOS MIGONE, quién oficiará un informe detallado por cada funcionario el que será remitido a la Contratante para su conocimiento. <u>Concluido los chequeos, el plazo de entrega de los informes será: Chequeos Anuales 30 días hábiles y Chequeos Preadmisionales 5 días hábiles.</u> En caso de requerirse estudios que el médico considere necesario para su diagnóstico, se encuentran incluidos sin costo para el Beneficiario los siguientes:	CUBRE
3.2	Electrocardiograma	CUBRE
3.3	Radiografía de Tórax	CUBRE
3.4	Análisis de Laboratorio: Colesterol Total, Creatinina, Glicemia, Hemograma completo, Triglicéridos, Urea, Orina simple y sedimento, PAS (Antígeno Prostatico Especifico, solo en Chequeos Anuales).	CUBRE
3.5	P.A.P. Cuello de Uterino	CUBRE
3.6	Para los chequeos preadmisiales, si el postulante a la Empresa no es admitido luego de la realización del chequeo medico, el costo del mismo deberá ser asumido en su totalidad por la Empresa Contratante.	
4	Honorarios Profesionales, Derecho Operatorio y Pensión Sanatorial en afecciones congénitas en niños	
4.1	Pie bot	CUBRE
4.2	Hidrocefalia (No incluye válvula, ni materiales)	CUBRE
4.3	Ano imperforado	CUBRE
4.4	Hernias	CUBRE
4.5	Labio Leporino	CUBRE
4.6	Fimosis por indicación médica	CUBRE
5	Honorarios Profesionales por procedimientos dermatológicos realizados por los profesionales habilitados:	
5.1	Electrocoagulación	CUBRE
5.2	Extirpación de nevus, verrugas	CUBRE
5.3	Crioterapia de lesiones benignas	CUBRE
5.4	Curetaje de molusco contagioso	CUBRE
5.5	Quiste epidérmico y sebáceo	CUBRE
6	Cobertura de Derecho Operatorio y Pensión Sanatorial en el Sanatorio Migone, no incluye la utilización de prótesis	
6.1	Neurocirugía	CUBRE
6.2	Cirugía Cardiovascular	CUBRE

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "A"

DETALLE DE BENEFICIOS Y CARENCIAS

CODIGO	CONCEPTO	CARENCIAS	COBERTURAS
6.3	Cirugía Vascul ar Periférica		CUBRE
6.4	Cirugías Odontológicas		CUBRE
6.5	Cirugía Torácica		CUBRE
6.6	Internaciones en tratamientos de Oncología clínica		CUBRE
7	Honorarios Profesionales, Pensión Sanatorial, Medicamentos y Descartables según tope establecido para intervenciones quirúrgicas, por procedimientos Oftalmológicos realizados por profesionales habilitados:		
7.1.	Chalazión		CUBRE
7.2.	Pterigión		CUBRE
7.3.	Cuerpo Extraño Corneal		CUBRE
7.4.	Sutura Conjuntival		CUBRE
7.5.	Sondaje de Vías Lagrimales		CUBRE
7.6.	Herida de Vías Lagrimales		CUBRE
7.7.	Heridas de Párpados		CUBRE
7.8.	Herida Penetrante simple de córnea		CUBRE
7.9.	Enucleación		CUBRE
7.10.	Herida penetrante complicada de globo ocular		CUBRE
7.11.	Inyección Retrobulbar		CUBRE
7.12.	Papilotomía de Párpado		CUBRE

OBSERVACIONES:

1.) Se establece una cantidad mínima de 70 (Setenta) titulares para la entrada en vigencia del presente contrato.

2.) Dicha cantidad mínima deberá ser mantenida durante el año de contrato, caso contrario, se procederá a la revisión de las coberturas y los precios.

3.- Los nuevos Funcionarios contratados y su grupo familiar directo (Titular, conyuge e hijos y/o Titular soltero con padres) que se incorporen durante la vigencia del contrato tendrán vigencia inmediata en todos los servicios, siempre que ingresen todos juntos.

4.) Los beneficiarios Adherentes que se incorporen en durante la vigencia del presente Contrato, se les aplicará periodos de carencias para acceder a los servicios pactados. Las carencias a ser cumplidas son:

DE LAS VIGENCIAS DEL CONTRATO

1		Estudios Especializados		2 meses
2		Fisioterapia		2 meses
3		Internaciones		
	3.1.	Clínicas		3 meses
	3.2.	Agudas		3 meses
	3.3.	Programadas		4 meses
	3.4.	Maternidad (Excepto eventos derivados de fertilización asistida)		9 meses
	3.5.	Procedimientos Especializados		6 meses
4		Unidad de Terapia Intensiva y/o Intermedia		6 meses
5		Las personas que requieran los servicios y no hayan cumplido las vigencias correspondientes según tabla de vigencias, podrán acceder a los servicios ofrecidos por SMM con costos preferenciales, previo asesoramiento y autorización del Dpto. Médico, con referencia a los costos y centros a utilizar		

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "B"

ANALISIS LABORATORIALES

17 BETA ESTRADIOL	CA 19.9	CULTIVO PARA HONGOS DE BIOPSIA
17 HIDROXICORTICOSTEROIDES	CALCIO	CURVA DE LA GLUCOSA 3 HORAS
A.C.T.H.	CALCIO (O)	CURVA DE LA GLUCOSA 4 HORAS
ACIDO ACETIL SALICILICO	CALCIO IONICO	CURVA DE LA GLUCOSA 5 HORAS
ACIDO FENILPIRUVICO	CALCITONINA	DEHIDROTESTOSTERONA
ACIDO FOLICO	CALCULO URINARIO	DETECCION DE CRISTALES
ACIDO LACTICO	CAMPYLOBACTER, CULTIVO Y ATB	DHEA SULFATO (DHEA SO4)
Acido Urico	CARBAMAZEPINA	DIGOXINA
ACIDO URICO (O)	CELULAS L.E.	EBV-VCA IGG
ACIDO VALPROICO	CETONEMIA	EBV-VCA IGM
ACIDO VANIL MANDELICO	CETONURIA	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS
AGLUTININAS ANTI A	CH 50	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS LCR
AGLUTININAS ANTI B	CHLAMYDIAS AC	ELECTROFORESIS DE LAS LIPOPROTEINAS.
ALBUMINAS	CHLAMYDIAS ORINA	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA
ALDOLASA	CHLAMYDIAS SEC. CONJUNTIVAL	ELECTROLITOS (O)
ALDOSTERONA	CHLAMYDIAS SEC. GENITAL	ELECTROLITOS (Na - K - Cl)
ALFA 1 ANTITRIPSINA	CIM P/ AMINOGLUCIDOL	ENZIMAS CARDIACAS
ALFAFETOPROTEINA	CIM P/ CARBENICILINA	ERITROSEDIMENTACION.
AMILASA	CIM P/ CEFOPERAZONA	ESPERMA, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
AMILASA (O)	CIM P/ CIPROFLOXACINA	ESPERMOGRAMA
AMONIO	CIM P/ COLESTINA	ESPUTO COLORACION DE ZIEHL
ANA (ANTIC. ANTINUCLEARES)	CIM P/ IMIPENEM	ESPUTO CULTIVO PARA BAAR
ANDROSTENEDIONA	CIM P/ KANAMICINA	ESPUTO CULTIVO PARA GERMESES COMUNES
ANFETAMINAS	CIM P/ MEZLOCILINA	ESPUTO CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
ANT. ANTICITOMEGALOVIRUS IGG	CIM P/ PIPERACILINA	ESPUTO CULTIVO. EOSINOFILOS – MASTOCITOS
ANT. ANTICITOMEGALOVIRUS IGM	CIM P/ TICARLICINA	ESPUTO, FROTIS
ANT. ANTITOXOPLASMA IGG	CIM P/ TOBRAMICINA	ESTRADIOL
ANT. ANTITOXOPLASMA IGM	CITOMEGALOVIRUS COL. GIEMSA	ESTUDIO CAPILAR HONGOS
ANTI CORE IGG HBC-AC	CLEARANCE DE CREATININA	EXAMENES EN FRESCO (PELOS, ESCAMAS)
ANTI CORE IGM HBC-AC	CLEARANCE DE CREATININA UREA	FACTOR REUMATOIDEO
ANTI LA	CLORUROS	FENIL CETONURIA
ANTI RO	CLORUROS (LCR)	FENIL HIDANTOINA
ANTI SM	CLORUROS (O)	FERRITINA
ANTIC. ANTI – TRYPANOSOMAS I.GG	CMV IGG	FIBRINOGENO
ANTIC. ANTI – TRYPANOSOMAS I.GM	CMV IGM	FIBRINOLISIS
ANTIC. ANTI DNA	COAGULOGRAMA	FORMULA LEUCOCITARIA
ANTIC. ANTI HIDATIDICO	COBRE	FOSFATASA ALCALINA
ANTIC. ANTI HIV	COLESTEROL TOTAL	FOSFATIDIL GLICEROL EN LIQ. AMNIOTICO
ANTIC. ANTI RUBEOLA IGG	COLINESTERASA	FOSFOLIPIDOS
ANTIC. ANTI RUBEOLA IGM	COLORACION DE GIEMSA	FOSFORO
ANTIC. ANTIGLIDIANA	COLORACION DE GRAM	FOSFORO (O)
ANTIC. ANTILISTERIA	COLORACION DE TINTA CHINA	FOSFATASA ACIDA TOTAL
ANTIC. ANTIMICROSOMALES	COLORACION DE ZIEHL NIELSEN	FRAGILIDAD DE LOS HEMATIES
ANTIC. ANTIMITOCONDRIALES	COOMBS DIRECTO	FROTIS DE SANGRE PERIFERICA
ANTIC. ANTIMUSCULO LISO	COOMBS INDIRECTO	FRUCTOSAMINA
ANTIC. ANTITIROGLOBULINAS	COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO	FSH
ANTIC. ANTITIROIDEOS	COPROCULTIVO	FT3 (T3 LIBRE)
ANTICARDIOLIPINA IGG	COPROFUNCIONAL	FT4 (T4 LIBRE)
ANTICARDIOLIPINA IGM	COPROPORFIRINAS	FTA – ABS EN L.C.R.
ANTIG. CARCINO EMBRIONARIO-CEA	CORTISOL	FTA – ABS IGG
ANTIGENOS FEBRILES	CORTISOL AM	FTA – ABS IGM
ARTRITEST (FACTOR REUMATOIDEO)	CORTISOL PM	FTI
ASPECTO DEL SUERO	CORTISOL URINARIO	GAMMA G.T.
ASTO	CREATININA	GASES ARTERIALES
AZUCARES REDUCTORES	CREATININA (O)	GASOMETRIA VENOSA
BARBITURICOS	CRIOAGLUTININAS	GLICEMIA (O)
BETA HCG CUANTITATIVO	CRIOGLOBULINAS	GLICEMIA PRE Y POSPRANDIAL C/GLUCOSURIA
BICARBONATO ACTUAL	CRIPCOCOCUS	GLICEMIA.
BILIRRUBINA DIRECTA	CUERPOS CETONICOS	GOT
BILIRRUBINA INDIRECTA	CULTIVO	GPT
BILIRRUBINA TOTAL	CULTIVO DE GLICEMIA (EMBARAZO)	GRAVINDEK
BILIRRUBINA TRANSCUTANEA (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	CULTIVO DE PUNTA DE CATÉTER	GUAYACO O SANGRE OCULTA

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "B"

ANALISIS LABORATORIALES

BNP (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	CULTIVO P/CAMPYLOBACTER	HAV IGG
BILIS. CULTIVO Y ATB	CULTIVO PARA AEROBIOSIS	HAV IGM
C.K. MB	CULTIVO PARA ANAEROBIOSIS	HBA 1C (HEMOGLOBINA GLICOSILADA)
C.K. TOTAL	CULTIVO PARA BAAR	HBE-AC
C3	CULTIVO PARA GERMESES COMUNES	HBS AG (ANTIGENOS DE SUPERFICIE)
C4	CULTIVO PARA HONGOS	HBS-AC
CA 125	LIQ. ASCITICO ANAEROBIOSIS	RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS
CA 15.3	LIQ. ARTICULAR CRISTALES	RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS
HCG CUALITATIVO	LIQ. PLEURAL. HONGOS	RECUENTO DE HAMBURGER
HCG CUANTITATIVO	LIQUIDO AMNIOTICO. CULT Y ANTIB.	RETICULOCITOS.
HCV-HEPATITIS C	LIQUIDO ARTICULAR. CULT. Y ANTIB.	RETRACCION DEL COAGULO
HDL COLESTEROL	LIQUIDO ASCITICO. CULT. Y ANTIB.	ROTAVIRUS
HECES BENEDICT	LIQUIDO ASCITICO. CULT. HONGOS	SECRECION BUCAL. CULTIVO
HECES MICROSCOPIA FUNCIONAL	LIQUIDO DUODENAL	SECRECION CONJUNTIVAL. CULT. Y ANTIB.
HECES. FLORA MICROBIANA	LIQUIDO GASTRICO. CULT. Y ANTIB.	SECRECION DE OIDO. CULTIVO Y ATB
HECES: EXAMEN PARASITOLÓGICO	LIQUIDO GASTRODUODENAL, PARASITOS	SECRECION ENDOCERVICAL. CULT. Y ANTIB.
HECES: EXAMEN PARASITOLÓGICO SERIADO	LIQUIDO PERITONEAL. CULT. Y ANTIB.	SECRECION FARINGEA. FROTIS
HECES: FROTIS	LIQUIDO PLEURAL ESTUDIOS CITOQUIMICO	SECRECION FARINGEA: CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
HECES: HONGOS	LIQUIDO PLEURAL CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	SECRECION NASAL. CITOLOGIA
HEMATOCRITO	LIQUIDOS OTROS. CITOQUIMICO	SECRECION NASAL. CULTIVO Y ATB
HEMOCULTIVO CADA MUESTRA	LITIO	SECRECION PROSTATICA. FROTIS
HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS.	MAGNESIO (O)	SECRECION PURULENTA, CULT. Y ANTIB.
HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOSIS.	MAGNESIO ERITROCITARIO	SECRECION TRAQUEAL: CULT. Y ANTIB.
HEMOGLOBINA	MAGNESIO.	SECRECION URETRAL. CULT. Y ANTIB.
HEMOGRAMA COMPLETO	MARCADORES TUMORALES	SECRECION URETRAL. FROTIS
HEMOPARASITOS – GOTA GRUESA	MICROALBUMINURIAS	SECRECION VAGINAL FRESCO Y GRAM
HEMOPARASITOS – OBSERVACION DIRECTA	MIELOCULTIVO	SECRECION VAGINAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
HERPES EN SEC. GENITAL	MONOTEST	SECRECION VAGINAL. FROTIS
HEV-AC	MUCOPROTEINAS.	SECRECION VAGINAL. PH
HIDATIDOSIS	MYCOPLASMA. CULTIVO E IDENTIF.	SECRECION VULVO VAGINAL. CULT. Y ANTIB.
HIERRO % SATURACION	NTX-PYRILINKS	SODIO
HIERRO SERICO	ORINA - BENEDICT	SODIO (O)
HIV-P-24	ORINA CULTIVO (UROCULTIVO)	STREPTOCOCCUS GRUPO A
HONGOS, CULTIVO E IDENTIFICACION	ORINA DENSIDAD	STREPTOCOCCUS GRUPO B
HONGOS, EXAMEN EN FRESCO	ORINA SIMPLE O RUTINA	STREPTOZIMA
IDENTIFICACION DE PARASITOS	OSMOLARIDAD	SUSTANCIAS REDUCTORAS
IGA	OXIURUS	T3
IGA SECRETORIA	P.P.D.	T3 UPTAKE
IGD	PAP (FOSFATASA ACIDA PROSTATICA)	T4
IGE TOTAL	PAS – Antig. Prostático específico	TEST DE ABSORCION DE LA XILOSA
IGG	PCR CUANTITATIVA	TEST DE O' SULLIVAN
IGM	PDF	TEST DEL SUDOR
INDICES DE RIESGO	PEPTIDO C	TESTOSTERONA TOTAL
INMUNOGLOBULINAS	PERFIL DE COAGULACION – COAGULOGRAMA	TESTOSTERONA LIBRE
INMUNOGLOBULINAS EN LCR	PERFIL HEPATICO – HEPATOGRAMA	TIEMPO DE COAGULACION
L.C.R. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA	TIEMPO DE PROTROMBINA
L.C.R. ESTUDIOS CITOQUIMICOS	PERFIL TIROIDEO	TIEMPO DE RECALCIFICACION
L.C.R. CULTIVO PARA BAAR	PH	TIEMPO DE SANGRIA
L.C.R. CULTIVO PARA HONGOS	PLAQUETAS	TIMOL
LATEX EN LIQUIDO PLEURAL	PLASMA SEMINAL, BIOQUIMICA	TINE TEST
LATEX EN LIQUIDOS BIOLÓGICOS	PNEUMOCYSTIS CANINII	TIPIFICACION SANGUINEA
LATEX EN ORINA	PORFEBILINOGENO	TIROGLOBULINAS
LATEX P/ASPERGILLUS ANTIGENO	POTASIO	TOXINA A P/CLOSTRIDIUM DIFF.
LATEX P/CANDIDA ANTIGENO	POTASIO (O)	TRANSFERRINA
LATEX P/CRYPTOCOCCUS ANTIGENO	PROGESTERONA	TRIGLICERIDOS
LATEX P/STREPTOCOCCUS GRUPO A	PROLACTINA	TROPONINA T
LATEX P/STREPTOCOCCUS GRUPO B	PROTEINA C. REACTIVA CUALITATIVA (PCR)	TROPONINA ULTRASENSIBLE (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)
LAVADO BRONCOALVEOLAR PARA BAAR	PROTEINAS DE BENCE JONES	TSH
LAVADO BRONCOALVEOLAR PARA HONGOS	PROTEINAS TOTALES	TTPA
LAVADO BRONCOALVEOLAR. CULTIVO	PROTEINAS TOTALES (O)	ULCERA GENITAL. CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
LAVADO GASTRICO. PARASITOS	PROTEINAS TOTALES. RELACION A/G	UREA

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "B"

ANALISIS LABORATORIALES

LDL COLESTEROL	PROTOPORFIRINAS	UREA (O)
LEGIONELLA PNEUMOFILA	PRUEBA DE LAZO	UREAPLASMA
LESION DE PIEL. CULT. HONGOS	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA LACTOSA	UROBILINA
LESION DE PIEL. HONGOS. EX. DIRECTO	PTH	UROBILINOGENO
LESION DE UNAS. CULT. HONGOS	RASPADO DE LENGUA. HONGOS	V.D.R.L. CUALITIVO
LESION GENITAL COL. DE GRAM	RAST	V.D.R.L. CUANTITATIVO
LESION GENITAL. CAMPO OSCURO	REACCION DE HUDDLESON	V.D.R.L. EN L.C.R.
LESION GENITAL. COL. DE FONTANA	REACCION DE PAUL BUNNEL	VAN DE KRAMER
LH	REACCION DE WAALER ROSE	VIROCITOS
LINFA CUTANEA, COLORACION DE ZIEHL	REACCION DE WIDAL	VITAMINA B12
LIPASA	RECUESTO DE ADDIS	VITAMINA "D" (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)
LIPIDOS TOTALES	INFLUENZA A AG (HISOPADO)	VLDL COLESTEROL
LIQ. ARTICULAR CITOQUIMICO	INFLUENZA A IGG AC	TEST DE TOXOPLASMOSIS
AG DENGUE NS1	INFLUENZA A IGM AC	INFLUENZA B IGG AC
AC DENGUE IGG	INFLUENZA B AG (HISOPADO)	INFLUENZA B IGM AC
AC DENGUE IGM	VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	ADENOVIRUS (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ADEP – COFUDEP- ADIFUJUBI

ANEXO "C"

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Cubre todas las posiciones solicitadas por el médico tratante

Abdomen simple	Espinografía
Adenoides (Cavum)	Fémur
Antebrazo	Hombro
Apéndice	Húmero
Antebrazo	Mano
Arbol urinario simple (sin contraste)	Mastoide
Articulación temporomaxilar	Maxilar
Brazo	Muñeca
Cadera	Muslo fémur
Cara	Orbita
Cavum	Pelvis
Clavícula	Pie
Codo	Pierna
Columna Cervical	Placa dental simple
Columna Dorsal o lumbar	Placa Suplementaria
Columna Lumbosacra	Riñón simple
Columna Lumbar	Rodilla
Costillas	Sacro-coxis
Cráneo	Sacroiliacas
Cráneo para ortodoncia	Scopía, tórax -abdomen
Cráneo posición Mayer	Senos faciales (cara)
Cráneo posición Schuller	Senos Paranasales
Cráneo posición Stemvers	Tobillo
Dedo	Tórax
Dental oclusal	Vesícula Simple
Dental Seriada	Dental semi seriada

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.

ANEXO "D"

ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

1.- Requieren de autorización previa y los Centros de estudios serán designados por SMM.

2.- Medicamentos, Materiales de contraste y Descartables, cubre hasta Gs. 300.000. No Incluye materiales radioactivos.

3.- Uso de sala y equipo, cubre

4.- Honorarios del Anestesiista por indicación del médico tratante, cubre.

5.- 30 Estudios por Grupo Familiar por Año.

Audiometría	Electrocoagulación	MAPA
Arteriografía Cerebral 8 Placas cada lado	Electrocoagulación de cuello uterino	Mapeo de tiroides
Biopsia Simple	Electroencefalograma (EEG)	Mielografía
Broncografía 2 lados	Electromiografía	Monitoreo fetal
Broncoscopia	Endoscopia Digestiva Alta	Ortopantomografía (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)
Campo Visual Convencional y Computarizada	Endoscopia digestiva Baja o Colonoscopia	Otomicroscopia digital
Cavum contrastado	Endoscopia Nasal	Otomicroscopia convencional
Centellografía Tiroides	Ergometría	P.A.P. de cuello uterino (Exclusivo SMB/CVM y con prestador Habilitado)
Centellografía Renal	Esófago, estómago y duodeno	PAP de endometrio
Cistografía	Espirometría	Perfil biofísico fetal
Cistoscopia	Espirometría con Broncodilatador (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	Pielografía ascendente
Colangiografía	Estudio de Glaucoma	Pielografía endovenosa
Colangiografía intra y pos-operatoria	Extracción de cuerpo extraño del tubo digestivo	Rectosigmoidoscopia
Colangiografía endovenosa	Extracción de cuerpo extraño oídos, ojos, nariz	Rinomanometría Simple
Colangiografía operatoria	Fistulografía 2 placas	Rinofibroscopia
Colangiografía retrograda	Fibrobroncoscopia	Saco lagrimal
Colecistografía oral	Flebografía	Senos Faciales Contrastados
Colon contrastado	Gonioscopia	Sialografía 2 lados
Colon doble contraste	Holter 24 Hs.	Timpanometría
Colon por ingestión	Impedanciometría	Tonometría
Colposcopia	Intestino delgado o tránsito intestinal	Topografía Córnea
Crioterapia	Laringografía contrastada	Uretrocistografía
Curva tensional	Laringofibroscopia	Urodinamia
Densitometría ósea (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	Laringoscopia indirecta diagnóstica	Urograma de excreción
Doppler Fetal	Laringoscopia Directa	Urograma minutado
Ecocardiograma c/Doppler B-D	Logo audiometría	Vaginoscopia
Electrocardiograma	Mamografía bilateral (Exclusivo SMB/CVM para los residentes en Asunción)	Vulvoscopia
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (Exclusivo SMB/CVM)		
RMI DE ABDOMEN	RMI DE HIPOFISIS	RMI DE PELVIS
RMI DE ARTICULACION TEMPORO MAXILAR (A.T.M.)	RMI DE HOMBRO	RMI DE PIE
RMI DE BRAZO	RMI DE MANO	RMI DE RODILLA
RMI DE CADERA	RMI DE MEDIASTINO	RMI DE SENOS PARANASALES
RMI DE CARA	RMI DE MUSLO O PIERNA	RMI DE SILLA TURCA
RMI DE CODO	RMI DE MUNECA	RMI DE TOBILLO
RMI DE COLUMNA POR SEGMENTO	RMI DE OIDO	RMI DE TRES COLUMNAS
RMI DE DOS COLUMNAS	RMI DE ORBITA	RMI DE COLUMNA TOTAL
RMI DE ENCEFALO	RMI DE PARTES BLANDAS	RMI DE CRANEO
ECOGRAFIAS		
Ecografía Abdominal Inferior	Ecografía de Tórax	Ecografía Transvaginal
Ecografía Abdominal Superior	Ecografía Pediátrica con Doppler Color	Ecografía Ginecológica
Ecografía Mamaria	Ecog. de Próstata Intracavita. y con Residuo	Ecografía Testicular
Ecografía de Tiroides	Ecografía Obstétrica	Ecografía de Vesícula
Ecografía de Bazo	Ecografía Morfológica "2 D"	Ecografía Hepática

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.

ANEXO "D"

ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

1.- Requieren de autorización previa y los Centros de estudios serán designados por SMM.

2.- Medicamentos, Materiales de contraste y Descartables, cubre hasta Gs. 300.000. No Incluye materiales radioactivos.

3.- Uso de sala y equipo, cubre

4.- Honorarios del Anestesiista por indicación del médico tratante, cubre.

5.- 30 Estudios por Grupo Familiar por Año.

Ecografía Prostática Convencional

Ecografía de Páncreas

Ecografía de Pelvis

Ecografía Renal

Ecografía Vías Biliares

Ecografías partes blandas

TOMOGRAFIAS AXIAL COMPUTARIZADA (Exclusivo SMB/CVM)

Abdomen

Columna toma lumbar

Pelvis

Columna Toma Cervical

Tórax

Senos paranasales

Columna toma dorsal

Cráneo

De miembros

TAC Multislice

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR	
ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.	
ANEXO "E"	
COMPOSICION DE GRUPOS Y PRECIOS	
BENEFICIARIOS:	CUOTA
TITULAR HASTA 65 AÑOS	351.000
TITULAR MAYOR A 65 AÑOS HASTA 70 AÑOS	450.000
TITULAR MAYOR A 70 AÑOS HASTA 75 AÑOS	550.000
TITULAR MAYOR A 75 AÑOS HASTA 80 AÑOS	650.000
TITULAR Y UN HIJO/A HASTA 20 AÑOS	540.000
TITULAR Y DOS HIJOS/AS HASTA 20 AÑOS	675.000
TITULAR CON PADRES HASTA 65 AÑOS	720.000
TITULAR Y CONYUGE HASTA 65 AÑOS	630.000
TITULAR, CONYUGE, E HIJOS HASTA 20 AÑOS DE EDAD	747.000
ADHERENTES:	
HIJOS SOLTEROS DESDE 21 HASTA 30 AÑOS C/U	207.000
HIJOS SOLTEROS DESDE 31 AÑOS C/U	297.000
PADRES Y/O SUEGROS HASTA 65 AÑOS C/U	297.000
PADRES Y/O SUEGROS MAYORES DE 65 HASTA 75 AÑOS C/U	396.000
PADRES Y/O SUEGROS MAYORES DE 75 AÑOS C/U HASTA 80 AÑOS C/U	495.000
OBSERVACION:	
1.) Los montos incluyen el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.)	
2.) Los montos incluyen las siguientes coberturas;	
* Asistencia al Viajero	
* Odontología exclusiva en la Clinica EXCELLENCE.	
* Reembolso por gastos,	
3.) Las personas que superen el tope de edad deberán abonar 30.000 gs. por cada año adicional al monto establecido	

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR	
ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.	
ANEXO " F "	
ASISTENCIA AL VIAJERO	
TRAVEL ACE	
DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES: Cobertura para titulares y adherentes 100%	
COBERTURAS	LIMITE
GASTOS MEDICOS E INTERNACION	U\$S 12.000
MEDICAMENTOS: Gastos de medicamentos ambulatorios	U\$S 500
ODONTOLOGIA: Atención de urgencia	U\$S 300
TRASLADOS SANITARIOS de enfermos o heridos al centro asistencial más próximo.	Incluido
LOCALIZACION DE EQUIPAJE	Incluido
INDEMNIZACION POR PERDIDA DE EQUIPAJE	U\$S 1.200
BILLETE AEREO MILITAR: En caso de hospitalización del Titular por más de cinco días, puesta a disposición de un pasaje de avión ida y vuelta, para un familiar	Incluido
GARANTIA DE REGRESO	Incluido
ASISTENCIA LEGAL	Incluido
PRESTAMOS POR GASTOS LEGALES	Incluido
HONORARIOS JUDICIALES	U\$S 1.000
REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO (TRASLADO DE RESTOS)	Incluido
TRASLADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	Incluido
REPATRIACIÓN DE MENORES	Incluido
HOTEL ACOMPAÑANTE del beneficiario hospitalizado	U\$S 500
TRASLADO POR INCIDENTE EN HOGAR	Incluido
HOTEL POR CONVALENCIA de un beneficiario	U\$S 500
TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES	SI

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR

ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.

ANEXO "G"

COBERTURA ODONTOLOGICA

1.	ODONTOLOGIA GENERAL	
1.1.	Consultas	
1.2.	Extracciones simples	
1.3.	Tratamiento y obturación de caries con amalgama, silicato y/o luz halógena	
1.4.	Exámenes rutinarios de cavidad bucal	
2.	ODONTOCIRUGIA	
2.1.	Extracción de restos radiculares en dientes de erupción normal	
2.2.	Extracción de dientes, con excepción de tercer molar	
3.	PERIODONCIA	
3.1.	Profilaxis bucodentaria completa	
3.2.	Remoción de sarro supra y sub-gingival, con ultrasonido	
3.3.	Pulimento de restauraciones	
4.	ODONTOPEDIATRIA	
4.1.	Aplicación de Fluor	
4.2.	Extracción de dientes temporarios y permanentes	
4.3.	Tratamiento y obturación de caries simples.	
5.	RADIOLOGIA	
5.1.	Radiografías dentales.	
6.	ENDODONCIA (no incluye retratamiento de procedimientos realizados por profesionales no habilitados)	
6.1.	Tratamiento endodóntico anterior.	
6.2.	Tratamiento endodóntico premolar.	
6.3.	Tratamiento endodóntico molar.	
7.	OTROS TRATAMIENTOS: Arancel Preferencial sobre costos del C.O.P.-	
7.1.	Cirugía Dental	50% de descuento
7.2.	Operatoria Dental	50% de descuento
7.3.	Prótesis	50% de descuento
7.4.	Endodoncia.	50% de descuento
7.5.	Ortodoncia	50% de descuento
7.6.	Ortopedia	50% de descuento
7.7.	Odontopediatría	50% de descuento

Obs. : Se establece un tope de 4 (cuatro) tratamientos por persona por mes

MIGONE CORPORATIVO SUPERIOR	
ASOCIACION DIPLOMATICOS ESCALAFONADOS DEL PY.	
ANEXO "H"	
REEMBOLSOS	
El contratante podrá acceder a los Servicios de Reembolsos, cuando el Titular o su grupo familiar incurran en gastos con profesionales no adheridos al cuadro Médico de la Empresa, dentro del territorio de la República del Paraguay, y los servicios sean aquellos incluidos dentro de la cobertura, excepto lo establecido en el ítem 9.1 del presente Anexo.	
REQUISITOS PARA LA SOLICITUD	
1-	Presentar documentación hasta 30 días posteriores al evento.
2-	Las documentaciones indefectiblemente deben estar a nombre de Servicios Médicos Migone S.A. (S.M.M.) Ruc. N° 80033722-0 con aclaración del Nombre del paciente que recibió el servicio.
3-	Adjuntar la fotocopia de cedula de identidad del Titular.
4-	Las facturas deberán venir acompañadas de los detalles del procedimiento.
5-	* Descripción de pago de Honorarios.
6-	Estar al día en las cuotas establecidas.
7-	Los reembolsos tendrán un periodo de proceso de 15 días.
8-	Las vigencias por reembolsos se regirán de acuerdo a los topes establecidos en las diferentes áreas.
9-	Las facturas presentadas serán devueltas a la Contratante en los siguientes casos:
	9.1 Consultas en Fonoaudiología, Psiquiatría, Psicología, Odontología, Nutrición y Oncología.
	9.2 Otras especialidades no cubiertas en el plan del contratante.
10	Tabla de Reembolso
	Cobertura
10.1	Consultas en Consultorio o Domicilio (Hasta 2 consultas por mes, por grupo familiar). Gs. 70.000.- Por consulta
11	Tabla de Reembolso para localidades donde no existan prestadores en convenio.
11.1	Consultas en Consultorio o Domicilio (Hasta 2 consultas por mes, por grupo familiar) 70.000 Gs. Por consulta
11.2	Análisis Clínicos y Estudios Radiológicos por Grupo Familiar Según costos S.M.M. hasta Gs. 1.000.000.- por año contrato
11.3	Estudios Especializados Según costo S.M.M. y tope del plan elegido por el Contratante
11.4	Honorarios Médicos Según costos del S.M.M.
11.5	Pensión Sanatorial Hasta Gs. 150.000.- por día, hasta el tope establecido en el plan del Contratante
11.6	Medicamentos Hasta el tope establecido en el plan elegido por el Contratante
11.7	Terapia Intensiva Según costos del S.M.M., hasta un monto total de Gs. 2.000.000.- en todo concepto.
11.8	Procedimientos Especializados Según costos S.M.M., de acuerdo a los topes establecidos en el anexo del plan elegido por el Contratante