Coordinación de la Unidad Operativa de Contratación

ACTA

ACTA DE APERTURA DE SOBRES, CORRESPONDIENTE A LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SBE N° 13/2018 "CONTRATACIÓN DE SEGURO MÉDICO PARA FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE HACIENDA" PLURIANUAL — I.D.: 345.279. ----------

En la ciudad de Asunción, Capital de la República del Paraguay, a los dieciséis días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho, en la oficina de la Coordinación de la Unidad Operativa de Contratación del Ministerio de Hacienda, sito en las calles Estrella 345 c/ Chile, 5º piso, siendo las 09:00 horas se realiza el Acto de Apertura de Sobres físicos correspondientes a la convocatoria del llamado a **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SBE N° 13/2018 "CONTRATACIÓN DE SEGURO MÉDICO PARA FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE HACIENDA" PLURIANUAL — I.D.: 345.279,** la que se ha subastado el día 14/11/18.

Para el efecto están presentes los siguientes funcionarios:

- *Romina Caballero, Funcionaria del Dpto. de Procesos de la UOC.* ----------
- *Gloria Denis, Funcionaria del Dpto. de Procesos de la UOC.* ----------

Asimismo, se halla presente la siguiente persona:

- *Teresa Beatriz Casanovas de Larán, con CIN° 1.825.802, representante de SANTA CLARA S.A. MEDICINA PREPAGA.* ----------
- *María Magdalena Velázquez de Quintana, con CIN° 1.046.434, representante de SANTA CLARA S.A. MEDICINA PREPAGA.* ----------

La empresa que ha participado en la Sesión Pública Virtual ha sido la siguiente:

EMPRESA	MONTO
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	*G. 40.950.000.000 (guaraníes cuarenta mil novecientos cincuenta millones).-*

Seguidamente se procedió a realizar la apertura del sobre oferta informándose los siguientes:

1. ***SANTA CLARA S.A. MEDICINA PREPAGA:*** *Presenta oferta por un total de G. 40.950.000.000 (guaraníes cuarenta mil novecientos cincuenta millones) incluido el impuesto al valor agregado (IVA). Se realiza la verificación cuantitativa de los documentos sustanciales presentados es detallada a continuación:*

Formulario de Oferta debidamente Firmado	***Garantía de Mantenimiento de Oferta***	***Documento que acredita la Representación***	***DDJJ del Art. 40***	***Constancia del SIPE Nº***
Presenta	***Presenta***	***Presenta***	***Presenta***	***1523334***

La empresa mencionada cumple con la presentación cuantitativa de los documentos sustanciales requeridos. La convocante aclara que todos los documentos indicados como ACTIVOS en la constancia del SIPE y que hayan sido solicitados en el PBC serán verificados por el comité de evaluación de Ofertas. Resulta importante destacar que, de conformidad a lo establecido en el Art. 24 de la Ley Nº 2051/03 y el Art. 54 del Decreto Nº 21.909/03, la verificación realizada en este acto es de carácter preliminar y meramente cuantitativa, correspondiendo al Comité de Evaluación de ofertas realizar el análisis respecto al contenido de los mismos y su cumplimiento respecto a lo requerido en las bases de la contratación. En el acto no se ha dejado observación alguna.

Coordinación de la Unidad Operativa de Contratación

No habiendo otro tema que tratar, se dio por terminado al acto de apertura, firmando en prueba de conformidad los presentes, en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto.

ROMINA CABALLERO
Funcionaria Dpto. Procesos - CUOC

GLORIA DENIS
Funcionaria Dpto. Procesos – CUOC

000139

Subasta a la Baja Electrónica

Acta de Sesión Pública Virtual

SBE ID Nº 345279

En la ciudad de Asunción, Capital de la República del Paraguay siendo las 9:23 del día 14/11/2018, en el domicilio de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas, EE.UU. Nº 961 casi Tte Fariña, en la dirección web individualizada como "www.dncp.gov.py" de conformidad a lo establecido en la legislación vigente, finaliza la SUBASTA A LA BAJA ELECTRONICA con ID Nº 345279 - Contratación de Seguro Médico para funcionarios del Ministerio de Hacienda de la Institución:

Código Verificador: 0cb520db65b7520dc340f3a8f247dd88

Nivel de Entidad:	Poder Ejecutivo
Entidad:	Ministerio de Hacienda
UOC:	Uoc Ministerio de Hacienda
Código SICP:	1049

Los listados obtenidos en el presente procedimiento de contratación realizado son los siguientes:

Listado de Avisos

No existen avisos para esta subasta

Listado de Consultas

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 9 Si el recién nacido hijo de titular, naciere en los Sanatorios adheridos a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas para el asegurado, pero de igual manera el titular deberá realizar la comunicación al MH para oficializar el vínculo, y esta a su vez a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días desde la fecha del nacimiento. Pregunta: De no comunicarse oficialmente en el tiempo citado el menor será dado de baja?	27-10-2018	09:25:05

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 1: La contratante colaborará con la prestadora en la oficialización de la comunicación pertinente. No se aplica la baja, por falta de cumplimiento de este requisito.	30-10-2018	17:47:22

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 9 El titular con divorcio vincular declarado ante el MH, incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta la finalización del mes en cumplan los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y si el titular divorciado/a no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de sus padres sin costo. Para la inclusión de adherentes padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%). Si el mismo volviere a contraer matrimonio, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado/a. Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre	27-10-2018	09:26:26

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 2: Siempre que el titular divorciado no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.	30-10-2018	17:48:27

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 9 El Ministerio de Hacienda facilitará a EL PROVEEDOR la nómina de funcionarios y su grupo familiar de acuerdo a las condiciones generales de prestación, en caso de duda de la nómina remitida por el MH, EL PROVEEDOR podrá solicitar una aclaración antes de la incorporación respectiva. Pregunta: Puede entenderse que como aclaración se solicita y se provea a la prestadora la documentación respaldatoria?.	27-10-2018	09:27:22

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 3: En caso que la duda encuentre su justificación, la Contratante analizará el pedido y remitirá la información pertinente.	30-10-2018	17:50:31

Listado de Consultas

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 9 El titular viudo/a declarado/a ante el MH, incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta la finalización del mes en que cumplan los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad, y si el titular viudo/a no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de los padres sin costo. Para inclusión de adherentes padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%). Si el mismo volviere a contraer matrimonio, unión de hecho o concubinato, volverá a la condición de casado/a. Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre	27-10-2018	09:28:42

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 4: Siempre que el titular viudo no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.	30-10-2018	17:51:17

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 9 Si el titular soltero no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de los padres sin costo. Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre	27-10-2018	09:30:05

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 5: Siempre que el titular soltero no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.	30-10-2018	17:52:08

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 10 En caso de existir algún funcionario/a casado/a (matrimonio) también con funcionario/a de la Institución ambos podrán incluir a un padre sin costo en caso de no tener hijos, y si tuviesen hijos en común uno de ellos incluirá a los hijos y el otro a un padre como beneficiario sin costo. Para inclusión de adherentes pagos padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%). Pregunta: se en tiende que los hijos en común podrán ser inscriptos por uno de los padres (no por los dos para sumar coberturas) pero, en caso de que ambos tengan hijos propios cada uno incluirá a sus hijos y uno a los hijos en común no incorporándose , en este caso ningún padre.	27-10-2018	09:30:43

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 6: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:52:52

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 10El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa que sea padre o madre y/o bajo tutoría/guarda declarada Pregunta : 1 favor aclarar el término dependencia directa. 2. Se entiende que se puede incorporar una sola persona en total en calidad de dependencia?	27-10-2018	09:34:00

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 7: 7.1: Dependencia Directa: El Ministerio de Hacienda reglamentará los requisitos para adquirir este beneficio y comunicará a la adjudicada. 7.2. Se encuentra limitada hasta una persona bajo dependencia directa.	30-10-2018	17:53:56

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 10 Adherentes: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios, para estos casos se aplicará el porcentaje descripto más abajo: P: entendemos mismos beneficios excepto maternidad	27-10-2018	09:34:43

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 8: La maternidad solo se exceptúa para los hermanos adherentes pagos.	30-10-2018	17:54:48

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 10 Adherentes: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios, para estos casos se aplicará el porcentaje descripto más abajo: Pregunta: se entiende que el pago de los porcentajes señalados es por persona.	27-10-2018	10:48:27

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 9: Es correcta la interpretación.	30-10-2018	17:55:15

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 10 Para los que cambian su estado civil y excluyen a beneficiarios de su grupo familiar, podrán gestionar la incorporación como adherentes pagos a sus beneficiarios dentro del plazo de 30 días, de recepcionada la modificación del estado civil. Rigiendo para el mismo caso lo estipulado en el apartado del párrafo que antecede, en relación a los plazos de inclusión y modalidad de pago. Pregunta: en caso de modificación del estado civil, cuál será el tiempo que tiene el funcionario para declarar esa modificación?. Podemos considerar , por ejemplo en caso de matrimonio 30 días?.	27-10-2018	10:49:03

RESPUESTAS

Listado de Consultas

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 10: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:56:04

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.12 Los BENEFICIOS y la COBERTURA de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos; y serán brindados en los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por EL PROVEEDOR en el territorio nacional, con la sola identificación del carnet brindado por la misma junto con la cédula de identidad. Pregunta: se entiende para todos los casos que gocen de cobertura, exceptuándose aquellos que no estén comprendidos dentro de los ítems citados y los citados en Servicios sin Cobertura?.	27-10-2018	10:52:26

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 11: Se entiende para los casos de servicios citados sin coberturas.	30-10-2018	17:56:46

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 12 La Utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente contrato, tendrán cobertura total, por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. En cambio, los equipos especializados proveídos por el médico tratante sean descartables o no, serán cubiertos hasta un valor de Gs. 10.000.000 por evento por cada especialidad. Pregunta: se entiende que gozarán de cobertura 100% todos los equipos e instrumentales que sean propiedad de los centros habilitados?	27-10-2018	10:54:32

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 12: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:57:25

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 12 Para los implantes de prótesis EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, está obligado a la presentación de constancias de la calidad de los materiales a utilizar, es decir la misma deberá ser de la mejor calidad independientemente del precio, informando al paciente o familiar de esta situación, con los documentos comprobatorios. Pregunta: quién determina que material es mejor que otro? Quién dice cuál es el de mejor calidad?. Se podría interpretar como el recomendado por el profesional para cada paciente?	27-10-2018	10:56:03

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 13: La PRESTADORA deberá demostrar la calidad de la prótesis y en caso de duda será supervisado por la Auditoria Médica del MH.	30-10-2018	17:58:00

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 13 El plantel médico del Staff de los sanatorios y centros habilitados que figuran en el listado de profesionales proveído por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberán estar a disposición del beneficiario, no pudiendo requerir el profesional médico, el sanatorio adherido y Centros Habilitados, ningún pago extra al beneficiario, aludiendo razones de orden interno con EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS. Pregunta: se entiende salvo en casos de médicos con co-pago o por procedimientos o insumos no contemplados con cobertura (EJ: DIU)	27-10-2018	10:57:11

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 14: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:58:41

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.14 Los médicos que realicen atenciones en consultorios particulares habilitados en la guía, en ningún caso solicitarán cobro de sus consultas, procedimientos, tratamientos, estudios, controles, etc., los cuales están garantizados con la cobertura de este contrato. Pregunta: se entiende salvo en casos de médicos con co-pago o por procedimientos o insumos no contemplados con cobertura (EJ: DIU, procedimientos estéticos, etc).	27-10-2018	10:58:10

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 15: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:59:13

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 14 Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad de este, a saber: BCG, SABIN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, PENTAVALENTE (Difteria, tos ferina, tétanos, Haemophilus influenza tipo b y Virus de la Hepatitis B), Hepatitis A, Varicela y HPV (virus del papiloma humano) y las que solicite el Profesional Pediatra con carácter obligatorio por indicación del Ministerio de Salud Pública. En caso que el titular optare por vacunar a su hijo en consultorio no habilitado por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, la misma será con cargo al beneficiario. EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá garantizar la provisión permanente de las vacunas en los Centros Vacunatorios Habilitados en la lista de prestadores los que sean determinados obligatorios por el MSP y BS. En caso de que el Centro habilitado por EL PROVEEDOR no cuente con las vacunas, el asegurado deberá comunicar a EL PROVEEDOR para que esta le asigne otro centro de vacunación y si esta no cuenta con vacunas podrá recurrir a un Centro Privado, debiendo EL PROVEEDOR realizar el reembolso respectivo en el plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la solicitud de reembolso. Idem pag 27 Pregunta. Se entiende que el pediatra puede estar habilitado pero no como centro de vacunación.	27-10-2018	10:59:53

Listado de Consultas

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 16: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:59:37

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 14 Se contempla como propio de cada servicio (internaciones, parto, terapia intensiva e intermedia, quirófano, alta complejidad, ambulancias, urgencias, asistencia domiciliaria de emergencia y de control, etc.) la provisión de oxigeno en todas sus aplicaciones con cobertura por el valor de Gs. 25.000.000 (veinte y cinco millones) por evento. En caso de que se agote la cobertura de la provisión de oxigeno hasta el monto estipulado, se utilizara el tope destinado a medicamentos y descartables. Pag 14 y 15 Pregunta: se entiende que siempre que, para ese evento, no se haya usado hasta el tope la cobertura en concepto de medicamentos y descartables.	27-10-2018	11:01:18

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 17: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	17:59:55

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 15 El Ministerio de Hacienda facilitará a EL PROVEEDOR la nómina de funcionarios y su grupo familiar dentro de las 24 horas posteriores a la firma del contrato, a los que deberá dar de alta para la prestación del servicio. Para las sucesivas altas y bajas de titulares, el Ministerio de Hacienda deberá comunicar a EL PROVEEDOR en los primeros 5 días hábiles de cada mes. Para el grupo familiar de los titulares se puede hacer la inclusión en cualquier momento de la vigencia del contrato y la habilitación de los mismos será en las primeras 24 horas (día hábil) de recibida la comunicación oficial, siendo causal de imposición de sanciones el incumplimiento del presente punto. En caso de inclusiones de familiares y/o adherentes, la comunicación por parte de la contratante será por las vías habilitadas en el pliego como ser: vía correo electrónico y por medio impreso. En ningún caso, se aplicarán las coberturas en forma retroactiva a prestaciones de servicios anteriores a la inclusión efectuada. El primer pago será en efectivo y prorrateado según la fecha de su alta efectiva. Idem pag 22 Pregunta: en caso de que durante los primeros 5 días hábiles del mes un funcionario o familiar haga uso del seguro y luego se comunique su baja, quien abonará los gastos emanentes de esa utilización?	27-10-2018	11:02:43

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 18: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:00:25

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios. Diariamente, a la mañana, al inicio de jornada, El PROVEEDOR deberá proveer el listado de funcionarios y familiares del M.H. internados en losSanatorios adheridos, de manera a facilitar las auditorias de los servicios respectivos. Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores.	27-10-2018	11:04:26

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 19: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:00:48

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 15 Las altas sanatoriales y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante. Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito?	27-10-2018	11:07:02

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 20: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:01:40

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 15 Las dudas que puedan surgir en la interpretación de las relaciones deben ser resueltas aplicando el principio in dubio pro asegurado, es decir, el principio con arreglo al cual los supuestos de duda en el presente contrato de seguro deben ser resueltos en favor al asegurado. Pregunta : Se entiende dudas razonables y debidamente fundamentadas?; ya que el PBC es elaborado por la contratante y debiera ser lo suficientemente claro para que la prestadora la cotice adecuadamente.	27-10-2018	11:08:49

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 21: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:02:42

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora

Listado de Consultas

000141

Pag. 15 COBERTURA: Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, que estarán cubiertos en consultorios e internaciones, tratamientos, procedimientos, control y estudios propios de las especialidades. Preguntas: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%, teniendo en cuenta que existen eventos con coberturas parciales?.	27-10-2018	11:11:20

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 22: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:03:17

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 16 Servicios Sanatoriales convencionales, en sala, urgencias, UTI (adultos y niños) y de alta complejidad con cobertura total, incluidos alimentación vía oral del paciente, cuidados de enfermería, todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y de diagnóstico. Pensión Sanatorial, derechos operatorios, etc. P: Se entiende en eventos con cobertura y hasta los topes establecidos?.	27-10-2018	11:12:28

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 23: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:03:39

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.16 En caso de lactantes la cobertura nutricional incluirá la leche maternizada. Pregunta: se entiende leche maternizada convencional y durante la internación?	27-10-2018	11:17:06

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 24: Se refiere a todos los tipos de leches maternizadas que existen en el mercado para lactantes internados con situaciones clínicas patológicas y no patológicas.	30-10-2018	18:04:04

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 16 En Urgencias cubre primera dosis de antibiótico más descartables indicado por el profesional médico para tratamiento ambulatorio. Pregunta: se entiende primera dosis inyectable (IM o IV)?.	27-10-2018	11:18:45

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 25: Incluye todas las formas o medios de tratamiento.	30-10-2018	18:04:22

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 16 Servicios de paramédicos, ambulancias y traslados. Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores habilitados por la contratista), de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales, centro de atención médica ambulatoria para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones, etc.), que serán con cobertura total para el asegurado. Pregunta: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%?	27-10-2018	11:22:04

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 26: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:04:49

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
PAg. 17 INTERNACIONES: Con cobertura inmediata, en centros asistenciales habilitados por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta oral del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión de lo enunciado en el apartado de medicina por imágenes y estudios de diagnósticos) hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse. Idem pag 26 Pregunta:1 se entiende estudios y análisis que se realicen en el territorio nacional y en centros habilitados? A nivelo local pueden existir estudios o análisis que sólo se realicen en centros públicos o con prestadores con los cuales el seguro no tenga convenio. Pregunta:2 Se puede establecer que en estos casos la cobertura sea por reintegro?.	27-10-2018	11:24:42

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 27: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:05:11

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 17/18 Se deberá incluir media pensión (almuerzo o cena) para un acompañante hasta el valor de Gs. 20.000 (guaraníes veinte mil). Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, instrumentales quirúrgicos, además de la utilización de electrocardiógrafo, rayos X del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, video, nebulizaciones, aplicación de ultrasonidos, infrarrojo, fisioterapia, etc. Pregunta: 1. se entiende en eventos con cobertura?. Pregunta: 2. Se entiende los instrumentales propios de los centros habilitados y hasta G 10.000.000.- los que sean propiedad de terceros?	27-10-2018	11:26:52

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora

Listado de Consultas

Respuesta 28: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:05:43

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18, 22, 26 Cobertura de medicamentos nacionales e importados, incluida la alimentación enteral, materiales descartables-desechables y de uso personal incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) por valor de Gs. 40.000.000 (guaraníes cuarenta millones), por evento y en todo concepto, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. No incluye elementos de aseo personal como: Bolsa de agua caliente-frío, baño fácil, ProdentPlac, toallas húmedas, desodorante, dentífrico, etc; no incluye elementos de órtesis como triflow y dispositivos anti escara de silicona. Faja blunding cobertura del 50% (no incluye en parto y cirugía video laparoscópica). Idem pag 22, 26 Pregunta: Se entiende que las marcas no son limitativas y la no cobertura abarca a productos similares de otras marcas pero usadas para el mismo fin?	27-10-2018	11:28:44

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 29: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:06:01

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18 En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales	27-10-2018	11:32:46

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 30: No aplica.	30-10-2018	18:08:00

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18 En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales Pregunta: teniendo en cuenta que la sangre no se puede comprar, se entiende que la provisión antes de la presentación de los donantes se hará siempre y cuando se cuente con stock necesario.	27-10-2018	11:33:41

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 31: El servicio deberá ser garantizado por la PRESTADORA tal como lo establecen las Especificaciones Técnicas.	30-10-2018	18:08:28

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18 En caso de agotar cobertura se someterá a la Auditoría Médica del MH para analizar las controversias suscitadas, y en caso de no contar con la misma, se pondrá al tanto al titular del seguro previo a la realización de cualquier servicio para que este autorice la continuidad del mismo. Tomando en cuenta la urgencia del caso, dicho plazo no deberá exceder las 48 hs. Preguntas: se entiende que los servicios prestados durante el tiempo que dure la auditoria y que excedan la cobertura, no podrán ser desconocidos por el familiar.	27-10-2018	11:34:50

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 32: La responsabilidad que asume el Ministerio de Hacienda se limita a las condiciones establecidas en las especificaciones técnicas, motivo por el cual no puede responder sobre responsabilidades ajenas.	30-10-2018	18:09:14

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18 Anatomía Patológica: incluyendo biopsia de todo tipo. Incluye además estudios de materiales pequeños, medianos y grandes; incluyendo biopsia extemporánea. Estudios histoquímicos y marcadores tumorales. Estudios cromosómicos. Pregunta. Se entiende estudios realizados en el país y con prestadores habilitados?	27-10-2018	11:36:40

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 33: Los límites de coberturas están descritos en las Especificaciones Técnicas.	30-10-2018	18:09:32

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 18 Cirugías convencionales y no convencionales (cubre cirugía video laparoscópicas, endoscópicas y láser) Pregunta : Se entiende laserterapias en los Items taxativamente establecidas en los ítems correspondientes?	27-10-2018	11:41:26

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 34: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:10:00

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 19 Oncología: consultas, cirugías, quimioterapia. Pregunta: se entiende que las cirugías se cubrirán según lo detallado en el ítem M de la pag 25?	27-10-2018	11:41:47

RESPUESTAS

Listado de Consultas

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 35: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:10:18

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 19 Cirugía torácica Se entiende que honorarios 100% se aplicará en las cirugias torácicas menores, ya que las mayores están comprendidas en el ítem de alta complejidad?	27-10-2018	11:44:11

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 36: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:10:33

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 19 Cirugía Endovasculares. Será cubierta hasta el monto en cirugías convencionales. Pregunta: Entendemos que estos procedimientos se cubrirán según o establecido en la alta complejidad y, salvo los detallados con otra cobertura serán cubiertos hasta el 70% de la cirugía convencional?	27-10-2018	11:52:26

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 37: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:10:54

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 21 El listado mencionado precedentemente no es taxativo sino meramente enunciativo. Las atenciones de especialidades que no figuran en el listado precedente, se ajustarán a los términos del contrato, es decir, cobertura del 100% en honorarios por estudios de diagnósticos, tratamientos, controles, procedimientos propios de las especialidades en consultorios e internaciones, salvo aquellas aranceladas en este contrato. Pregunta: Se entiende en especialidades no detallada en el apartado servicios sin cobertura.	27-10-2018	11:55:55

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 38: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:11:09

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario. Comentario: entendiendo como plantel al personal de una institución, se aclara que los profesionales médicos, salvo los médicos de guardia y de los centros de la periferia de Asunción e interior, ejercen su profesión de forma independiente y que no todos los que alquilan un consultorio o frecuentan un determinado centro o sanatorio trabajan para las prepagas ni se desempeñan como empleados. Los profesionales médicos dentro de Asunción, deben estar en la guía de profesionales para que estén habilitados. Pregunta: Se entiende por profesionales habilitados aquellos mencionados en la lista de prestadores y los que sean dependientes de cada Sanatorio?	27-10-2018	12:02:24

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 39: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:11:25

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 22 Servicios de Reintegros: podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 3 (tres) veces por mes por grupo familiar (incluido el adherente), y la cobertura se realizará por el sistema de reintegros hasta Gs. 250.000, por consulta. Pregunta: Se entiende consultas realizadas en el consultorio de un médico, en horario normal y en especialidades no contempladas dentro del ítem servicios sin cobertura.?	27-10-2018	12:06:25

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 40: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:11:43

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 22 TERAPIA INTENSIVA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA: (adultos y niños) Cobertura máxima hasta 25 días por cada evento, sin limites de eventos. Deberán estar cubiertos los Honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería, y todos los medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta la excepción en lo enunciado en el apartado de medicina por imágenes y de estudios de diagnóstico). Pregunta: 1 Honorarios profesionales: se entienden al jefe de la unidad y médicos de guardia interconsultas de médicos habilitados sin co-pago? 2. Equipos: hace referencia a los equipos propios de la unidad? 3. Se entiende todos los estudios y determinaciones procesadas en el país y en centros habilitados?	27-10-2018	12:08:24

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 41: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:12:12

CONSULTA

Listado de Consultas

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.24: Disponer ambulancias para traslados de casos de pacientes internados a otros centros asistenciales y/o de diagnóstico, pacientes de alta complejidad, urgencias, emergencias, en el alta del paciente por indicación médica. Unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia. Incluye el traslado de ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencia y/o urgencia, el cual deberá estar a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA DE SERVICIOS, para el titular, grupo familiar y los adherentes. Pregunta: se entiende que el traslado desde el interior es para casos que no puedan ser solucionados en la zona.	27-10-2018	12:10:28

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 42: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:12:36

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24 El Sanatorio y/o Centro Asistencial proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta la total recuperación de los pacientes. Pregunta : se entiende dentro de las coberturas y topes y dentro del plazo de vigencia de servicios de este contrato	27-10-2018	12:12:09

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 43: Las prestaciones encuentran su límite de cobertura y vigencia en los términos del contrato.	30-10-2018	18:12:51

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24Deben estar cubiertos la utilización de estudios de diagnósticos, medicina por imágenes, laboratoriales requeridos, monitoreo cardiaco, monitoreo fetal, inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicios de enfermería, toma de presión arterial, materiales descartables-desechables, de uso personal (incluyendo termómetro), y medicamentos nacionales e importados y otros que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención en este servicio, con cobertura inmediata, sin limitaciones y del 100% (Cien por ciento) para el beneficiario. Preguntas: 1. estudios realizados en el país en centros habilitados 2. Vacunaciones: se refiere a vacuna antitetánica? 3. Si el medicamento no es nacional o importado que puede ser, suponemos cualquier medicamento comercializado en el país y que no se encuentre en falta en el momento que se requiera.	27-10-2018	12:13:46

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 44: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:13:12

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas además de la utilización de electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, video, inyecciones, nebulizaciones, servicios de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo y otros servicios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención Pregunta 1. se entiende para cirugías contempladas dentro de la cobertura y que no se hallen dentro del ítem servicios sin cobertura. Pregunta 2. que se entiende por otros servicios ...como cualquier requerimiento de atención?. Se refiere a todo lo cubierto en otros ítems?	27-10-2018	12:16:25

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 45: 45.1. Las prestaciones encuentran su límite de cobertura en los términos del contrato. 45.2. Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:13:33

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24 VISITAS DOMICILIARIAS: Visitas con carácter no urgente (hasta 02 por abonado por mes) a cargo de un plantel compuesto por un médico para adultos y uno para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente). Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y cabeceras departamentales y hasta un radio circundante de 50 kilómetros, según lista de prestadores de servicios de ambulancia proveídos por EL PROVEEDOR. Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total. Se entiende que lo subrayado se aplica a para paciente encamados o con impedimientos físicos?	27-10-2018	12:18:36

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 46: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:13:54

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24 OTRAS ESPECIALIDADES Las consultas en especialidades que no figuren en el punto B, tendrán una cobertura del 100% a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS Pregunta: se entiende que esto no abarca a las especialidades no cubiertas o con cobertura parcial	27-10-2018	12:20:21

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 47: Las prestaciones encuentran su límite de cobertura en los términos del contrato.	30-10-2018	18:14:19

CONSULTA

Listado de Consultas

000143

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 24/25 MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura y sin límites con el plantel de médicos habilitados, por evento. Y hasta 6 (seis) consultas por evento con profesionales que no pertenezcan al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS hasta el valor de reintegro de sociedad y por sistema de reintegro Pregunta: se entiende que la cobertura 100% no se aplica a profesionales habilitados con sistema de co-pago?	27-10-2018	12:21:27

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 48: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:14:41

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 25 COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA Cobertura mínima del 40% (cuarenta por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias de todo tipo de medicamentos nacionales e importados (Preventivo y curativo), en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta de crédito y/o débito). La cobertura farmacéutica deberá ser de por lo menos 3 (tres) cadenas, una de las cadenas deberá tener cobertura en todo el país, cuando se trate en la zona del interior nominar otras farmacias en forma excepcionales. Se deberá aceptar el recetario sin límite de cantidad de medicamentos, y con una duración de 30 días. Y para los tratamientos prolongados la validez de los recetarios será de 90 días. Para los medicamentos nacionales los descuentos serán sin límites, por beneficiario. Para medicamentos importados los descuentos serán del mismo coeficiente, aplicados hasta alcanzar un cupo total de descuento de Gs. 2.000.000, por beneficiario. Pregunta: Se entiende que las habilitaciones de las farmacias deberán ser en las capitales departamentales, ya que es de imposible cumplimiento contemplar en todas las ciudades del país.	27-10-2018	12:23:48

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 49: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:14:58

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 25 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS Cobertura total en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato). Cobertura total en consultas e internaciones, de todas las patologías crónicas y neoplásicas (dentro de los límites del contrato) diagnosticadas durante la vigencia del contrato. Pregunta 1. Cobertura total se entiende dentro de los límites establecidos para cada ítem?. Pregunta 2. Respecto a las enfermedades neoplásicas la cobertura se dará dentro de los límites del contrato en casos diagnosticados durante la vigencia del contrato.?	27-10-2018	12:29:45

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 50: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:15:19

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 25 MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD La cobertura será del (70%) setenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado), en concepto de honorarios médicos y los derechos operatorios deberán estar cubiertos el 100%. Las prótesis de todo tipo tendrán una cobertura hasta el 65% del total (no incluye TAVI – endovasculares). Pregunta: En cuanto a la exclusión de TAVI y prótesis endovasculares, entendemos que las únicas cubiertas serán los stent coronarios citados en el ítem?	27-10-2018	12:31:16

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 51: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:15:56

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables –desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios. Pregunta: entendemos que tratamientos ambulatorios se refiere exclusivamente a quimioterapia, radioterapia y los citados taxativamente?	27-10-2018	12:33:16

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 52: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:16:11

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag 26. Cirugía torácica mayor: Pregunta: a fin de establecer límites claros , podríamos considerar mayores a todas las cirugías torácicas a excepción de las punciones pleurales y los drenajes?	27-10-2018	12:35:21

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 53: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:16:29

Listado de Consultas

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 26 En cirugía de catarata cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica. Tratamiento de retina y crosslinking Pregunta: 1.se entiende que en la cirugía de cataratas solo se cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica no así el costo de la lente intraocular? Pregunta :2. En cuanto al tratamiento de retina se entiende que se hace mención al tratamiento de laserterapia según el ítem correspondiente, no así la provisión de medicamentos tipo avastin para tratamientos ambulatorios?	27-10-2018	12:38:23

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 54: 54.1. Cubre la sustancia viscolastica 70% y 100% lente intraocular convencional según PBC 54.2. Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:16:56

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables –desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios Pag. 28 Las cirugías no contempladas en el detalle de cirugías de alta complejidad, tendrán cobertura del procedimiento convencional para todos los servicios en todo concepto, incluyendo HONORARIOS MEDICOS, SUS AYUDANTES y equipos o instrumentales relacionados, EN TODAS LA ESPECIALIDADES, excepto medicamentos y descartables los cuales se regirán de acuerdo al importe indicado en medicamentos y descartables. Pregunta: De la relación entre los dos párrafos precedentes entendemos que, si bien el listado no es taxativo, todos los honorarios por procedimientos no citados se cubrirán hasta el 70% de los procedimientos convencionales.	27-10-2018	12:40:18

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 55: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:17:10

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 27 CirugíaVasculaPeriférica: Pregunta : El PBC solo aclara que los dispositivos endovasculares cerebrales serán cargo abonado, entendemos que en las cirugías vasculares periféricas se aplicará la misma cobertura?	27-10-2018	12:41:49

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 56: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:17:23

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 28 Hemodinamia Intervencionista: se reconocerá hasta las coberturas de procedimientos convencionales y en todo concepto Cateterismo intervencionista: endovascular, neurológico, renal o en cualquier situación que se requiera Hemodinamia intervencionista: Ablación de arritmias auriculares y ventriculares: 70% alta complejidad Electrofisiología y biopsias endomiocardicas 70% alta complejidad Pregunta: teniendo en cuenta que actualmente una gran cantidad de procedimientos utilizan la hemodinamia como vía, entendemos que este párrafo es aplicable a todo evento descripto en este PBC que la aplique?	27-10-2018	12:42:46

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 57: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:17:38

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 29 TRATAMIENTOS La Quimioterapia deberá cubrir: la internación, honorarios profesionales, medicamentos no oncológicos, materiales no oncológicos y descartables no oncológicos, los cuales se deberán regir dentro del límite del ITEM A Internación. Las drogas oncológicas utilizadas para las sesiones de quimioterapia serán hasta el límite establecido dentro de este apartado Pregunta: entendemos que si el paciente agotó su cupo de medicamentos y descartables en internación por evento, estos quedarán a cargo del mismo? ESTUDIOS Medicina Nuclear exámenes de tiroides y de riñón, ventriculográma isotópico Pregunta : se entiende que estos estudios, por encontrarse dentro de este ítem, tendrán una cobertura del 70% en todo concepto, aunque más abajo figuren con una cobertura del 80%?	27-10-2018	12:43:54

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 58: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:17:54

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 29 MEDICINA POR IMAGENES Y ESTUDIOS DE DIAGNOSTICOS Con cobertura total, sin límite y por persona, en todos los estudios de medicina por imágenes y estudios de diagnóstico (con excepción de los detallados más abajo), que se realicen en consultorios o centros especializados, dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico u odontólogo, sea o no del Plantel del seguro, independientemente de la especialidad. Pregunta: Se entiende en centros habilitados, y por reintegros en caso de realizarse en institutosa dentro del territorio nacional con los cuales la prepaga no tenga convenios?	27-10-2018	12:46:29

RESPUESTAS

000144

Listado de Consultas

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 59: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:18:10

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.29 LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS Con cobertura total, sin límite y por persona en todos los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e Internados de todas las especialidades y que se realicen dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad. Se contemplan todos los estudios realizados en el país, existentes a la firma del contrato. Pregunta : Se entiende la cobertura directa en centros habilitados,y por reintegros en aquellos laboratorios con los cuales la prepaga no tenga convenio?	27-10-2018	12:49:39

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 60: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:18:26

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 29 y 30 SERVICIOS SIN COBERTURAS Pregunta 1: Al detallarse estos servicios se entiende que los mismos no gozarán de ninguna de las coberturas detalladas en el PBC , al igual que todos los gastos ocasionados por los mismos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales. Pregunta 2 :La determinación del acaecimiento de estos hechos deberá ser demostrada por la autoridad competente de la República para la suspensión de la cobertura de los servicios asistenciales ya prestados ,Entendemos que los análisis de laboratorio y el informe del toxicólogo son suficientes respaldos para determinar el cuadro? Pregunta 3 Cirugías con fines estéticos, entendemos que serán sin cobertura no solo las cirugías sino todo procedimiento con este fin.	27-10-2018	12:55:28

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 61: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:18:44

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 6 Punto B N.2 Donde dice que se debe demostrar contar con un contrato de al menos 2000 asegurados...Podrá entenderse que la Institución de referencia debe poseer minimamente 2000 funcionarios titulares mas sus grupos familiares?	27-10-2018	12:58:09

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 62: El requisito mínimo refiere a Asegurados.	30-10-2018	18:19:10

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 34. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC). CGC 27: Donde dice En caso de incumplimiento en la prestación de los servicios médicos, sanatoriales, laboratoriales y de diagnóstico previstos en el Contrato, por parte de la Contratista y que ha sido comprobada por la Coordinación Técnica de Seguridad y Desarrollo Social y/o el Auditor Médico de la Contratante, se aplicará la multa… Entendemos que antes de llegar a esta sanción multa la convocante deberá aplicar apercibimientos ¿Cuántos apercibimientos recibirá la contratada antes de llegar a la sanción de multa?	29-10-2018	07:36:29

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 63: No se contemplan apercibimientos en el presente contrato, en caso de incumplimientos se aplicaran las penalidades pecuniarias.	30-10-2018	18:19:57

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 31. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC), CGC 12, último párrafo: En donde dice El proveedor podrá modificar el listado de sanatorios y profesionales médicos aprobados, previa autorización de la Contratante. Entendemos que no aplica en los casos en donde dichos sanatorios y médicos hayan rescindido contrato con la proveedora, pues en estas circunstancias sería imposible solicitar autorización de la convocante, ya que la recisión no depende del proveedor.	29-10-2018	07:38:45

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 64: Sin menoscabo de las coberturas garantizadas en las Especificaciones Técnicas, cada caso será analizado a los presuntos de Fuerza Mayor o Caso Fortuito.	30-10-2018	18:20:52

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 36. Sección V. Modelo de Contrato. Clausula 6. VIGENCIA DEL CONTRATO: Donde dice El plazo de vigencia de este Contrato será desde el 01/12/18 y por 12 meses. Entendemos que el último día de prestación de servicios será el 30/11/2019.	29-10-2018	07:40:29

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 65: se aclara que la condición de 12 meses corresponde a una vigencia que se extiende hasta el 30 de noviembre de 2019.	30-10-2018	18:21:10

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora

Listado de Consultas

Pág. 37. Sección V. Modelo de contrato. Clausula 14. OTRAS DISPOCIONES: Donde dice Cuando las cláusulas del contrato o, cuando las partes del PBC, que se presten a dos o más interpretaciones deberán entenderse en el sentido que mejor convenga al asegurado Entendemos que se refiere cuando exista contradicción entre los textos de contrato y/o el PBC.	29-10-2018	07:42:15

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 66: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.	30-10-2018	18:21:26

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 36. Sección V. Modelo de Contrato. Clausula 7. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PROVISIÓN DE BIENES: Donde dice Los bienes deben ser entregados dentro de los plazos establecidos en el Cronograma de Entregas del Pliego de Bases y Condiciones, en la siguiente dirección... Entendemos que los servicios serán prestados en las direcciones de los Prestadores del listado presentado en la oferta.	29-10-2018	07:43:59

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 67: La cláusula citada es una trascripción del Pliego de Bases y Condiciones estándar aprobado por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP), que será ampliado con la transcripción de las EETT una vez adjudicado.	30-10-2018	18:22:14

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.12 Los BENEFICIOS y la COBERTURA de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos; y serán brindados en los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por EL PROVEEDOR en el territorio nacional, con la sola identificación del carnet brindado por la misma junto con la cédula de identidad. Pregunta: se entiende para todos los casos que gocen de cobertura, exceptuándose aquellos que no estén comprendidos dentro de los ítems citados y los citados en Servicios sin Cobertura?	05-11-2018	14:49:27

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Todo aquello que este descrito como sin cobertura, no será exigido a la Prestadora.	07-11-2018	16:29:12

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios. Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores.	05-11-2018	14:52:51

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Los prestadores adheridos a la principal tienen las mismas obligaciones contractuales.	07-11-2018	16:30:01

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 15 Las altas sanatoriales y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante. Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito?	05-11-2018	14:53:49

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Remitirse al Pliego de Bases y Condiciones.	07-11-2018	16:30:39

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 15 COBERTURA: Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, que estarán cubiertos en consultorios e internaciones, tratamientos, procedimientos, control y estudios propios de las especialidades. Preguntas: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%, teniendo en cuenta que existen eventos con coberturas parciales?.	05-11-2018	14:55:06

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende total dentro de los límites de cobertura.	07-11-2018	16:31:33

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios. Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores. Pág. 15 Las altas sanatoriales y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante. Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito? RESPECTO A ESTOS DOS PUNTOS CONSIDERAMOS DE CUMPLIMIENTO IMPOSIBLE YA QUE NO NOS PODEMOS COMPROMETER EN PROVEER DATOS CON LOS CUALES NO CONTAMOS.	05-11-2018	15:15:30

Listado de Consultas

000145

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Los prestadores adheridos a la principal tienen las mismas obligaciones contractuales.	07-11-2018	16:32:25

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 16 En Urgencias cubre primera dosis de antibiótico más descartables indicado por el profesional médico para tratamiento ambulatorio. Pregunta: se entiende primera dosis inyectable (IM o IV)?.	05-11-2018	15:17:36

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende que corresponde a inyectables.	07-11-2018	16:33:35

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 18. En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales Pregunta: teniendo en cuenta que la sangre no se puede comprar, se entiende que la provisión antes de la presentación de los donantes se hará siempre y cuando se cuente con stock necesario. RESPECTO A ESTA CONSULTA, CONSIDERAMOS QUE ES UN TEMA MUY DELICADO DEBIDO A QUE ES IMPOSIBLE COMPROMETERSE A PROVEER ALGO QUE NO SE PUEDE ADQUIRIR YA QUE DEPENDE DE DONACIONES VOLUNTARIAS.	05-11-2018	15:23:41

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: La prestadora deberá velar por la disponibilidad en todo momento y en caso de falta, derivar a donde corresponda.	07-11-2018	16:34:17

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 19 Oncología: consultas, cirugías, quimioterapia. Pregunta: se entiende que las cirugías se cubrirán según lo detallado en el ítem M de la pág. 25, que establece la cobertura de enfermedades cronica congenitas y neoplasicas?	05-11-2018	16:38:17

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende que las cirugías oncológicas de carácter crónico estarán cubiertas en el Punto M	07-11-2018	16:34:48

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 19 Cirugía Endovasculares. Será cubierta hasta el monto en cirugías convencionales. Pregunta: Entendemos que estos procedimientos endovasculares propuestos por el medico tratante se cubrirán según lo establecido en la alta complejidad o sea hasta el 70% de la cirugía convencional?	05-11-2018	16:42:05

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende que las cirugías endovasculares que sean de alta complejidad se regirán por el 70% de cobertura de la cirugía propuesta.	07-11-2018	16:36:14

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario. Entendemos que el plantel habilitado sera el presentado dentro de cada Sanatorio y detallado en la oferta?	05-11-2018	17:16:16

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende que el PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA de servicios informará el plantel de médicos especialistas habilitados en el listado de profesionales y los que forman el staff de los centros habilitados.	07-11-2018	16:38:08

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario. Los médicos no detallados podrán ser solicitados para su inclusión dentro del perido mencionado en el PBC; las consultas en consultorio de aquellos no habilitados podrán ser reintegrados según el Item correspondiente, no así otros servicios prestados por el profesional.	05-11-2018	17:22:06

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Los médicos prestadores (no los del plantel) podrán ser solicitados para su inclusión. Los del plantel serán sin cargo y en caso de cambios, la prestadora deberá comunicar a la CONTRATANTE los cambios así como de los centros habilitados.	07-11-2018	16:39:42

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora

Listado de Consultas

Pág. 22 Servicios de Reintegros: podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 3 (tres) veces por mes por grupo familiar (incluido el adherente), y la cobertura se realizará por el sistema de reintegros hasta Gs. 250.000, por consulta. Pregunta:1 Se entiende consultas realizadas en el consultorio de un médico, en horario normal y en especialidades no contempladas dentro del ítem servicios sin cobertura? Pregunta 2: En caso de visitas domiciliarias puede considerarse un reintegro hasta el valor de lo establecido por sociedad para consultas en consultorio.	05-11-2018	17:26:33

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta 1: El sistema de reintegro cubre honorarios en consultorio. En caso que un asegurado requiere la asistencia a domicilio de un médico que no se encuentre dentro del plantel habilitado por la prestadora, el costo de traslado deberá asumir el asegurado disminuyendo los honorarios del profesional (con cobertura) Respuesta 2: Se entiende hasta el valor mencionado como tope en el apartado Servicios de Reintegro	07-11-2018	16:42:14

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 25 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS Cobertura total en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato). Cobertura total en consultas e internaciones, de todas las patologías crónicas y neoplásicas (dentro de los límites del contrato) diagnosticadas durante la vigencia del contrato. Pregunta 1. Respecto a las enfermedades neoplásicas la cobertura se dará dentro de los límites del contrato en casos diagnosticados durante la vigencia del contrato?	05-11-2018	17:29:58

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Se entiende que las enfermedades neoplásicas preexistentes y las diagnosticadas durante la vigencia del contrato, tendrán cobertura dentro de los limites establecidos.	07-11-2018	16:42:57

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 25 MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD La cobertura será del (70%) setenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado), en concepto de honorarios médicos y los derechos operatorios deberán estar cubiertos el 100%. Las prótesis de todo tipo tendrán una cobertura hasta el 65% del total (no incluye TAVI – endovasculares). Pregunta: En cuanto a la exclusión de TAVI y prótesis endovasculares, entendemos que las únicas cubiertas serán los stent coronarios citados en el ítem?	05-11-2018	17:32:00

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: No cubre TVI y los explícitamente excluidos.	07-11-2018	16:44:05

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables –desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios. Pregunta: entendemos que tratamientos ambulatorios se refiere exclusivamente a quimioterapia, radioterapia y los citados taxativamente?. Que cobertura tendran los medicamentos para tratamientos de retina tipo Avastin?	05-11-2018	17:33:49

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: No incluye Avastin	07-11-2018	16:46:19

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 26. En cirugía de catarata cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica. Tratamiento de retina y crosslinking Pregunta: 1.se entiende que en la cirugía de cataratas solo se cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica y lente intraocular monofocal standart con un valor aproximado de G.2.000.000?	05-11-2018	17:36:49

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Remitirse al Pliego de Bases y Condiciones.	07-11-2018	16:47:03

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pag. 29 y 30 SERVICIOS SIN COBERTURAS Pregunta 1: Al detallarse estos servicios se entiende que los mismos no gozarán de ninguna de las coberturas detalladas en el PBC, al igual que todos los gastos ocasionados por los mismos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales.	05-11-2018	17:38:21

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuestas: Los servicios sin coberturas están descritos en el ítem respectivo.	07-11-2018	16:47:56

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 34. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC). CGC 27: Donde dice En caso de incumplimiento en la prestación de los servicios médicos, sanatoriales, laboratoriales y de diagnóstico previstos en el Contrato, por parte de la Contratista y que ha sido comprobada por la Coordinación Técnica de Seguridad y Desarrollo Social y/o el Auditor Médico de la Contratante, se aplicará la multa Entendemos que antes de llegar a esta sanción multa la convocante deberá aplicar apercibimientos ¿Cuántos apercibimientos recibirá la contratada antes de llegar a la sanción de multa?	05-11-2018	17:40:28

RESPUESTAS

000146

Listado de Consultas

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: No se contemplan apercibimientos en el presente contrato, en caso de incumplimientos se aplicaran las penalidades pecuniarias.	07-11-2018	16:49:26

CONSULTA

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Pág. 37. Sección V. Modelo de contrato. Clausula 14. OTRAS DISPOCIONES: Donde dice Cuando las cláusulas del contrato o, cuando las partes del PBC, que se presten a dos o más interpretaciones deberán entenderse en el sentido que mejor convenga al asegurado Entendemos que se refiere cuando exista contradicción entre los textos de contrato y/o el PBC.	05-11-2018	17:41:54

RESPUESTAS

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Respuesta: Es correcta la interpretación.	07-11-2018	16:50:01

Listado de Proveedores Participantes

Nro. Garantía	Tipo	ENTIDAD EMISORA	Fecha Emisión	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
Oferente: SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - RUC: 80002917-8			**Categoría: Sin categorizar**		**Nro. Oferente: 1**
28.1508.003627.0000	Póliza	Aseguradora Yacyreta	13-11-2018	13-11-2018	23-03-2019

Listado de Propuestas por Proveedor

DATOS DEL ITEM			
Item Nro.	Código	Descripción del Item	Cantidad
1	84131602-001	Servicio de Seguro Médico	2.500

PROPUESTAS INICIALES							
Of. - RUC	Marca	Fabricante	Modelo	Procedencia	Descripción	Precio Unit.	Precio Total
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	Santa Clara S.A.	Santa Clara S.A	Santa Clara S.A.	Paraguaya	Servicio de Seguro Médico	16.380.000	40.950.000.000

Beneficio MyPIMES

No existe beneficio MyPIMES para esta subasta

Listado General de todas las Ofertas

1 - LoteTotal

Oferente	Precio	Fecha	Hora	Estado
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	40.950.000.000	14-11-2018	09:02:18.203	Propuesta
		Código Verificador:	f38e97f78cd3d855bc5013d621e1d183	

Mejores Lances de cada Proveedor por Item

1 - LoteTotal

Oferente	Mejor Precio
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	40.950.000.000

DNCP
DIRECCIÓN NACIONAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS

Items Ganados por Proveedor

Proveedor: 80002917-8 - SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA

Item	Precio Ganador
1 - LoteTotal	40.950.000.000

Listado de Mensajes

1 - LoteTotal

Mensaje	Fecha	Hora
EL GRUPO HA SIDO ABIERTO. FAVOR REALIZAR SUS RESPECTIVOS LANCES.	14-11-2018	09:10:59.331
Buenos días, comenzamos la Subasta.	14-11-2018	09:11:06.730
Señor/a oferente, le recordamos que el subastador ya no tiene comunicación en las etapas de puja y aleatoria.	14-11-2018	09:11:10.771
En breve pasamos a la Etapa de Puja.	14-11-2018	09:11:14.269
Atención pasamos a la etapa de puja.	14-11-2018	09:12:12.011
LA ETAPA DE PUJA HA COMENZADO.	14-11-2018	09:12:14.926
EL PERIODO ALEATORIO HA COMENZADO. EL GRUPO PUEDE CERRARSE EN CUALQUIER MOMENTO.	14-11-2018	09:18:15.120
EL PERIODO ALEATORIO HA CULMINADO.	14-11-2018	09:23:45.198
EL GRUPO HA SIDO CERRADO. YA NO SE RECIBEN LANCES.	14-11-2018	09:23:45.297

Con lo que se da por terminado el acto previa lectura de su contenido suscribiendo el/a Subastador/a encargado/a de llevar adelante el procedimiento, en dos ejemplares de un solo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha de su otorgamiento.