Consultas Contratación de Seguro Medico para el Ministerio de Hacienda

LPN SBE Nº 01/2016 ID 317.504

1) Adonde dice: Para los demás casos, en que el recién nacido hijo de titular, no naciera en alguno de los Sanatorios adheridos a ***EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS****, y requiera ser atendido, no podrá negar la prestación de los servicios, pero el titular deberá realizar la comunicación al MH para oficializar el vínculo, en un plazo de 48 horas y esta a su vez a* ***EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS*** *en un plazo no mayor de 24 horas.*

Pregunta: Teniendo en cuenta que aquellos nacidos fuera del la cobertura médica, no pueden ser identificados como asegurado si no son previamente inscriptos; consideramos que para exigir cobertura necesariamente deben haber solicitado a la prestadora la inclusión del recién nacido, pues solo la suscripción da derecho al beneficio.
En caso de partos en días feriados u horarios nocturnos la prestación urgente podrá darse con un depósito previo y luego de regularizada la documentación dentro de las primeras 72hs. se podrá remitir la cobertura y proceder a la devolución del importe de los servicios cubiertos por contrato.

2) Adonde dice: En caso de existir algún funcionario/a casado/a (matrimonio) también con funcionario/a de la Institución ambos podrán incluir a sus padres como beneficiarios y a su/s hijo/a/s hasta los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad.

Pregunta: Se entiende que cada uno de los funcionarios podrán incluir a sus padres (e hijos extra matrimoniales en su contrato) y que uno de los cónyuges incluirá a los hijos en común, ya que estos últimos no podrán tener doble cobertura dentro de un mismo periodo?

3) Adonde dice: El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa y/o bajo tutoría/guarda declarada. En todos los casos, el vínculo y la situación deberán ser demostrados fehacientemente, para la inclusión en carácter de beneficiario. El Ministerio de Hacienda facilitará la nómina de acuerdo a las condiciones generales de prestación, y se encargará de determinar las condiciones para su incorporación por medio de circular.
Los beneficiarios podrán ser incorporados en cualquier etapa del contrato.

Preguntas:
3.1 En este punto se entiende que deberá ser un familiar consanguíneo del titular hasta el 2do grado y que el mismo no podrá ser sustituido por otro, dentro del periodo de vigencia de este contrato?

3.2 Se entiende que la dependencia directa será, en niños, por tutela o guarda declarada por el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia, y para los adultos, por Curatela expedida por el Juez competente?

3.3 Teniendo en cuenta que el contrato no tiene "Etapas", se entiende que las incorporaciones de beneficiarios en general, deberán ser realizadas en el periodo de Altas y Bajas establecido en este PBC?

4. 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:

** El titular beneficiario podrá incluir como adherente a su padre, madre mediante el pago de una prima de hasta el 33% del precio adjudicado por cada titular.*

** Los hermanos solteros del titular y los hijos mayores solteros del titular hasta la finalización del mes en que cumplan 25 años, podrán adherirse pagando una prima de hasta el 25% del precio adjudicado por cada titular.*

Pregunta: Se entiende que el porcentaje a pagar por los adherentes será “del” 33% y 25% y no “hasta” estos porcentajes.

5. Donde dice: Excepción a los plazos: los plazos previstos para la incorporación y exclusión de adherentes no regirán, pudiendo por tanto ser incorporados en cualquier momento de la vigencia del contrato y deberán permanecer durante toda la vigencia del contrato:

**Los hijos que superen los 25 años de edad.*

**Los que cambien de estado civil y quieran hacer modificaciones en su grupo familiar.*

**Los que incorporen beneficiarios en situación de dependencia directa y/o bajo tutoría/guarda declarada.*

Pregunta: Entendemos que, cuando menciona modificaciones de estado civil, se refiere a aquellos funcionarios que contraigan matrimonio formal u obtengan sentencia de divorcio en cuyo caso siempre los cambios se realizaran en el periodo de Altas y bajas.

6. Donde dice: EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá especificar en su oferta el plantel médico del Staff de la red de Prestadores de Servicios para todas las especialidades cubiertas, durante la vigencia del presente contrato.

Pregunta: Se entiende que el Proveedor especificará en su oferta el plantel médico de sus prestadores dentro de la especialidades con que cuenta cada Prestador, ya que no todos los prestadores poseen todas las especialidades médicas cubiertas por contrato.

7. Donde dice: 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 que, serán sin cargo, siempre que estos servicios sean requeridos en los horarios de consultorio habilitados por los profesionales, ya que en caso de urgencias y/o fuera de estos horarios los pacientes deben recurrir a los servicios de guardia de los centros habilitados.

8. Donde dice: 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 Habilitados. 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.

Pregunta: Teniendo en cuenta que el contrato establece… Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, según disponibilidad de este (entiéndase MSP y BS) consideramos que sí, ocasionalmente, el Centro habilitado o Vacunatorio no contara con las vacunas distribuidas por el Ministerio, el paciente debería concurrir a un vacunatorio público, ya que la provisión de vacunas para cubrir el Programa Ampliado de Inmunización corresponde al Estado.

9. Donde dice: 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.

Preguntas:
9.1 Pregunta: Respecto a la comunicación de las sucesivas Altas y Bajas, que el PBC establece serán en los primeros 5 días hábiles del mes, entendemos que las Altas pueden ser efectivamente comunicadas durante ese lapso, pues a esa fecha aún no se habría emitido las facturas para ese periodo. Respecto a las bajas, debe quedar establecido que, la comunicación de las mismas, no podrá ser realizada en forma retroactiva, siendo el límite de dicha comunicación el último día del mes facturado.

9.2 En cuanto a la vía de comunicación de inclusiones, entendemos que la del Titular y grupo familiar pueda darse por vía, correo electrónico y por medio impreso no así la inclusión de adherentes pagos, ya que estos deben completar las documentaciones correspondientes

*10. Pág. 21 Donde dice: COBERTURA: 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.*

Pregunta: en este punto entendemos que la expresión "cobertura total" se refiere hasta el total del límite establecido en el contrato para estos servicios.

11. Donde dice: 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 cobertura de paramédico, ambulancias y traslados es exclusivamente para los casos de urgencias y/o emergencias, según lo establecido en la página 28 y 29 punto E del PBC.

12. Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio podrá solicitar el servicio a domicilio, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados en la zona donde fija residencia el asegurado por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS

Pregunta: Entendemos por paciente IMPOSIBILITADO a aquel que por su condición física no puede ser trasladado por ningún medio que no sea ambulancia.

13. Pág. 23. Internaciones. Al final del primer párrafo figura "etc.".

Pregunta: si ya están citados todos los ítems que serán cubiertos…a que se refiere la palabra etc.?

14. Donde dice: 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: Respecto a este punto teniendo en cuenta que la sangre y sus derivados no pueden ser adquiridos, los centros asistenciales proveerán de acuerdo al stock que posean, siendo obligación de los familiares la reposición de lo utilizado o la provisión a través de donantes de acuerdo a las necesidades del paciente.

15. Donde dice: En ningún caso, el centro de internación podrá requerir garante o aval alguno ya sea personal o en efectivo al beneficiario por la prestación de los servicios.

Pregunta: Se entiende que no se requerirá garante o aval alguno, por la prestación de los servicios amparados por el contrato y hasta los topes establecidos pero, en caso que el paciente internado requiera servicios no cubiertos o que han excedido los topes, la prestadora tendrá derecho a exigir el pago oportuno para la prestación de los mismos.

16 Pag. 43 Modelo de Contrato
16.1 – Cláusula cinco: El Proveedor se compromete a proveer los Bienes a la Contratante y a subsanar los defectos de éstos de conformidad a las disposiciones del Contrato.

Pregunta: Entendemos que podemos comprometernos a proveer los "SERVICIOS" por lo que solicitamos la modificación de Bienes por servicios en este punto y en todos los que haga referencia.

16.2 Cláusula seis: Vigencia del contrato
El plazo de vigencia de este Contrato será hasta el cumplimiento total de las obligaciones.;

Pregunta: Entendemos que la vigencia se refiere a la fecha de inicio y final del contrato comprendiendo el periodo adjudicado.

16.3 Cláusula siete: PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PROVISIÓN DE BIENES.
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

Solicitamos que la cláusula sea adaptada según prestación de servicios es decir…"que los servicios serán prestados dentro de los plazos establecidos según el cronograma de entrega del PBC de acuerdo al listado de establecimientos y profesionales contenidos en la oferta.

17. Pag. 24 Honorarios Profesionales y Otros

Pregunta: Entendemos que todos los topes mencionados, como ser Alergología (adulto y pediátrico) + Test alérgicos + **hasta 20 vacunas por asegurado, es por año de contrato (12 meses)**

18. Pág. 27 Donde dice: 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.

Pregunta: Se entiende que serán, sin cargo para el beneficiario, dentro de los límites establecidos en el PBC. Ej. Honorarios 80% en Alta Complejidad

19. Pág. 28 Terapia Intensiva/Terapia Intermedia

Pregunta: en cuanto a los dos ítems mencionados entendemos que, si un paciente fuera internado, durante un mismo evento en Terapia Intensiva y luego en Intermedia o viceversa, la cobertura de medicamentos y descartables (G 65.000.000.-) se aplicará una sola vez global para gastos en ambos servicios.

20. Pág. 29 Donde refiere que se debe disponer de Ambulancias para traslados….en el Alta del paciente por indicación médica.

Pregunta: se entiende, indicación del médico tratante justificado por el diagnóstico del paciente (imposibilitado para ser trasladado en otros medios) y que la misma será dentro del Dpto. en los cuales se cuente con este servicio.

21. *Pág. 30 COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA*

Pregunta: Respecto a la solicitud de contar con una farmacia en todas las zonas del interior del país, consideramos que es de cumplimiento imposible, por lo que solicitamos se dé por cumplido este requerimiento con la presentación de tres cadenas de Farmacia y sus sucursales habilitadas en las diferentes ciudades.

En cuanto a aceptar las recetas sin límites de cantidad de medicamentos se entiende que son medicamentos distintos pero la cantidad de envases debe coherente con el consumo por persona y prescripción médica.

22. Pág. 31 Medicina de Alta Complejidad

Pregunta: En cuanto a la cobertura de 80% en concepto de prótesis de cualquier tipo, se entiende que no se incluyen las endoprótesis y sus accesorios, ya que las mismas se encuentran especificadas sin cobertura en el mismo ítem.

23. Pág. 33. Donde dice: Tratamiento Quirúrgico de la Hidrocefalia con válvula de derivación ventrículo peritoneal...

Pregunta: en este punto entendemos que la válvula y sus accesorios serán con cargo al Paciente.

24. Pág. 34. Hemodinamia Intervencionista
Hemodinamia Intervencionista: se reconocerá hasta las coberturas de procedimientos convencionales y en todo concepto

Pregunta: Respecto a este párrafo, cómo debe interpretarse la cobertura de los procedimientos endovasculares incluidos en los ítems Cardiocirugía - Cirugía cardiovascular, Neurocirugía y Cirugía vascular periférica, teniendo en cuenta que los mismos aparecen como cubiertos hasta los procedimientos convencionales según indica el párrafo subrayado?

25. Pregunta: Se entiende que en todos los Ítems donde se especifica que la cobertura será por contrato, es “por año contrato” entendiendo por tal toda la vigencia del mismo? (12 meses) Ej. Pag. 35 Resonancia magnética.

26. Condiciones de Pago
Pregunta: En cuanto a la presentación de las facturas con la solicitud de pago, qué se entiende por "debidamente llenados"?. Favor aclarar los datos que deben contener las mismas.

27. CGC 14.5
Pregunta: En cuanto al pago se menciona que será a los 60 días de presentada la factura y después que la contratante la haya aceptado….cuales serían los motivos por los cuáles las facturas podrían no ser aceptadas?

28. En las Condiciones Generales de la Prestación, pág 17 se indica: "*El CARNET IDENTIFICATORIO junto con la Cédula de Identidad, será válido para su utilización en todos los CENTROS HABILITADOS (Sanatorios, Farmacias, etc.) en convenio en el Territorio Nacional, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria, pero no exime al beneficiario y a sus adherentes de presentar recetas u órdenes médicas, en los casos necesarios. En el reverso del carnet identificatorio deberá estar números de atención 24 horas de los siguientes servicios: Trámites Sanatoriales, Visaciones y Ambulancias*". Podría incluirse que para acceder al descuento en farmacias también debería presentarse la receta médica

29. Clausula 14 del modelo de contrato indica "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". Solicitamos la supresión de esta cláusula, ya que la regla de interpretación "contra proferentem" no aplica, pues no es el oferente quien redacta las condiciones oscuras o ambiguas, sino que es el Ministerio.

.