Contrato UOC N° 03/2016 con la empresa MEDIPLAN S.A., en el marco de la Licitación Pública Nacional N° 6/2015 - "PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO SANATORIAL INTEGRAL, SERVICIO DE URGENCIAS - EMERGENCIAS Y SEGURO ODONTOLÓGICO PARA FUNCIONARIOS PERMANENTES Y PERSONAL CONTRATADO DEL SERVICIO LOCAL DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - PLURIANUAL".

Entre el Ministerio de Relaciones Exteriores, domiciliada en Presidente Franco esq. O Leary No. 706, República del Paraguay, representada para este acto por el Director General de Administración y Finanzas, **Lic. Juan Andrés Cáceres Arzamendia**, con Cédula de Identidad N° 615.997 designado por Decreto N° 6950 de fecha 19 de julio de 2011, denominada en adelante el CONTRATANTE, por una parte, y, por la otra, la firma **MEDIPLAN S.A.,** RUC: 80025664-6, domiciliada en Cerro Corá N° 1309 esq. Curupayty, representada para este acto por el **Sr. Miguel Arnaldo Irigaray**, con Cédula de Identidad N° 7.503.970, como Representante Legal de la firma MEDIPLAN S.A., denominada en adelante el CONTRATISTA denominadas en conjunto "LAS PARTES" e, individualmente, "PARTE", acuerdan celebrar el presente CONTRATO PARA LA **"PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO SANATORIAL INTEGRAL, SERVICIO DE URGENCIAS - EMERGENCIAS Y SEGURO ODONTOLÓGICO PARA FUNCIONARIOS PERMANENTES Y PERSONAL CONTRATADO DEL SERVICIO LOCAL DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - PLURIANUAL"**, el cual estará sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

1. OBJETO.

El presente contrato tiene por objeto establecer las obligaciones y los derechos de las partes contratantes derivadas del llamado a Licitación Pública Nacional N° 6/2015 **"PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO SANATORIAL INTEGRAL, SERVICIO DE URGENCIAS - EMERGENCIAS Y SEGURO ODONTOLÓGICO PARA FUNCIONARIOS PERMANENTES Y PERSONAL CONTRATADO DEL SERVICIO LOCAL DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - PLURIANUAL".**

2. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.

Los documentos contractuales firmados por las partes y que forman parte integral del Contrato son los siguientes:

a) Contrato;

b) El Pliego de Bases y Condiciones y sus Adendas o modificaciones;

c) Las Instrucciones al Oferente (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) publicadas en el portal de Contrataciones Públicas;

d) La oferta del Proveedor;

e) La resolución de adjudicación del Contrato emitida por la Contratante y su respectiva notificación;

Los documentos que forman parte del Contrato deberán considerarse mutuamente explicativos; en caso de contradicción o diferencia entre los documentos que forman parte integral del Contrato, la prioridad de los mismos será en el orden enunciado anteriormente, siempre que no contradigan las disposiciones del Pliego de Bases y Condiciones, en cuyo caso prevalecerá lo dispuesto en este.

3. IDENTIFICACIÓN DEL CRÉDITO PRESUPUESTARIO PARA CUBRIR EL COMPROMISO DERIVADO DEL CONTRATO.

3.1. El crédito presupuestario para cubrir el compromiso derivado del presente Contrato está previsto en el Subgrupo 260, incluidos en el Presupuesto General de la Nación.

3.2. Esta contratación está incluida en el Plan Anual de Contrataciones (PAC) con el Código Nº **300.573**.

3.3 La validez de la misma está en el objeto del gasto incluido en el Presupuesto General de la Nación 2016 y sujeta a la aprobación de la partida presupuestaria correspondiente al 2017.

4. PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN

El presente Contrato es el resultado del procedimiento de Licitación Pública Nacional N° 06/2015, convocado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, y la adjudicación fue realizada por Resolución N° 32 /2016.

5. PRECIO UNITARIO Y EL IMPORTE TOTAL A PAGAR POR LOS BIENES y/o SERVICIOS.

Nº	OFERENTES	LOTE Nº 1
1	MEDIPLAN S.A.	21.223.200.000

La Contratación se realizó bajo la modalidad de Contrato Abierto por la cantidad mínima de **Trescientos Setenta (370) funcionarios** equivalente a **Guaraníes Diez Mil Seiscientos Once Millones Seiscientos Mil (Gs. 10.611.600.000)** y por la cantidad máxima de **Setecientos Cuarenta (740) funcionarios** equivalente a **Guaraníes Veintiún Mil Doscientos Veintitrés Millones Doscientos Mil (Gs. 21.223.200.000)**, por el periodo de 24 meses.

El Banco y Número de cuenta, del Proveedor, en el que se realizará el pago, vía acreditación en cuenta Bancaria es: BANCO CONTINENTAL CTA.CTE. 01-00620260-06

El proveedor se compromete a proveer los Bienes al Contratante y a subsanar los defectos de estos de conformidad en todo respeto con las disposiciones del contrato.

La contratante se compromete a pagar al proveedor como contrapartida del suministro de los bienes y la subsanación de sus defectos si los hubiere, el precio del contrato o las sumas que resulten pagaderas de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Contrato. (CEC).

6. COBERTURA.

BENEFICIARIOS: Funcionarios permanentes y contratados del Ministerio de Relaciones Exteriores.

La cantidad máxima de titulares es de 740, y cada uno de estos con sus respectivos grupos familiares.

Se entenderá por grupos familiares, al titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por Unión de hecho), sus hijos/as hasta el día en que cumplan 22 años e hijos con capacidades diferentes mentales y/o físicas sin límites de edad. **Además los hijos del cónyuge hasta el día que cumplan 22 años de edad.**

La Unión de hecho podrá ser acreditada como válida con la presentación de una Declaración Jurada formulada ante el Encargado del Registro del Estado Civil o el Juez de Paz respectivo, cuando la comunidad de hecho es producto de una efectiva convivencia durante el tiempo mínimo indicado en la Ley Civil. Durante la vigencia del contrato el titular no podrá sustituir al Beneficiario declarado inicialmente, salvo que contraiga Matrimonio con una persona distinta.

Asimismo, para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupos familiar a su padre, madre (sin límite de edad), hijos/as hasta EL DIA que cumplan 22 años de edad, e hijos con capacidades diferentes mentales y/o físicas sin límites de edad.

En caso de titulares solteros sin hijos, podrán incluir a su padre y madre sin límite de edad y hasta 2 hermanos/as solteros/as hasta el día que cumplan 22 años de edad.

El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, volviendo este a la equiparación de soltero.

La persona viuda, previa verificación documental que demuestre dicha situación, queda equiparada al estado de soltero.

En caso que el titular con grupo familiar fallezca, los adherentes tienen la posibilidad de seguir con la cobertura médica, para dicho efecto deberán realizar la solicitud de continuidad de cobertura médica ante la prestadora y además formalizar un acuerdo donde se obligan al pago del costo mensual de la cobertura, quedando el pago de la misma a cargo del adherente en forma directa con la prestadora. Dichos trámites serán posibles una vez que cuenten con la Resolución de Desvinculación del funcionario titular fallecido. (Esta cartera de Estado no se hace responsable en caso de falta de pago, para lo que aseguradora realizara en forma directa el reclamo correspondiente), pudiendo la Pre – paga, previa notificación a los interesados, suspender o dar de baja a los mismos si incurriesen en mora por más de 60 días.

En el caso de funcionarios, Nombrados o contratados, que sean cónyuges (ya sea por matrimonio formal o por Unión de hecho) **(ambos titulares)** uno de ellos puede solicitar incluir como beneficiario a su/s hijo/s **hasta el día que cumplan 22 años de edad**. Su cónyuge puede incluir como beneficiario a su/s padre/s, sin límite de edad.

El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona soltero/a hasta el día que cumpla los 22 años de edad, en situación de dependencia directa y/o bajo tutoría declarada, la cual deberá ser demostrada fehacientemente.

Si el titular fuera designado a prestar servicios en el exterior del país, el mismo quedara desligado de los servicios de cobertura del contrato y podrá solicitar formalmente la permanencia de su grupo familiar y adherentes, con la misma cobertura, al referido contrato, debiendo abonar para el efecto el 100% del monto correspondiente al titular mas grupo familiar y adherentes, **dicho pago se realizara indefectiblemente por débito automático.** La Prestadora firmará un acuerdo con el Titular en relación a los adherentes y dicha proforma deberá ser verificada y aprobada por la Contratante.

La comunicación de la incorporación de nuevos titulares funcionarios/as o contratados/as y su grupo familiar deberá ser realizada por la contratante por medio de la Dirección de RRHH de esta Cartera de Estado, debiendo contar con cobertura médica en forma inmediata.

ADHERENTES:

Además, se deberá contemplar como Beneficiarios/as Adherentes a los padres del titular casado o por unión de hecho, hermanos/as e Hijos/as de 22 años de edad en adelante (22 años más un día), **además los hijos del cónyuge de** 22 años de edad en adelante (22 años más un día) y otros en relación directa de dependencia del titular, que no fuesen mencionados en los párrafos anteriores. Estos beneficiarios adherentes estarán a cargo de cada titular, y su incorporación al sistema será bajo las siguientes condiciones:

• **Personas mayore**s de edad: se entenderá taxativamente a los Padres, Madres, Hijos **solteros** de 22 años de edad en adelante (22 años más un día), quienes abonaran directamente al contratista una prima del 20% (veinte por ciento) por persona, del valor abonado por cada titular, en todos los casos sin límites de edad.

Observación: Cuando el hijo soltero de un Beneficiario/a cumpla los 22 años de edad y en adelante, los titulares informaran a la prestadora sobre la continuidad o no del mismo como adherente. Asimismo la prestadora deberá informar al titular sobre dicha situación para que el mismo tome los recaudos correspondientes.

• **Hermanos**: se entenderá a los hermanos/as **solteros,** quienes abonarán directamente al contratista una prima del 40% (cuarenta por ciento) por persona, del valor abonado por cada titular.

Observación: Todos los beneficiarios, cónyuges, hijos y adherentes dependientes tendrán los mismos derechos y extensión de cobertura que figuran en el contrato.

El plazo máximo para las incorporaciones de los adherentes será hasta **120** días posteriores a la firma del contrato, u acto administrativo/jurídico del titular (rotación a la sede del Ministerio, nacimiento, casamiento, divorcio, resolución de nuevos contratos, decreto de nombramiento, y otros) cuando corresponda.

En caso de inclusión de beneficiarios directos (no adherente) del titular, el plazo de inclusión es ilimitado.

La opción de incluir beneficiarios adherentes será responsabilidad exclusiva de cada titular y los costos serán abonados por cada titular en forma directa a la Prestadora de Servicios por débito automático, conforme autorización escrita por parte del titular para el descuento correspondiente. La Prestadora de Servicios (Pre-Paga) podrá suspender, previa notificación, el servicio a los Adherentes que se encuentran en mora con el pago mensual a partir de los 60 días de atraso.

Titulares Directos, solteros que contraigan matrimonio o unión de hecho durante la vigencia de este contrato podrán, a decisión de los mismos, incluir a su cónyuge, **en reemplazo de sus padres al grupo familiar,** como beneficiario con todos los beneficios del titular, la comunicación se hará por parte del titular en un plazo máximo de 120 días.

En caso de producirse la desvinculación de funcionarios de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley durante la vigencia del Contrato, el Ministerio de Relaciones Exteriores comunicará dicha situación a la prestadora de servicios.

Una vez cumplido el plazo de 120 días otorgado para la inclusión de los adherentes, el titular podrá solicitar nuevas incorporaciones (no incluidas originalmente) una vez cumplido los doce meses contados desde la firma del contrato, conforme al plazo especificado en las clausulas anteriores.

Exclusiones de adherentes podrán realizarse al término del contrato o por deceso del adherente.
Las nuevas inclusiones podrán realizarse nuevamente una vez cumplido los 12 meses de contrato contados desde la firma del contrato. La comunicación se hará por parte del titular en un plazo máximo de 120 días.

La Prestadora firmará un acuerdo con el Titular en relación a los adherentes y dicha proforma deberá ser verificada y aprobada por la Contratante.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONARIOS

Los Funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores se encuentran en la ciudad de Asunción y Gran Asunción e interior del País.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:

Se concede la **VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios**. Una vez firmado el contrato se notificará a la Prestadora de Servicios que el mismo ya ha sido suscripto y a partir de esta notificación con la entrega de la nómina de funcionarios titulares y sus grupos familiares ya entrará en vigencia la utilización de los servicios.
Entiéndase por **VIGENCIA INMEDIATA**, que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna, ni chequeo médico previo, para la prestación de los servicios objeto de la presente Licitación.
Para el acceso de los funcionarios a los servicios, la Convocante hará entrega del listado de titulares con sus números de documentos de identidad **y fecha de nacimiento,** dichos datos serán suficientes para el acceso a los servicios entre tanto se proceda a la confección de los respectivos carnet de asegurado.

IDENTIFICACION

LA PRESTADORA DE SERVICIOS (**PRE – PAGA**), proporcionará a cada Beneficiario, dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a la firma del contrato y **la entrega oficial de la nómina de funcionarios**, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible, que lo acreditará como tal.

La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, (por el titular o representante) para la emisión de una nueva tarjeta, **pero de igual forma podrá recibir asistencia médica con la presentación de la Cédula de Identidad**. El costo de reimpresión de las tarjetas de identificación estará a cargo de la prestadora. La reimpresión se deberá realizar sin más trámite alguno.

Igualmente la PRESTADORA DE SERVICIOS (**PRE – PAGA**) entregará una copia de los servicios y coberturas a cada titular, con el listado de Profesionales Médicos en convenio y otros profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados, el mismo deberá ser actualizado a solicitud de la contratante.

Las tarjetas de identificación, deberán contener los datos de números telefónicos para casos de urgencia, reservas para consultas y trámites administrativos.

LOTE N° 1 - SERVICIO MÉDICO Y SANATORIAL INTEGRAL.

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN

1) Los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos y/o facturados, no podrán ser superiores a los de las farmacias de plaza o comercio del ramo, según el precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

2) Los sanatorios adheridos en convenio con la prestadora del servicio, se abstendrán de imponer al paciente para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad, tales como filmaciones, tomas fotográficas u otros similares.

3) La utilización de los equipos, maquinarias, instrumentales y otros elementos siempre y cuando corresponda su utilización, empleados en cirugías, especialidades médicas, cualquier tipo de intervención y otros, del presente contrato tendrán cobertura total (100%), por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto alguno.

4) Los servicios médicos, sanatoriales, urgencias, imágenes, laboratoriales, etc, propuestos por LA PRESTADORA DE SERVICIOS brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato. Para los servicios de consulta con profesionales y de urgencias, el beneficiario titular tendrá libre elección sin que sea requisito previo concurrir a la prestadora de servicios.

5) Todas las órdenes de internación, deberán ser emitidas y/o solicitadas por un profesional médico que deberán contar con los siguientes requisitos:

- **Apellido y Nombre del paciente**
- **Fecha de internación y Días probables de internación, para los caso de internación**
- **Diagnóstico probable**
- **Firma y sello del médico tratante.**

5.1. Para las internaciones programadas, la presentación de la orden de internación, deberá ser realizada por el beneficiario ante la prestadora en forma física o por cualquier medio tecnológico., con antelación al suceso, a efectos de la emisión de la cobertura correspondiente para su presentación al centro asistencial. En el

caso de internaciones programadas se deberá presentar los estudios de diagnóstico que respaldan el evento. En caso de urgencias o emergencias, el centro asistencial deberá realizar las gestiones ante la prestadora de servicios (Pre- Paga)

5.2 Para las internaciones de urgencias, feriados, sábados o domingos y fuera de hora de oficina, la cobertura de internación se deberá de solicitar por cualquier medio al personal de guardia de la prestadora de servicios.

6) RELACIÓN ENTRE LA PRESTADORA DEL SERVICIO MÉDICO SANATORIAL INTEGRAL (PRE-PAGA) Y LA ASEGURADORA DEL EXCESO DE GASTOS MÉDICOS:

***La pre paga queda obligada a facilitar a la aseguradora la cartilla de prestadores a fin de que esta última pueda realizar con ellos las gestiones que fueran necesarias para cubrir los eventos que correspondan, conforme al contrato suscripto entre la aseguradora y la convocante.**

***La Prepaga facilitara la información, ha pedido expreso de la Aseguradora: el Nombre, Nro. de Teléfono, Direccion y la identificación del encargado del prestador en donde se efectué un exceso de gastos, mediante los medios de comunicación disponibles e indicados entre las partes, a fin de que la Aseguradora se encargue de los gastos que incurra el beneficiario, en el caso que corresponda, conforme a su especificaciones del llamado licitatorio al cual se encuentre obligado.**

COBERTURA TOTAL:

Tendrá cobertura total (100%), la inclusión de los honorarios profesionales, **paramédicos,** internaciones, estudios de imágenes realizados en centros de diagnósticos, análisis clínicos laboratoriales, tratamientos ambulatorios y otros necesarios para la debida atención médica, **conforme a lo establecido para cada servicio.**
Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores habilitados por el contratista), de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para la capital e interior del país (urgencias, emergencias, internaciones).

Se entenderá como cobertura "por evento", a todo servicio sanatorial, médico, clínico, relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto, sin límite de internaciones, y/o procedimientos médico – quirúrgico, sin importar el diagnóstico o motivo de la internación. ***La contratista deberá demostrar en forma efectiva la relación existente entre una situación y otra para que pueda ser considerada como el mismo "evento". En caso que no se pueda demostrar la relación entre una y otra o que exista duda por parte de la contratante, esta se compromete a fundamentar dicha duda en base a un criterio médico, el cual deberá avalar o justificar fehacientemente con bases técnicas y medicas el porque se considera como un evento independiente.***

En caso de que persistiese la discrepancia en los criterios avalados por el Profesional Médico y el Auditor Médico de la contratista, se coordinara una reunión entre dichos profesionales a fin de resolver las divergencias. Hasta tanto se concluya un criterio, la Contratista deberá asumir los costos del evento médico, en caso de que resulte aceptado el criterio del Auditor Médico de la contratista, se procederá al reintegro del total costeado por la Prepaga.

a. **Toda orden de internación que demande más de un servicio sanatorial (Internación Clínica, UTI, etc.), la Prestadora de Servicios tendrá como indicador, a los efectos de emitir la cobertura, el tope máximo de la que implique mayor cobertura (UTI – Clínica) entre los servicios utilizados, que se detalla en el presente pliego de bases y condiciones.**

b. **Con respecto a los Centros de Diagnósticos, en la ciudad de Asunción, la Prestadora de Servicios debe contar, ya sean estos partes de los servicios de los centros asistenciales o de los centros para el efecto por lo menos:**

- **Cinco Laboratorios (propios y/o contratados); que deberá contar con la Apertura y/o Re-inscripción y Funcionamiento del Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Bacteriológicos, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y de los cuales <u>cuatro</u> deberán contar con el Certificado de Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC), correspondiente al año 2014.**

- Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio, **mediante la comprobación de un certificado médico**, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio indicado por el mismo y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, para dicho servicio, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica a la prestadora de servicio; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios.

- Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

- **Cinco Centros de Imágenes (propios o contratados); que deberán contar con el Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de los cuales cuatro deberán contar con servicio de atención las 24 horas. En caso que existan alguna necesidad de sustitución de algún centro, para ser reemplazos se deberá comunicar a la contratante y explicar el motivo de dicha sustitución, en todos los casos se debe sustituir por otros de igual o mayor calidad y trayectoria, caso contrario la contratante se reserva el derecho de solicitar otra opción.**

- El oferente deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomo gráficos, MULTISLICE DE 16 CANALES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 1.5 Tesla, Radiografías, Ecografías, Eco cardiografía, Mamografía.

Los recargos por traslados de equipos laboratoriales o de imagen a sanatorios o domicilios serán por cuenta de la prestadora.

Dicha información deberá ser acreditada por cartas emitida por los centros, donde especifica que dichos estudios se realizan en sus instalaciones, y que los equipos de los mismos se encuentran en perfecto estado de funcionamiento.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

a) INTERNACIONES:

Con cobertura total e inmediata, en centros asistenciales, habilitados por la prestadora , y será de libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente independientemente a la forma o medio conforme a las limitaciones del PBC, 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, hasta el alta del paciente. **No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse.**
Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, **a pedido expreso del titular,** cada 24 horas, **un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.**
En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar 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.

Para las internaciones, el contratista deberá presentar centros asistenciales con las coberturas respectivas en Asunción, Gran Asunción **e interior del país, conforme a la cantidad requerida en el presente contrato.**

Cobertura de medicamentos por valor de **veinte millones de guaraníes (Gs. 20.000.000.-)**, por evento por año, sea por urgencias, internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para cada uno de los beneficiarios y adherentes. Material descartable o desechables utilizados por valor de **diez millones de guaraníes (G. 10.000.000.-),** por evento por año, incluido pañales, termómetros y baja lenguas, para cada uno de los beneficiarios y adherentes, siempre que guarde relación al episodio tratado, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxigenoterapia, y cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmunoterapia y otros.

Los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos y/o facturados no podrán ser superiores a los de las farmacias de plaza o comercio del ramo, según precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Respecto a los Centros Asistenciales, la Prestadora de Servicio deberá contar en:

- Asunción y gran Asunción (mínimo 20), con por lo menos un centro asistencial en las siguientes ciudades; San Lorenzo, Luque, Limpio, Lambaré, MRA y Fernando de la Mora) de los cuales mínimamente se deberá contar con:

- Tres (tres) centros asistenciales de Nivel 3"- Alta Complejidad, según categorización de la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- **Cinco (5) establecimientos con categoría correspondiente al "Nivel 2"- Mediana Complejidad según categorización de la Superintendencia de Salud**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Cinco (5) cinco centros asistenciales deberán contar con Unidad de Terapia Intensiva Adultos.**
- **Dos (2) establecimientos con Unidad de Terapia Intensiva Niños**

(1) Centro Médico Exclusivo Pediátrico y Especializado para niños, para URGENCIAS, CONSULTAS E INTERNACIONES en la ciudad de Asuncion.

En el interior del país: deberá contar mínimamente con 10 Centros asistenciales reconocidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, distribuidos en los siguientes departamentos: Concepción, San Pedro, Cordillera, Guaira, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Misiones, Paraguarí, Alto Paraná, Ñeembucú, Canindeyú, Villa Hayes.

El comité evaluador de la convocante se reserva el derecho de visitar las instalaciones del oferente, durante el periodo de evaluación de las ofertas, a fin de verificar la veracidad de la información suministrada.

b) COBERTURA

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades (consultas-tratamientos y otros relacionados) reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en consultorios e internaciones, cirugías, servicios de urgencias, emergencias, **tratamientos en internaciones y ambulatorios**, procedimientos, métodos auxiliares de diagnóstico (laboratoriales, análisis, estudios por imágenes y otros), además de internaciones, controles de rutina y estudios propios de especialidades, tratamientos, y procedimientos que los profesionales médicos puedan brindar reconocidos y rancelados por las respectivas sociedades científicas del Paraguay., sean para casos de accidente o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán cobertura, **en las siguientes especialidades, conforme a las condiciones del presente contrato (listado enunciativo no limitativo):**

1. Cantidad mínima de especialistas por especialidad: VEINTE (20)

1.1 Ginecología y Obstetricia. Monitoreo Fetal.

1.2 Pediatría y Neonatología

1.3 Clínica Médica.

2. Cantidad mínima de Especialistas por especialidad: diez (10)

2.1 Anestesiología

2.2 Cardiología

2.3 Cirugía General y videolaparoscopia:

2.4 Gastroenterología, incluyendo procedimientos relacionados a la especialidad.

2.5 Neumología

2.6 Otorrinolaringología (Adultos-Pediátrico)

2.7 Urología,endoscopia urológica y quirúrgica.

2.8 Oftalmología.

2.9 Cirugías oftalmológicas especializadas:

3. Cantidad Mínima de especialistas por Especialidad: cuatro (4)

3.1 Alergia e Inmunología
3.2 Cardiología Pediátrica
3.3 Cirugía Pediátrica
3.4 Cirugía Cardio
3.5 Cirugía Plástica Reparadora (no estética)
3.6 Coloproctologia
3.7 Dermatología
3.8 Diabetologia
3.9 Endocrinología
3.10 Infectologia
3.11 Proctología
3.12 Mastologia
3.13 Fisioterapia
3.14 Nefrología
3.15 **Hemodinamia Intervensionista/cateterismo y otros**
3.16 Clínica neurológica
3.17Neumología.
3.18 Nutricionista – Nutrición en adultos y niños.
3.19 Psiquiatría
3.20Psicología
3.21Psicopedagogía:
3.22Psicología pediátrica
3.23 Oncología (Adultos – Pediatria)
3.24 Reumatología
3.25 Radiología
3.26 Transfusionista – Hemoterapia – Incluye Serología
3.27 Toxicología – 2 Especialistas
3.28 Flebología
3.29 Monitoreo cardiológico intraoperatorio, **a pedido expreso del cirujano**
3.30Hepatología
3.31 Traumatología y Ortopedia –
3.32Espirometría
3.33 Fonoaudiología.
3.34 Ejercicios de rehabilitación vestibular.
3.35Estudios especializados Ultrasonográficos
3.36 Analgesias en partos

3.37 Neurología

3.38 Cardiología (Adultos – Niños)

3.39 Oftalmología

3.40 Diabetología

4 Cantidad Mínima de especialistas por Especialidad: tres (3)

4.1 Geriatría
4.2 Hematología
4.3 Anatomía Patológica

Las demás especialidades citadas en el PBC que no figuran en el listado precedente deberán contar con una cantidad mínima de dos (2) especialistas y con cobertura del 100%

Los beneficiarios podrán solicitar la inclusión de profesionales médicos para formar parte del plantel de especialistas; la prestadora deberá proceder a las gestiones correspondientes para iniciar la negociación y si hubiere acuerdo entre el profesional y la prestadora de servicios, la misma deberá comunicar los profesionales incluidos en la cartilla del Ministerio, en caso de que no exista acuerdo, debera informar a la contratante. El plazo de comunicación desde la solicitud realizada por la contratista no deberá exceder de 30 días corridos.

El beneficiario y su grupo familiar, podrán consultar y realizar tratamientos con médicos que no se encuentren en el listado de profesionales del seguro, y cuyo reembolso el prestador del servicio está obligado a retribuir hasta 20 veces por año, para consultas en consultorios y hasta 10 sesiones de tratamientos en consultorio por año **hasta un máximo G. 150.000 por cada consulta/tratamiento en consultorio.**

La solicitud de reembolso por parte del Titular, Beneficiario o Adherente, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 15 días corridos posteriores a la solicitud de reembolso, contados desde la presentación de la totalidad de documentaciones requeridas el cual se efectuará los días hábiles y en horario de oficina. **Para la solicitud del reembolso, la factura a presentar, debe estar al nombre de la Prestadora de Servicios, especificando el RUC de la misma.**

La modificación de la lista de profesionales deberá ser comunicado a la Contratante, dentro de los 10 (diez) días corridos e incluidos en materiales informativos del servicio que deberán estar disponibles para todos los beneficiarios.

c) UNIDAD DE <u>TERAPIA INTENSIVA e INTERMEDIA : (adultos y niños):</u>

UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA : (adultos y niños): La cobertura se rige conforme al apartado de Terapia Intensiva

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: el tiempo de internación CON COBERTURA TOTAL (100%) durante 25 días, por evento, sin límites de eventos al año.

En ningún caso, el Centro de Internación en Terapia Intensiva/ Intermedia, podrá requerir, depósito, garante o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al BENEFICIARIO por la prestación de este servicio.

Servicios cubiertos para terapia intensiva e intermedia (listado enunciativo no limitativo): pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente independientemente al método indicado por el profesional, enteral y parental (enteral y parenteral hasta 10 unidades por evento por año), oxigeno terapia, balón de oxígeno , equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general (listado enunciativo no limitativo). Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.
A partir del día **26 (veinte y seis) (terapia intensiva)** la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario/aseguradora (segun convenio) y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un máximo de **treinta y cinco días**, por evento, contados a partir del dia uno de internación **en "todo" concepto (estudios auxiliares de diagnóstico, imágenes, laboratoriales), la cobertura está basada conforme a los incisos "p" y "q" de este apartado.**

Terapia Intensiva e Intermedia: Cobertura de medicamentos nacionales e importados hasta **G. 20.000.000.- (Guaraníes veinte millones),** por evento por año y en todo concepto. Material descartable o desechables utilizados por valor de **diez millones de guaraníes (G. 10.000.000.-), por evento por año,** incluidos pañales, termómetros **por asegurado.**

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, a pedido expreso del titular, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.
En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar 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. En ningún caso, el Ministerio podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular.

Durante la internación siendo propios de los sanatorios habilitados, cobertura total, considerándose, entre otros, los siguientes, (el siguiente listado es enunciativo, no limitativo)

- Colchones de aire – agua
- Carpa de oxígeno
- Cuna térmica

- Monitores y respiradores
- Máquina de anestesia
- Bomba de contrapulsación intraaórtica
- Saturador de oxigeno
- Equipo de vídeo endoscopia
- Equipo de vídeo laparoscopia
- Equipo de artroscopía
- Microscopio
- Incubadora de transporte
- Arco en C
- Equipo extractor e inyector de sangre
- Saturador mecánico PF
- Equipos de Hemodinamia
- Equipo de Hemodiálisis
- Equipo litotriptor
- Equipo para urodinamia

Cualquier otro equipo de uso médico tendrá la cobertura total estipulada en este contrato.

d) MATERNIDAD: (COBERTURA INMEDIATA, TOTAL Y SIN LIMITE PARA LA TITULAR, BENEFICIARIAS Y ADHERENTES)

Parto Normal (Vaginal) o por Cesárea (Conceptos enunciativos y no limitativos): Debe cubrir honorarios médicos (ginecólogo, ayudante), anestesista, instrumentador, transfusionista, métodos auxiliares de diagnósticos (laboratoriales, Análisis, estudios por imágenes y otros), pediatra, neonatólogo (todo lo necesario hasta el alta del paciente en internaciones clínicas. Si requiere de Terapia Intensiva se regirá conforme a las condiciones establecidas en el apartado específico de Terapia Intensiva). Asimismo el derecho operatorio, nursery, internación en habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería, Carpa de Oxigeno.

Los hijos de los funcionarios, recién nacidos, deberán ser incorporados como beneficiarios en forma automática, con todos los beneficios del titular. En caso de parto de la concubina de un funcionario, será necesario presentar la partida de nacimiento, con reconocimiento de paternidad, para realizar la inscripción.

En caso de recién nacido en forma Prematura o a término, deberá tener una cobertura inmediata y "total" incluyendo, todos los medicamentos, todo tipo de nutrición independientemente al medio o forma de suministro, descartables, desechables (pañal), incluido termómetros, equipamientos y demás necesarios, conforme a las limitaciones del PBC, en caso medicamentos y descartables y demás necesarios se regirá la cobertura conforme al inciso "C" de este apartado, en cuanto a LUMINOTERAPIA/INCUBADORA; hasta 25 días con cobertura total del 100% de internación sin límite de eventos por años, a partir del día 26 (veinte y seis) la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario/aseguradora (según convenio) y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un máximo de cuarenta días.

En caso de recién nacido en forma Prematura o a término en partos de hijas y/o hermanas del titular que se encuentren en carácter de beneficiario directo o adherente, el recién nacido gozará de la misma cobertura establecida en el PBC hasta un máximo de 3 días. Una vez que el recién nacido sea dado de alta, el mismo ya no contara con esta cobertura médica.

f) SERVICIOS DE URGENCIAS CON COBERTURA TOTAL:

Debe estar integrado por guardias de urgencias en los servicios asistenciales, compuesto de 2 (dos) profesionales como mínimo para las especialidades de: medicina clínica y pediatría, las 24 hs. todos los días, aún domingos y feriados, además de los mismos, se deberá contar con profesionales médicos de las especialidades y subespecialidades como ser: cirujanos, ginecólogos, obstetras, traumatólogos, cardiólogos o la convocatoria de ellos o cualquier otro profesional en la mayor brevedad posible, además de interconsultas y otros, asimismo derechos de sala de procedimientos/quirófano, estudios diagnósticos derivados de la consulta. Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro centro médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos que pongan en riesgo la vida del beneficiario.
Ocurrido el episodio se comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas de dicho suceso a LA PRESTADORA DE SERVICIOS para que la misma se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro.

El Sanatorio proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado conforme a las condiciones establecidas en el PBC. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente. Se considerará accidente colectivo, cuando resultaren más de 5 (cinco) beneficiarios accidentados en un sólo acontecimiento.

La cobertura de medicamentos y descartables nacionales e importados y otros sin excepción incluyendo antibióticos para los servicios de urgencia, emergencia, tratamiento ambulatorio, será del cien por ciento (100%), en los servicios dispuestos y que pueda necesitar el asegurado.

g) OTROS SERVICIOS CUBIERTOS TOTALMENTE.

Deben estar cubiertos todos los procedimientos menores, además de los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas además de todos los elementos necesarios para llevar adelante los procedimientos quirúrgicos-intervenciones, el uso de

mallas, utilización de electrocardiógrafo, ecógrafos, rayos X, colchones de aire-agua, monitor, monitor fetal, cuna térmica, carpa de oxígeno, tomógrafo, ecocardiógrafo, Bomba de contra pulsación intraaórtica, saturador de oxígeno, Equipo de video Endoscopio, Equipo de video laparoscopia, Equipo de artroscopía, Microscopio, bomba de Infusión, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco, Gastos de traslado de equipos y recargos por fuera de hora.

Inyecciones, vacunas y su aplicación en vacunatorio de la contratista y sanatorios adherentes, test de APGAR. **Las vacunas que son las obligatorias y proveídas por el Ministerio de Salud Pública (listado enunciativo no limitativo) sin cargo para el asegurado, tales como Sabin, DT, MMR, DPT, BGC, conforme a la edad establecida por el Ministerio de Salud, como así también las vacunas para el tratamiento de ASMA, toda cantidad necesaria del tratamiento; como también las vacunas contra la influenza, varicela, hepatitis, con cobertura del 100% (cien por ciento) para el asegurado.**

Quemaduras en general hasta el 50 % de la superficie corporal, mas del 50% será considerada de alta complejidad.

Estudios anatomopatológicos (Punciones y biopsias de tejidos y órganos, y otros no especificados), Punciones en general, (incluyendo los procedimientos de tomas de muestras y el análisis respectivos de la misma).

Nebulizaciones las veces que se requiera conforme a indicación medica, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, infrarrojo, medicamentos y materiales descartables y otros necesarios que pueda requerir el asegurado , tendrá una cobertura total, al igual que Análisis de Virus de Papiloma Humano (VPH), mapeo ambulatorio de la presión arterial sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO, GRUPO FAMILIAR Y ADHERENTE.

Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP y mamografía, tendrán una cobertura total sin costo e inmediata y sin límite para el BENEFICIARIO, GRUPO FAMILIAR Y ADHERENTE.

Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, ultrasonográficos, con cobertura total a cargo de la Aseguradora y/o Centro Asistencial.

Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico, cirugía o tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contrastes y extracción de cuerpos extraños, uso de equipos, videos, y otros. Y todo lo necesario para la realización del procedimiento.

Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas **que se contemplen con cobertura en el presente PBC. Deben cubrir todo tipo de materiales necesarios para las cirugías e intervenciones no solamente medicamentos y descartables, además de todo aparato, equipo, instrumento, considerado necesario por el médico tratante La aseguradora/ Centro asistencial en ningún caso podrá solicitar deposito, garante o aval alguno en concepto de garantía para la realización de alguna intervención quirúrgica.**

También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), kinesiología, hidroterapia, etc., sin limitaciones en la cantidad de veces que el asegurado necesite, bajo prescripción del especialista.

Tratamiento con quimioterapia y cobalto terapia hasta 10 sesiones por evento por asegurado por año y con medicamentos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas hasta 10.000.000 Gs., por evento por año

Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, hasta diez sesiones por evento por asegurado por año , **y con medicamentos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas hasta 10.000.000 Gs., por evento por año.**

Diálisis, hemodiálisis (hasta 10 sesiones por año por asegurado).
Transfusionista – Hemoterapia – Incluye Serología.
Alergia: incluye tratamientos especializados en alergias, test alérgico, inmunoterapia y vacunas (independientemente a la forma de suministro) para tratamientos de alergia según prescripción médica, las veces que sean necesarias.

Oftalmología ejercicios ortópticos, dilatación, curva de presión y cataratas con implante de lente intraocular, material viscolastico (no incluye lio),
Cubre entre otros procedimientos la reposición de otoconios (fonoaudiología)
Estudios de anatomía patológica - Biopsias de todo tipo
Consultas para flebologia.
Endocrinología, Nutrición incluye consultas y tratamientos, dietas por prescripción médica no estética, además de las necesarias en caso de los recién nacidos.
Test para Dengue
Test de influenza
Test para cualquier enfermedad epidemiológica.
Cirugía plástica reparadora (incluyendo labio leporino)
Monitoreo cardiológico intraoperatorio
Infiltración de Ozono
Espirometría.
Fonoaudiología.
Foto Terapia en General
Estudios especializados Ultrasonográficos

Cirugía General y videolaparoscopia: mayor, mediana, menor. Adultos y pediátrica. Convencionales y no convencionales. Cirugía video laparoscopia (uso del video sin cargo para el asegurado) de vesícula, apéndice, hernias y cualquier otra cirugía que pueda realizarse por este medio, incluyendo honorarios médicos, anestesista y uso del equipo e instrumentales para realizar dicho procedimiento.
Procedimientos endoscópicos o videoendoscópicos con fines de diagnóstico o terapéuticos. Endoscopia digestivas altas, rectosimoidoscopia, colonoscopía, laparoscopía, extracción de cuerpos extraños en tubos digestivos, esclerosis de lesiones sangrantes en tubos digestivos, electrocoagulación, papilotomía, polipectomía, ERCP y otros.

Otorrinolaringología (Adultos-Pediátrico) incluye consultas, estudios y cirugías, incluyendo ronquido, uvulopalatoplastía.

Urología,endoscopía urológica y quirúrgica, Consultas, cirugías incluyendo postectomía (niños y adultos), varicocele, R.T.U. de próstata, litotripsia ultrasónica, litotripsia endoscópica y litotripsia extracorpórea, uso de catéteres doble J y los materiales o insumos que el facultativo solicite.

Oftalmología. Consultas. Forman parte de la consulta: estudio de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta y/o lente de Goldman y la toma de presión, estudios, procedimientos quirúrgicos, tratamientos (incluye uso de equipos e instrumentales, incluyendo Eximerláser), **cataratas por facoemulsificación, cataratas por técnica convencional intra o extracapsular**. Ejercicios ortópticos y pleópticos.

Cirugías oftalmológicas especializadas: Se incluyen, además de las cirugías convencionales de la especialidad, cirugías de miopía y astigmatismo según caso individualizado.

Dermatología (Adultos-Niños) clínica y quirúrgica en adultos y niños. Incluye tratamientos ambulatorios (Ej.; Fototerapia y otros).

Diabetologia – Endocrinología (Consultas y elaboración de dietas, por prescripción médica no estética).
Nutrición en adultos y niños.
Infectología. Cobertura de honorarios profesionales y tratamiento a cargo de la prestadora de servicios.

Ejercicios de rehabilitación vestibular.

- **Especialidades:**

Fonoaudiología
Psicología consultas y tratamiento
Psicopedagogía: consulta y tratamiento
Psiquiatría, consultas y tratamiento
Consultas y tratamiento: 20 veces al año por asegurado y por especialidad.

Estarán cubiertos además, Las crisis hipertensivas e hipotensivas, reacciones alérgicas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas, **conforme a las condiciones del presente contrato.**

También deberá incluir los casos de los niños en edad escolar, así como la emisión de certificados solicitados por sus colegios, y para los casos con chicos con problemas de salud que les impida la realización de ejercicios físicos y que deban demostrarse fehacientemente con dicho certificado expedido por el profesional médico.

Para eventos clínicos o quirúrgicos deberán estar cubiertos todos los Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópios, uroscopios, etc.), y flexibles (fibroscopios. etc), con fines de diagnóstico, cirugía o de tratamiento, incluyendo todo lo necesario para realizarlo, tales como honorarios médicos y de anestesista, contraste y extracción de cuerpos extraños.

Las demás entidades clínicas y tratamientos están cubiertos, como crisis hipertensivas, crisis asmática, reacciones alérgicas, intoxicación, LUPUS, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas, entre otras, conforme a las condiciones del presente contrato.

Además las especialidades de gastroenterología, urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, reumatología, oftalmología, laparoscopia y artroscopía, fisioterapia en general, kinesiología, hidroterapia, geriatría. **Debe de contar por lo menos con 2 (dos) centros de fisioterapia y rehabilitación, (propios o tercerizados).**

h) CENTROS ASISTENCIALES EN EL INTERIOR

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales, radiológicos, en las ciudades circunvecinas de la capital y ciudades departamentales, tales como: **Concepcion, San Pedro, Cordillera, Guaira, Caaguazú, Caazapá, Itapuá, Paraguarí, Alto Paraná, Canindeyú, Villa Hayes.**

Para estos centros asistenciales, la cobertura de los servicios, deberá ser idéntica a la aplicable en la capital, conforme a las especificaciones técnicas.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso severo de sus signos vitales y requiera atención médica inmediata, podrá buscar auxilio en cualquier otro Centro Médico más cercano (este o no habilitado por la Prestadora). Estos casos comprenden los producidos por accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos no programados y otros imprevistos. Ocurrido el episodio se comunicará, dentro las primeras 24 (veinticuatro) horas, salvo excepciones, para que la Prestadora de Servicios se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho Centro.

De no contarse con Centro Especializado (UTI), la prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima, con una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato.

i) OTRAS ESPECIALIDADES

Las consultas, tratamientos y procedimientos en especialidades reconocidas por las distintas Sociedades Científicas del Paraguay que no figuren en el punto b), tendrán cobertura del 100% a cargo del/la prestador/a.

j) MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES

La prestadora permitirá interconsultas con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura **hasta 20 interconsultas por evento** con el plantel de médicos habilitados por la prestadora , por evento. Y hasta **diez consultas por evento** con profesional que no pertenezca al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de **la PRESTADORA, conforme a los aranceles estipulados por la Sociedad Científica del Paraguay (reconocida).**

SEGURO DEL VIAJERO

En este apartado, la Prestadora deberá tomar los recaudos pertinentes para otorgar la Cobertura total e integral para consultas e internaciones, estudios laboratoriales e imágenes y radiológicos para **casos de urgencia y/o emergencia**, incluyendo materiales y descartables, durante viajes al exterior del titular y sus acompañantes beneficiarios, conforme a la cobertura del titular, según lo establecido en el presente Contrato. Los trámites pertinentes en este apartado se convendrá, entre las partes, luego de la adjudicación. El plazo máximo de cobertura para estos casos será de hasta 30 días corridos por viaje.

k) COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA

La Prestadora de Servicios deberá presentar convenios por lo menos con cuatro (4) cadenas de farmacias, ubicadas en Asunción, de firmas distintas, que deberán contar con el descuento del 35% en medicamentos nacionales, preventivos y curativos (SIN LIMITE) y el descuento del 20% en medicamentos importados, preventivos y curativos (SIN LIMITE), con sucursales en Asunción, Gran Asunción y/o interior

del país y una (1) farmacia dedicada a preparados magistrales, que deberá contar con el descuento del 15% en los mismos, dicho descuento será considerado en medicamentos preventivos y curativos, (todos los descuentos deberán ser aplicados en cualquier forma o sistema de pago, sin recargo).

OPTICAS

La Prestadora de Servicios deberá presentar convenios por lo menos dos ópticas otorgando descuentos del 50% en cristales y armazones según prescripción médica, el descuento es hasta guaraníes quinientos mil por integrante.

l) OTRAS CONSIDERACIONES

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro Centro Médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos. Ocurrido el episodio se comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas, salvo excepciones, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante.

m) ENFERMEDADES CRÓNICAS, CONGÉNITAS, PREEXISTENTES, NEOPLASICAS:

Cobertura total en consultas y 35 días de internaciones clínicas por evento por año. Las internaciones en terapia intensiva e intermedia se regiran de acuerdo a lo establecido en el ítem c) UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA e INTERMEDIA : (adultos y niños).

Enfermedades, crónicas, congénitas, preexistentes neoplásicas y malformaciones congénitas: en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25%, los siguientes eventos quirúrgicos con arancel preferencial a beneficio del asegurado.

Para el presente ítem, la cobertura médica estará dada en base a las limitaciones establecidas en el PBC, sean estos medicamentos, descartables, estudios de diagnósticos, estudios laboratoriales y otros.

n) MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD – LISTADO ENUNCIATIVO NO LIMITATIVO.

El criterio a ser empleado en este contenido es el de lograr una cobertura del (80%) ochenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidas en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado/Empresa Aseguradora por exceso de gastos médicos y podrán ser proveídos por los mismos, quedando a cargo de la

ASEGURADORA DE GASTOS POR EXCESO MEDICO la esterilización del mismo y demás necesarios para su utilización. **Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de la prestadora de servicios (PRE PAGA)**
En las internaciones o intervenciones quirúrgicas, la cobertura de medicamentos por valor de **veinte millones de guaraníes (Gs. 20.000.000.-)**, por evento por año, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes y material descartable o desechables utilizados por valor de **diez millones de guaraníes (Gs 10.000.000.-),** por evento por año, incluido pañales, termómetros por asegurado y en forma independiente. Deberán estar cubiertos **todos** los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales, y demás conforme a las limitaciones establecidas en el PBC

Hemodinamia intervencionista
Angioplastia transluminal coronaria percutánea.
Equipo y Sonda de Balón de contrapulsación intra-aórtica.
Colocación de marcapasos; no incluirá el costo del aparato.
Cateterismo en general
Quemaduras desde el 50% de la superficie corporal.
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Cirugía Cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista, etc.
Cirugía Cardiovascular periférica.
Cirugía Vascular periférica.
Angioplastia transluminal coronaria.
Angioplastia transluminal coronaria percutánea.
Angioplastias en general.
Litotripsia extracorpórea.
Radioterapia y Cobaltoterapia, deberá incluir los medicamentos y descartables hasta el límite establecido, en este apartado.
Laserterapia para desprendimiento de retina, campimetría computarizada, facoemulsificación.
Equipo de contrapulsación intraaórtica.
Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventriculograma isotópico
Cirugía oftalmológica especializada.
Litotripsia ultrasónica.
Extirpación de acrocordones múltiples.
Cirugía de cabeza y cuello.

Cirugía torácica. Entre otras se incluyen: toracotomía, drenajes , punciones torácicas e hiperhidrosis (simpatoctomía).

Traumatología y Ortopedia. Incluye artroplastias, cirugías artroscópicas y de columna La cobertura incluye el uso de equipos e instrumentales necesarios.

Neurocirugías del sistema nervioso periférico, incluyendo las de columna

Y demás eventos considerados de alta complejidad.

o) **MEDICINA POR IMÁGENES Y NUCLEAR (Cobertura Total de todos los estudios por imágenes sin límites, con o sin contraste, reactivos, sustancias radiactivas y otros.**

Deberán estar cubiertos en un 100% por la prestadora todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total, sin límites, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario, integrante del grupo familiar y adherente, y que se realicen dentro del territorio nacional. No deberán existir limitaciones para la realización de cualquier tipo de estudios por asegurado.

Este punto comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante los registros impresos o fotográficos de imágenes y otros, efectuados en consultorios o centros especializados dentro del territorio nacional y no excedan en forma independiente (por cada estudio) el costo tres salarios mínimos y que provenga de una orden escrita por un profesional medico

Todos los estudios deberán incluir honorarios, contrastes, reactivos, sustancias radioactivas, medicamentos, procedimientos, utilización de equipos, instrumental, videos, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

p) LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS (Cobertura Total de todos los análisis sin límites)

Este servicio debe estar habilitado todos los días durante las 24 horas del día y deberá cubrir a los pacientes a domicilio, dentro del territorio nacional en caso de pacientes físicamente imposibilitados o a aquellos que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. **No deberán existir limitaciones para la realización de cualquier tipo de examen laboratorial por asegurado.**

q) SERVICIOS SIN COBERTURAS

Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos por vía de negociación.
Se detallan a continuación:
-Todos los gastos ocasionados por los siguientes eventos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales: intento de autoeliminación, autointoxicación, automedicación, autoagresión..
-Cirugía con fines estéticos (no reparadora) con excepción de VARICES. En el caso de que dichos eventos sean presuntamente considerados de carácter estético representen o generen un problema para la salud del paciente (asegurado), entonces dichas Cirugías están totalmente CUBIERTAS.
-Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.
-Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad o fertilización
-Estudios y tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad o de procreación (incluida la
Fertilización asistida y sus productos)
- Acupunturas, homeopatía, quiropraxia, masajes.
-Lipoaspiración
-Cirugía Bariátrica.

-Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.
-Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.
-Transplantes de órganos.
-Atención de medicina no alopática.
-Tratamientos con onda de choque
– Prótesis
- Lesiones provocadas por actos dolosos o consecuencia de reyertas o alteraciones de orden público
- Cualquier condición o tratamiento relacionado con el virus VIH positivo o del tratamiento del SIDA.
- Formolizaciones.
- intoxicaciones con drogas.
- Estudios y tratamiento para adictos a drogas y alcohol, así como sus consecuencias.

r) CONSIDERACIONES GENERALES:

1- Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.

2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado por el medico tratante, fecha de emisión, firma y sello del mismo.

3-Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, mediante correo electrónico o vía fax, en caso de existir una "no cobertura", la empresa prestadora de servicios (Pre paga) deberá realizar las explicaciones correspondientes al asegurado por cualquier medio tecnológico.

Cuando la solicitud de visacion se realice por vía correo electrónico o fax especificándose el Centro donde el beneficiario eligió realizarse el estudio y deberán ser respondidas lo antes posible, en caso de urgencia, emergencia, las visaciones seran gestionadas por medio de los centros asistenciales correspondientes.

4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.

5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo e instrumental necesarios, materiales descartables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario.

6) Todas las coberturas limitadas serán consideradas por año de vigencia, es decir una vez cumplido los primeros 12 meses de contrato, se procederá a renovar dichas coberturas para los siguientes 12 meses tales (terapia intensiva, intermedia, medicamentos, descartables y otros)

s) ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA

(Cobertura Total sin límites – listado enunciativo no limitativo)

Con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista, anestesista, y ayudantes, servicios de enfermería, medicamentos y materiales descartables, uso de equipos e instrumentales, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, los que se realizarán en centros habilitados dentro del territorio nacional para estos estudios por **LA PRESTADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:**

Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
Papilotomía
Colangiogancreatografía retrógrada
Electrocoagulación
Polipectomía
Y otros considerados para este método.

RECLAMOS

Todos los beneficiarios titulares, tendrán el derecho de reclamar en caso de que el servicio requerido en estas Especificaciones Técnicas, no sean cumplidas. Para tal caso, deberá remitir la queja al Departamento de Bienestar, Accesibilidad e Inclusión dependiente de la Dirección de Recursos Humanos, los que procederán a remitir a la Contratista la/s queja/s correspondiente/s a modo tal que la misma en el lapso de 5 días hábiles realice el descargo correspondiente.

CGC 26.1.:
APERCIBIMIENTOS

Por cada incumplimiento de las obligaciones de cobertura establecidas en el PBC, declarada como tal por la autoridad competente en forma fundada y previo cumplimiento de las garantías constitucionales que rigen el debido proceso, se hará un (1) Apercibimiento.

La Contratista podrá recurrir las decisiones que resuelven concluir en un Apercibimiento ante la Contratante, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de comunicada la decisión. La Contratante resolverá el recurso dentro de lo cinco (5) días hábiles de interpuesto el recurso. En caso de que la Contratante no resolviera en este plazo, el recurso tendrá sanción ficta positiva, haciendo lugar al recurso interpuesto. En caso de que la Contratista aun entendiera conculcados sus derechos contractuales, podrá recurrir ante la DNCP dentro del plazo establecido por la Ley 2051/03. Una vez transcurridos los plazos establecidos en la presente cláusula sin que la Contratista hubiera deducido recurso alguno, el Apercibimiento quedará firme.

MULTAS

Por cada cinco (5) Apercibimientos, fehacientemente comunicados a la Contratista, la Convocante podrá aplicar una multa equivalente a un monto de hasta el cinco por ciento (5%) del valor mensual del servicio correspondiente a la factura del mes en que se produjo el tercer apercibimiento, monto que guardará proporcionalidad con las erogaciones generadas a los beneficiarios por el incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la Contratista.

LA CONTRATANTE podrá deducir el monto de la multa del monto mensual facturado, en forma automática, una vez cumplidas las disposiciones establecidas en la presente cláusula. En caso de que los incumplimientos de contrato fueran graves, la Contratante podrá solicitar la rescisión del contrato, previo cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 2051/03, sus modificatorias y reglamentaciones.

7. VIGENCIA DEL CONTRATO

7.1. El plazo de vigencia de este Contrato será desde el 01 de marzo de 2016, por un periodo de 24 meses.

8. MULTAS

Las multas y otras penalidades que rigen en el presente contrato serán aplicadas conforme con las Condiciones Especiales y Generales del Contrato. Llegado al monto equivalente a la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, la Contratante podrá aplicar el procedimiento de rescisión de contratos de conformidad al Artículo 59 inc. c) de la Ley N° 2.051/03 "De Contrataciones Públicas", caso contrario deberá seguir aplicando el monto de las multas que correspondan.

La rescisión del contrato o la aplicación de multas por encima del porcentaje de la Garantía de Cumplimiento del Contrato deberá comunicarse a la DNCP a los fines previstos en el artículo

72 de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas".

9. FORMAS Y TERMINOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

La garantía para el fiel cumplimiento del contrato se regirá por lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato, la cual se presentará a más tardar dentro de los 10 días calendarios siguientes a la firma del contrato. La garantía del fiel cumplimiento debe ser equivalente al 10% del monto total del contrato.-

10. CAUSALES Y PROCEDIMIENTO PARA SUSPENDER TEMPORALMENTE DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE O RESCINDIR EL CONTRATO.-

Las causales y el procedimiento para suspender temporalmente, dar por terminado en forma anticipada o rescindir el contrato, son las establecidas en la Ley N° 2051/03 y en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato (CGC y CEC).

11. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier diferencia que surja durante la ejecución de los contratos se dirimirá conforme las reglas establecidas en la legislación aplicable y en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato.-

12. ANULACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN POR PARTE DE LA D.N.C.P.

Si la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas resolviera anular la adjudicación de la Contratación debido a la procedencia de una protesta o investigación instaurada en contra del procedimiento, y si dicha nulidad afectara al Contrato ya suscrito entre las partes, el Contrato o la parte del mismo que sea afectado por la nulidad quedará automáticamente sin efecto, de pleno derecho, a partir de la comunicación oficial realizada por la D.N.C.P., debiendo **asumir las partes las responsabilidades y obligaciones derivadas de la parte ejecutada del contrato.**

En prueba de conformidad se suscriben 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Asunción, República del Paraguay, a los 29 días del mes de enero de 2016.

Miguel Arnaldo Irigaray
C.I.: 7.503.970
MEDIPLAN S.A.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
REPÚBLICA DEL PARAGUAY

Lic. Juan Andrés Cáceres A.
Director General de Administración y Finanzas
Ministerio de Relaciones Exteriores