ADENDA N° 5

SUBASTA A LA BAJA ELECTRONICA - LPN N° 01/18
SEGURO MÉDICO CORPORATIVO - ID N° 346.941.-

A LOS OFERENTES PARTICIPANTES DE SUBASTA A LA BAJA ELECTRONICA – LPN N° 01/18, PARA EL "SEGURO MEDICO CORPORATIVO", EN LO REFERENTE A:

1. Pag.12. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas.

Donde dice:

BENEFICIARIO: Funcionario/a permanente y contratado de la Contraloría General de la República, con su grupo familiar y adherentes.

Se entenderá por grupo familiar, al titular casado/a (ya sea por matrimonio o unión de hecho debidamente reconocido judicialmente según las normas que regulan la materia), su cónyuge, sus hijos/as hasta el día que cumplan los 22 años, hijos con capacidades diferentes mentales y/o físicas sin límites de edad. No siendo limitativo el número de hijos que componen el grupo familiar, en este caso.

Podrá además incorporar a uno de sus padres como componentes de su grupo familiar.

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.

Si el hijo/a del titular naciere en los Sanatorios adheridos a la prestadora, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas en el contrato, siendo obligación del titular realizar la comunicación a la CGR para oficializar el vínculo, y esta a su vez a LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días, para continuar con la cobertura.

Asimismo, para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupo familiar a su padre, madre (ambos sin límite de edad), hijos/as hasta el día 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, sin límite de edad.

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

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.

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, la Contraloría General comunicará dicha situación a la prestadora de servicios y elevara la nómina correspondiente en reemplazo de los mismos.

Los funcionarios de la CGR que sean jubilados, podrán seguir como asegurados, con la misma cobertura, pero solo se incluirá al jubilado y su cónyuge. El pago por la cobertura correrá por cuenta del mismo y será de una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del precio adjudicado por grupo familiar.

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 Gestión del Talento Humano de la CGR, debiendo contar con cobertura médica en forma inmediata.

Queda redactado de la siguiente manera:

BENEFICIARIO: Funcionario/a permanente y contratado de la Contraloría General de la República, con su grupo familiar y adherentes.

Se entenderá por grupo familiar, al titular casado/a (ya sea por matrimonio o unión de hecho debidamente reconocido judicialmente según las normas que regulan la materia), su cónyuge, sus hijos/as hasta el día que cumplan los 22 años, hijos con capacidades diferentes mentales y/o físicas sin límites de edad. No siendo limitativo el número de hijos que componen el grupo familiar, en este caso.

Si el hijo/a del titular naciere en los Sanatorios adheridos a la prestadora, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas en el contrato, siendo obligación del titular realizar la comunicación a la CGR para oficializar el vínculo, y esta a su vez a LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días, para continuar con la cobertura.

El titular con divorcio vincular, podrá mantener como miembros del grupo familiar a sus hijos/as hasta el día que cumplan los 22 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y podrá incluir en reemplazo de su ex cónyuge, a uno de sus padres. Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, volverá a su condición de casado. La comunicación del nuevo estado civil debe ser comunicada dentro de los 30 días posteriores al hecho, pudiendo en el mismo lapso incorporar a sus padres como adherentes pagos. Los titulares con divorcio vincular que no tengan hijos menores de 23 años, podrán incorporar a ambos padres dentro de su grupo familiar.

El titular viudo/a, podrá mantener como miembros del grupo familiar a sus hijos/as hasta el día que cumplan los 22 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y podrá incluir en reemplazo de su ex cónyuge, a uno de sus padres. Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, volverá a su condición de casado. La comunicación

del nuevo estado civil debe ser comunicada dentro de los 30 días posteriores al hecho, pudiendo en el mismo lapso incorporar a sus padres como adherentes pagos. Los titulares con divorcio vincular que no tengan hijos menores de 23 años podrán incorporar a ambos padres dentro de su grupo familiar.

Para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupo familiar a su padre, madre e hijos/as hasta el día que cumplan los 22 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad. En caso de que el funcionario soltero no tenga, por fallecimiento, a uno de sus padres, podrá incorporar a un hermano sin límite de edad y si ambos padres fueran fallecidos podrá incorporar a dos hermanos sin límite de edad.

En caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución, uno de ellos podrá incluir a sus padres como beneficiarios y el otro a su/s hijo/a/s hasta que cumplan los 22 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad. En caso de que el titular no tenga hijos, ambos cónyuges podrán incorporar a sus padres.

Los beneficiarios podrán ser incorporados en cualquier etapa del contrato.

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, la Contraloría General comunicará dicha situación a la prestadora de servicios y elevara la nómina correspondiente en reemplazo de los mismos.

Los funcionarios de la CGR que sean jubilados, podrán seguir como asegurados, con la misma cobertura, pero solo se incluirá al jubilado y su cónyuge. El pago por la cobertura correrá por cuenta del mismo y será de una prima de hasta el 70% (cincuenta por ciento) del precio adjudicado por cada titular, por cada uno de ellos.

Donde dice:

BENEFICIARIOS ADHERENTES

La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12(doce) meses. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de beneficiarios adherentes, sin más trámites. La inclusión de los beneficiarios adherentes por parte de la prestadora de servicios, sin más trámites, se refiere a que no será necesaria la realización de estudios médicos, juntas médicas o discriminación alguna de beneficiarios adherentes, sea por la edad, afecciones o patologías pre existentes.

Se entiende que toda la tramitación documental para el ingreso de los beneficiarios adherentes, el pago correspondiente y su permanencia, será realizada personalmente por el titular del seguro médico con la prestadora de servicios, sin intervención de la contratante, bajo las condiciones establecidas en el PBC.

El ingreso y permanencia de los adherentes, será negociado por el titular directamente con la Prestadora de Servicios.

Se podrá incluir como Beneficiarios/as Adherentes a los padres, hermanos/as, suegros/as, sobrinos/as, nietos/as e hijos de 22 años en adelante, así como otros que se hallaren en relación directa de dependencia del titular, mediante Sentencia Firme y Ejecutoriada, y parientes que el titular solicitase, hasta el cuarto grado de consanguinidad, en todos los casos sin límites de edad y hasta 5 (cinco) personas como máximo.

El vínculo entre el titular del seguro médico y sus respectivos adherentes, podrá ser demostrado con la presentación de la siguiente documentación, según sea el caso: Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio, Sentencia firme y ejecutoriada (Para los casos de personas con relación de dependencia directa del titular). El listado es meramente enunciativo.

El titular abonará por los mismos, directamente a la Prestadora de Servicios, una prima de hasta el 25% (veinticinco por ciento) por persona, del precio adjudicado por grupo familiar. El precio será establecido luego de la adjudicación y no tendrá incidencia en la cotización de la licitación.

Los adherentes tendrán los mismos derechos y cobertura que los demás beneficiarios, a excepción de la maternidad, la cual está garantizada en forma exclusiva para la titular y esposa del titular.

Los adherentes podrán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.

Queda redactado de la siguiente manera:

La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser hasta la finalización del contrato. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de beneficiarios adherentes, sin más trámites. El ingreso y permanencia de los adherentes, será negociado por el titular directamente con la Prestadora de Servicios.

La inclusión de los beneficiarios adherentes por parte de la prestadora de servicios, sin más trámites, se refiere a que no será necesaria la realización de estudios médicos, juntas médicas o discriminación alguna de beneficiarios adherentes, sea por la edad, afecciones o patologías pre existentes.

Asimismo, el vínculo entre el titular del seguro médico y sus respectivos adherentes, podrá ser demostrado con la presentación de la siguiente documentación, según sea el caso: Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio, Sentencia firme y ejecutoriada (Para los casos de personas con relación de dependencia directa del titular). El listado es meramente enunciativo. Se entiende que toda la tramitación

documental para el ingreso de los beneficiarios adherentes, el pago correspondiente y su permanencia, será realizado personalmente por el titular del seguro médico con la prestadora de servicios, sin intervención de la contratante, bajo las condiciones establecidas en el PBC.

Se podrá incluir como Beneficiarios/as Adherentes a los padres, hermanos/as, suegros/as, nietos/as e hijos mayores de 22 años, así como otros que se hallaren en relación directa de dependencia del titular, mediante Sentencia Firme y Ejecutoriada, hasta el cuarto grado de consanguinidad, en todos los casos sin límites de edad y hasta 5 (cinco) personas como máximo.

El titular abonará por los mismos, directamente a la Prestadora de Servicios, una prima de hasta el 30% (treinta por ciento) por persona, del precio adjudicado por cada titular. El precio será establecido luego de la adjudicación y no tendrá incidencia en la cotización de la licitación.

Los adherentes tendrán los mismos derechos y cobertura que los demás beneficiarios, a excepción de la maternidad, la cual está garantizada en forma exclusiva para la titular y esposa del titular.

Los adherentes podrán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.

2. Pág. 15. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. <u>OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA-PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO.</u>

<u>Donde dice:</u>

3. La Prestadora de Servicios deberá proveer, cuando lo solicite la Contraloría General, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios.

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

3. La Prestadora de Servicios deberá proveer, cuando lo solicite la Contraloría General, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias. En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.

3. Pág. 15. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. COBERTURA TOTAL

Donde dice:

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 prestadora de servicio, 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 a criterio de la contratante, se considerará como un evento independiente.*

Se otorgará cobertura a beneficiarios con enfermedades congénitas, como así también los casos adquiridos.

Queda redactado de la siguiente manera:

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 prestadora de servicio, 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 a criterio de la contratante, se considerará como un evento independiente.*

Se entiende que la cobertura, durante una internación, se dará por el diagnóstico fundamental que motivó la misma, aunque el paciente padezca otras afecciones.

Se otorgará cobertura a beneficiarios con enfermedades congénitas según detalle, como así también los casos adquiridos.

Donde dice:

Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio, podrá solicitar el servicio a domicilio, en cuyo caso las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio por los laboratorios o centro de imágenes contratados, debiéndose solicitar el servicio vía telefónica y previa autorización de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos laboratoriales o de imagen, a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

Queda redactado de la siguiente manera:

Si el paciente se encuentra imposibilitado físicamente de acudir al laboratorio, podrá solicitar el servicio a domicilio, en cuyo caso las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio por los laboratorios contratados, debiéndose solicitar el servicio vía telefónica y previa autorización de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

Debe entenderse por imposibilitado al paciente que no puede acudir al laboratorio por su edad, razones de salud que impidan su movilización normal o se encuentre discapacitado, aun cuando se lo pueda movilizar en silla de ruedas. El electrocardiograma, en caso de urgencias se llevara al domicilio de los beneficiarios.

4. Pág. 18. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. <u>ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL</u>. 1) **HONORARIOS PROFESIONALES:**

<u>Donde dice</u>:

- Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general. Incluye aplicación de vacunas en consultorio y procedimientos, test de AGPAR. Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a saber: BCG, SABÍN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, H1N1, H2N3, H3N2.

- Oncología (Adultos y Niños): Cirugías cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura; Tratamiento con quimioterapia(adultos y niños) hasta 6(seis)sesiones, por evento por beneficiario por año, cobalto terapia (adultos y niños) hasta 10 sesiones por evento por beneficiario por año, con cobertura total 100%, en todos los conceptos(medicamentos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas). Los siguientes eventos con arancel preferencial.
  Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, hasta 6(seis) sesiones por cada uno de los procedimientos, por evento, por beneficiario, por año, con cobertura total en todos los conceptos (medicamentos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas), por evento, por beneficiario, por año.

- Oftalmología: Oftalmología (Adultos y Niños): Consultas en horario normal, de urgencia e interconsultas; forman parte de la consulta: estudio de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta y/o lente de Goldman y la toma de presión. Gonioscopía; Cirugías: Cataratas con implante de lente intraocular (no cubre costo del lente) y facoemulsificación, honorarios de médicos habilitados 100% de cobertura. Uso de equipo de faco y microscopio por los centros habilitados de la Prestadora de Servicios; glaucoma; chalazion; heridas penetrantes simple del globo ocular; Cuerpo extraño corneal, Heridas de Párpado; enucleación 100% cobertura honorarios médicos habilitados según agenda de Profesionales; Lavado de vías lagrimales; heridas penetrantes complicadas del globo ocular; sutura conjuntiva; papiloma de párpado; inyección retrobulbar; heridas de vías lagrimales; Biometría oftálmica, Pterigión. Laserterapia en intervenciones sobre la retina y en las refractivas (en el caso de refractivas solo para los beneficiarios titulares). Mapeamiento de retina c/ dilatación de pupila. Tratamiento de la retinopatía diabética.

- Fonoaudiología, hasta 24 sesiones. En caso de que uno de los beneficiarios del grupo familiar requiera más sesiones de lo estipulado, podrá adicionar las sesiones

de uno de los beneficiarios del grupo familiar, en caso que no se hayan utilizado, hasta un máximo de 48 sesiones por año contrato.

Queda redactado de la siguiente manera:

- Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general. Incluye aplicación de vacunas en los vacunatorios establecidos por la prestadora, test de AGPAR. Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a saber: BCG, SABÍN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, H1N1, H2N3, H3N2.

- Oncología (Adultos y Niños): Cirugías cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura; Tratamiento con quimioterapia (adultos y niños) hasta 6(seis) sesiones, por evento por beneficiario por año, las siguientes sesiones con cobertura de honorarios, derecho de sala y medicamentos y descartables (no drogas oncológicas). Tratamiento de radioterapia hasta 6(seis) sesiones por evento por beneficiario por año, con cobertura total del 100% en todos los conceptos (medicamentos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas).

- Oftalmología: Oftalmología (Adultos y Niños): Consultas en horario normal, de urgencia e interconsultas; forman parte de la consulta: estudio de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta y/o lente de Goldman y la toma de presión. Gonioscopía; Cirugías: Cataratas con implante de lente intraocular (cubre hasta Guaranies 700.000 costo del lente por ojo) y facoemulsificación para cataratas, honorarios de médicos habilitados 100% de cobertura. Uso de equipo de faco y microscopio por los centros habilitados de la Aseguradora; glaucoma; chalazion; heridas penetrantes simple del globo ocular; Cuerpo extraño corneal, Heridas de Párpado; enucleación 100% cobertura honorarios médicos habilitados según agenda de Profesionales; Lavado de vías lagrimales; heridas penetrantes complicadas del globo ocular; sutura conjuntiva; papiloma de párpado; inyección retrobulbar; heridas de vías lagrimales; Biometría oftálmica, Pterigión.

  Laserterapia en intervenciones sobre la retina y en las refractivas, se limitará al beneficiario titular para defectos superiores a 5d y para los demás beneficiarios con arancel preferencial. Mapeamiento de retina c/ dilatación de pupila. Tratamiento de la retinopatía diabética.

- Fonoaudiología, hasta 36 sesiones. En caso de que uno de los beneficiarios del grupo familiar requiera más sesiones de lo estipulado, podrá adicionar 24 sesiones de uno de los beneficiarios del grupo familiar, que no se hayan utilizado hasta un máximo total de 60 sesiones por año contrato.

5. Pág. 21. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas.

<u>Donde dice:</u>

LISTADO DE PROFESIONALES EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES: Se tendrá en cuenta la cantidad mínima requerida por cada especialidad.

27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	10 (DIEZ)
62	PSICOLOGIA LABORAL	5 (CINCO)

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA LABORAL	1 (UNO)

6. Pág. 22. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 1.3 HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS.

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

Los honorarios de los profesionales médicos indicados en la guía de prestadores y que atiendan a beneficiarios internados para los casos clínicos y/o quirúrgicos estarán a cargo de la prestadora de servicios, con cobertura del 100%.

En el caso de que el médico tratante, el paciente o el responsable de este, requiera la presencia de otro profesional integrante del plantel médico, como interconsultante, estará a cargo de la Prestadora de Servicios, hasta 10 (diez) veces por evento y por especialidad, conforme a la práctica y a la ética médica, y sus aranceles deberán estar ajustados a lo estipulado por las sociedades respectivas. Si el paciente o el responsable de éste, requiera la presencia de un profesional interconsultante, que no sea integrante del plantel médico de la Prestadora, la misma se hará cargo de hasta 5 (cinco) visitas hasta el monto estipulado por las sociedades respectivas, y la diferencia, si hubiere, correrá por cuenta del beneficiario.

La presencia del médico clínico, cardiólogo, pediatra o de cualquier otra especialidad en la sala de operaciones, cuando se requiera será con cobertura total a cargo de la prestadora de servicios.

Honorarios de los anestesistas se cubrirán hasta los montos fijados por la sociedad paraguaya de anestesiología, y en los casos de estudio de diagnóstico.

Honorarios médicos del equipo quirúrgico en las cirugías videolaparoscópicas y artroscópicas.

Honorarios médicos en cirugías oncológicas hasta en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico, y en el tercer acto quirúrgico, 25% de cobertura.

Honorarios del equipo quirúrgico para cirugías plásticas reparadoras, exclusivamente para casos de accidentes y/o casos traumáticos.

Honorarios del patólogo en biopsias de materiales pequeños, medianos y grandes, incluyen biopsias extemporáneas y por congelamiento.

Los honorarios de los hemoterapeutas serán cubiertos hasta un máximo de 10 (diez) transfusiones por evento. Honorarios por la asistencia operatoria cuando el caso lo requiere.

En el caso de atención obstétrica del parto normal, el equipo estará integrado por el ginecólogo, el pediatra y el anestesista. En los casos de parto por cesárea el equipo estará integrado por el ginecólogo, un ayudante, el pediatra, el hemoterapeuta y el anestesista.

En los casos de internaciones en la U.T.I., la atención estará a cargo del coordinador de la Unidad y/o terapista habilitado por la Prestadora de Servicios.

Honorarios profesionales para diálisis peritoneal y hemodiálisis por insuficiencia renal aguda hasta 04 (cuatro) sesiones, por cada beneficiario titular, componentes de su grupo familiar y adherente y año de contrato. Luego arancel preferencial

Honorarios en cirugías de malformaciones congénitas: Pie bot, hidrocefalia (no incluye válvulas, ni materiales) ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad.

7. Pág. 23. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 2) SERVICIOS SANATORIALES.

<u>Donde dice:</u>

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud. Uno de los centros nivel 3 debe contar con resonador, tomógrafo y equipo de hemodinamia instalado y en funcionamiento

CAPACIDAD DE SERVICIO:

<u>Se incluye</u>:

En caso de que la prestadora no cuente con prestadores en las ciudades solicitadas los servicios se darán por reintegro hasta los límites establecidos en este PBC

8. Pág. 25. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas.

2.1 INTERNACIONES CLINICAS / QUIRURGICAS EN SALA NORMAL

<u>Donde dice:</u>

Cobertura de medicamentos y descartables por valor de Gs 7.500.000.-(Guaranies siete millones quinientos mil), por evento, por año, para el caso de internaciones clínicas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Se incluirá el uso de oxigeno de ser necesario, con cobertura total de 100%.

Cobertura de medicamentos y descartables por valor de Gs 7.500.000.-(Guaranies siete millones quinientos mil), por evento, por año, para el caso de internaciones quirúrgicas (internación luego de una cirugía), para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Se incluirá el uso de oxigeno de ser necesario, con cobertura total de 100%.

Cobertura de medicamentos y descartables por valor de Gs 7.500.000.-(Guaranies siete millones quinientos mil), por evento quirúrgico (en sala de cirugía), por año, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Se incluirá el uso de oxigeno de ser necesario, con cobertura total de 100%.

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.

La cobertura deberá ser inmediata en los SANATORIOS habilitados por la Prestadora de Servicios, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Las internaciones se realizarán en los sanatorios del listado de prestadores en convenio de la Prestadora de Servicios, en habitaciones individuales que cuentan con: baño privado, teléfono, T.V. color con sistema de cable, aire acondicionado, cama para el acompañante. Incluye además, dieta convencional del paciente indicada por el médico tratante, dieta enteral y parenteral (en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales) servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes) pensión sanatorial, derechos operatorios y honorarios médicos.

Todas las ordenes de internación deberán estar emitidas y/o solicitadas por un profesional médico del listado de prestadores en convenio y/o tratante.

Los derechos operatorios de las cirugías autorizadas por la Prestadora de Servicios tendrán una cobertura de 100%, salvo aquellas expresamente excluidas.

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.

Las internaciones serán cubiertas hasta un máximo de 30 (treinta) días por evento. Deben estar cubiertos, con cobertura total del 100%, los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como la utilización de: electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, monitor fetal, videolaparoscopio, cuna térmica, servicio de incubadora, carpa de oxígeno, luminoterapia convencional, monitor, colchón de agua/aire, incubadora de transporte, saturador de oxígeno, equipo laser, artroscopia, oxigeno terapia y todos los equipos que fueran necesarios para el tratamiento. Se incluirá el uso de oxigeno de ser necesario, con cobertura total de 100%.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en otro centro más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otras urgencias. Ocurrido el episodio se deberá comunicar a la Prestadora de Servicios dentro de las 24 horas. La Prestadora de Servicios se deberá hacer cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, incluyendo el servicio de ambulancia.

Queda redactado de la siguiente manera:

Cobertura de medicamentos y descartables para internaciones clínicas por valor de **G. 10.000.000.-(Guaranies diez millones),** por evento, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.

Cobertura de medicamentos y descartables para internaciones quirúrgicas o casos en que se sumen una internación clínica más una quirúrgica durante una misma internación, por valor de **Gs 20.000.000.-(Guaranies veinte millones),** por evento, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.

La cobertura deberá ser inmediata en los SANATORIOS habilitados por la Prestadora de Servicios, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Las internaciones se realizarán en los sanatorios del listado de prestadores en convenio de la Prestadora de Servicios, en habitaciones individuales que cuentan con: baño privado, teléfono, T.V. color con sistema de cable, aire acondicionado, cama para el acompañante. Incluye además, dieta convencional del paciente indicada por el médico tratante, dieta enteral (preparados nutricionales hasta G 2.000.000(guaraníes dos millones).- y parenteral, en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales (preparados nutricionales hasta 05 días), servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio, oxigenoterapia hasta G 10.000.000.-(guaraníes diez millones)

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes) pensión sanatorial, derechos operatorios y honorarios médicos.

Todas las ordenes de internación deberán estar emitidas y/o solicitadas por un profesional médico del listado de prestadores en convenio y/o tratante.

Los derechos operatorios de las cirugías autorizadas por la Prestadora de Servicios tendrán una cobertura de 100%, salvo aquellas expresamente excluidas.

Las internaciones serán cubiertas hasta un máximo de 30 (treinta) días por evento. Deben estar cubiertos, con cobertura del 100%, los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como la utilización de: electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, monitor fetal, videolaparoscopio, cuna térmica, servicio de incubadora, carpa de oxígeno, luminoterapia convencional, monitor, colchón de agua/aire, incubadora de transporte, saturador de oxígeno, equipo laser, artroscopia, oxigeno terapia, etc. Se incluirá el uso de oxigeno de ser necesario, con cobertura -hasta G 10.000.000 (guaraníes diez millones).

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en otro centro más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otras urgencias. Ocurrido el episodio se deberá comunicar a la Prestadora de Servicios dentro de las 24 horas. La Prestadora de Servicios se deberá hacer cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, incluyendo el servicio de ambulancia.

9. Pág. 26. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 2.2 TERAPIA INTENSIVA Y TERAPIA INTERMEDIA (Adultos y niños).

<u>Donde dice:</u>

Tiempo de internación: durante los primeros 25 (veinte y cinco) días por cada evento, por año.

Servicios cubiertos: Honorarios profesionales, dieta convencional del paciente indicada por el médico tratante, dieta enteral y parenteral (en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales) equipos propios de la U.T.I., cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos medicina por imágenes y servicios laboratoriales y radiológicos (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes), oxigeno terapia.

A partir del día 26 (veintiséis) la cobertura será del 50% (cincuenta) por ciento, a cargo del beneficiario y el 50 % (cincuenta) por ciento, restante a cargo de la Prestadora de Servicios y hasta un total de 40 (cuarenta) días, en todo concepto (pensión sanatorial, uso de equipos de la unidad, honorarios médicos y estudios auxiliares necesarios).

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

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.

Cobertura de medicamentos y descartables hasta G. 40.000.000.- (Guaraníes cuarenta millones).- por evento, por beneficiario, por año.

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 oxígeno, Equipo de vídeo endoscopia, Equipo de vídeo laparoscopia, Equipo de artroscopia, 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.

Queda redactado de la siguiente manera:

Tiempo de internación: durante los primeros 25 (veinticinco) días por cada evento (global entre ambos servicios)

Servicios cubiertos: Honorarios profesionales, dieta convencional del paciente indicada por el médico tratante, dieta enteral (preparados nutricionales hasta G 2.000.000.-) y parenteral (en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales con cobertura de preparados hasta 5 días) equipos propios de la U.T.I., cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos medicina por imágenes y servicios laboratoriales y radiológicos (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes), oxigeno terapia hasta G 10.000.000 (guaraníes diez millones)

A partir del día 26 (veintiséis) la cobertura será del 50% (cincuenta) por ciento, a cargo del beneficiario y el 50 % (cincuenta) por ciento, restante a cargo de la Prestadora de Servicios y hasta un total de 50 (cincuenta) días, en todo concepto (pensión sanatorial, uso de equipos de la unidad, honorarios médicos y estudios auxiliares necesarios).

Se deberá permitir el ingreso del paciente a Terapia Intensiva o Intermedia, sin el previo depósito de una garantía o aval de esa naturaleza; sin embargo, una vez agotada la cobertura, la prestadora de servicios podrá obrar según corresponda.

Cobertura de medicamentos y descartables hasta G. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones).- por evento, por beneficiario, por año.

10. Pág. 27. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 2.3 SERVICIOS DE URGENCIAS CON COBERTURA TOTAL.

Donde dice:

Debe estar integrado por profesionales capacitados en los servicios asistenciales indicados por la Prestadora de Servicios. Cuando el caso lo requiera deberá contarse con la asistencia de: cirujanos, obstetras, pediatras o cualquier otro especialista según sea el evento, las 24 hs. y todos los días, aún domingos y feriados, para adultos y niños, 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.

Disponer ambulancias para todo tipo de traslado, con unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia.

La Prestadora de Servicios, proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado.

Se incluye la cobertura de antibióticos en casos de servicios de urgencia donde estos sean indicados al paciente. Se refiere a la **primera dosis de antibiótico inyectable, indicado por el Médico de Guardia.**

La cobertura de medicamentos nacionales e importados y descartables 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.

Los procedimientos en los servicios de urgencia, incluyen, entre otros, como mínimo: Consulta, suturas o cirugía menor y/o mediana, curaciones, extracción de cuerpos extraños, extracción de uña encarnada, enyesados simples, drenajes de abcesos o hematomas, taponamiento nasal, descubierta venosa, sondaje vesical, lavado de oído, lavado gástrico, traqueotomía, punción, subclavia, con los correspondientes servicios de enfermería. El listado es enunciativo y no limitativo.
Todos los equipos y complementos deben estar dentro de la cobertura.-

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

1. Especificaciones Técnicas. 2.3 SERVICIOS DE URGENCIAS

Debe estar integrado por profesionales capacitados en los servicios asistenciales indicados por la Prestadora de Servicios. Cuando el caso lo requiere deberá contarse con la asistencia de: cirujanos, obstetras, pediatras o cualquier otro especialista según sea el evento, las 24 hs. y todos los días, aún domingos y feriados, para adultos y niños.

Disponer ambulancias para todo tipo de traslado, con unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia.

La Prestadora de Servicios, proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado.

Se incluye la cobertura de antibióticos en casos de servicios de urgencia donde estos sean indicados al paciente. Se refiere a la **primera dosis de antibiótico inyectable, indicado por el Médico de Guardia.**

Los procedimientos en los servicios de urgencia, incluyen: Consulta, suturas o cirugía menor y/o mediana, curaciones, extracción de cuerpos extraños, extracción de uña encarnada, enyesados simples, drenajes de abcesos o hematomas, taponamiento nasal, descubierta venosa, sondaje vesical, lavado de oído, lavado gástrico, traqueotomía, punción, subclavia, con los correspondientes servicios de enfermería. El listado es enunciativo y no limitativo.

Cobertura de medicamentos y material descartable utilizado por valor de Gs. 1.000.000.- (Guaranies un millón).

Todos los equipos y complementos deben estar dentro de la cobertura.-

11. Pág. 27. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 2.4 SERVICIOS AMBULATORIOS

<u>Donde dice:</u>

Se entiende por servicios ambulatorios, aquellos prestados sin internación permanente del beneficiario (tratamientos post operatorios, curaciones y otros similares), prestados dentro del recinto del sanatorio, ya sea en consultorio, sala de procedimientos o sala de urgencias.

La cobertura de medicamentos nacionales e importados y descartables 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 beneficiario.

Deberán encontrarse habilitados para consultas en consultorio, sin cargo para el beneficiario, todos los médicos propuestos en el llamado y acreditados en la guía de profesionales de la Prestadora de Servicios.

La Prestadora de Servicios cubrirá los honorarios profesionales en consultorios para tratamientos clínicos, estudios y/o procedimientos quirúrgicos de carácter ambulatorio y en casos de internaciones sean estas clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades indicadas, sean accidentales o no y los derivados de actividades deportivas, incluyendo instrumentales y equipos propios de cada especialidad, tanto en diagnóstico o tratamiento.

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

Se entiende por servicios ambulatorios, aquellos prestados sin internación del beneficiario y que se realizan en sala de procedimientos o sala de urgencias de los sanatorios habilitados tales como curaciones posoperatorias, cambio de sonda vesical, procedimientos dermatológicos y gastroenterológicos según siguiente detalle.

Extracción de cuerpos extraños de tubo digestivo

Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo

Papilotomia

Colangiopancreatografia retrogada

Electrocoagulación

Polipectomia

La cobertura de medicamentos y descartables será de G. 1.000.000.- (Guaraníes un millón) por cada evento y sin límite de eventos.

Deberán encontrarse habilitados para consultas en consultorio, sin cargo para el beneficiario, todos los médicos propuestos en el llamado y acreditados en la guía de profesionales de la Prestadora de Servicios.

La Prestadora de Servicios cubrirá los honorarios profesionales en consultorios para tratamientos clínicos, estudios y/o procedimientos quirúrgicos de carácter ambulatorio y en casos de internaciones sean estas clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades indicadas, sean accidentales o no y los derivados de actividades deportivas no de alto riesgo, incluyendo instrumentales y equipos propios de cada especialidad, tanto en diagnóstico o tratamiento.

12. Pág. 31. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 2.5 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS TOTALMENTE

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y, para mujeres estudio de PAP, mamografía y otros, que el profesional crea conveniente, tendrá una cobertura total sin costo para el beneficiario.

También deberá incluirse el chequeo escolar, a efectos de la emisión de certificados solicitados por las entidades educativas.

13. Pág. 31. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 2.6 SERVICIOS DE AMBULANCIA

<u>Donde dice:</u>

Requerimientos:

Tendrá cobertura total (100%), la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos y traslados.

COBERTURA: Asistencia de Emergencias, Urgencias, Traslados en Ambulancia y Consultas Domiciliarias.

Asistencia de Urgencias: atención en las crisis de salud, presentadas repentinamente sin riesgo de vida del paciente, pero que requieren atención rápida, a través de Unidades de Terapia Intensiva Móviles, en el lugar de la crisis en forma inmediata, con la asistencia de un profesional médico y paramédicos con la medicación requerida así como los insumos y descartables utilizados durante su atención y cobertura del 100 % por todo concepto. **Traslados en Ambulancias**: Traslados hasta el domicilio particular, de

personas de la tercera edad y otras que no pueden valerse por sí mismas, con movilidad reducida que hacen uso o requieran de silla de ruedas para su desplazamiento, cuando reciben el alta médico – sanatorial, consultas médicas, estudios, terapias o internación.
Atención Domiciliaria: Se requiere en aquellos casos que no constituye una emergencia o urgencia, las 24 horas de los 365 días del año.

Queda redactado de la siguiente manera:

La Prestadora de Servicios brindará el Servicio de Ambulancia a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia para el traslado dispuesto por el médico tratante o en casos requeridos, dentro de la Capital y municipios colindantes; así mismo, éste servicio deberá contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

Dicha cobertura comprende:

- Atención de urgencia y/o emergencias
- Traslados al Sanatorio, de baja, mediana y alta complejidad en casos de urgencia/emergencia.
- Electrocardiograma a domicilio
- Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.
- Dichos servicios serán sin cargo para los beneficiarios, las 24 horas, incluyendo domingos y feriados.
- Hasta 5 traslados por beneficiario/año para casos de pacientes encamados que deban ir a consulta, curaciones o estudios

14. Pág. 31. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 4) DE LA MATERNIDAD

Donde dice:

La cobertura deberá ser en el parto vaginal y la cesárea, para el beneficiario titular, y su cónyuge, de acuerdo a lo siguiente:

- Honorarios de los médicos que pertenezcan al staff de la Prestadora de Servicios.
- Internación
- Nursery
- Derechos operatorios
- Incubadora, luminoterapia (hasta el tope de internación en terapia intensiva)
- Medicamentos y materiales descartables por Gs. 7.500.000.- (Guaraníes siete millones quinientos mil).
- Estudios laboratoriales y obstétricos.
- Oxigenoterapia.

Se deberán cubrir además los siguientes eventos: Control de embarazo, aborto espontáneo, legrado, embarazo ectópico, mola, internaciones clínicas ligadas al curso del embarazo (Ej. Eclampsia, diabetes gestacional, hiper emésis gravídica).

Queda redactado de la siguiente manera:

La cobertura deberá ser en el parto vaginal y la cesárea, para el beneficiario titular, su cónyuge y de acuerdo a lo siguiente:

- Honorarios de los médicos que pertenezcan al staff de la Prestadora de Servicios.
- Internación
- Nursery
- Derechos operatorios
- Incubadora, luminoterapia (hasta el tope de internación en terapia intensiva)
- Medicamentos y materiales descartables por G. 10.000.000.- (Guaraníes diez millones) por evento.
- Estudios laboratoriales y obstétricos.
- Oxigenoterapia.

Se deberán cubrir además los siguientes eventos: Control de embarazo, aborto espontáneo, legrado, embarazo ectópico, mola, internaciones clínicas ligadas al curso del embarazo (Ej. Eclampsia, diabetes gestacional, hiper emésis gravídica).

15. Pág. 32. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 5) ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO.

Donde dice:

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.

El uso de la sala de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura total del 100%. Incluye uso del equipo necesario (video), materiales descartables y/o insumos, anestesia, honorarios médicos y honorarios del anestesista, que tendrá una cobertura total de 100%.

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

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

La especialidad comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de: honorarios médicos y del anestesista, medicamentos, materiales descartables, anestesia, sustancias de contraste (incluidos los pacientes alérgicos) a cargo de la Prestadora de Servicios.

Exámenes radiológicos simples o contrastados, invasivos y/o convencionales con cobertura total. Deberán realizarse en los institutos especializados habilitados por la Prestadora y a opción del beneficiario.

En caso que existan cambios en cualquiera de los centros contratados, deben ser reemplazados por otros de la misma categoría y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

LISTADO DE ANALISIS LABORATORIALES (incluye medicamentos, materiales descartables, anestesia, honorarios médicos, del anestesista y cualquier otro procedimiento que se necesite).

Los estudios y procedimientos no detallados en el siguiente listado tendrán una cobertura total del 80%(ochenta por ciento), a cargo de la Prestadora de Servicios.

Cobaltoterapia

Extracción de cuerpos extraños de tubo digestivo
Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
Papilotomia
Colangiopancreatografia retrogada
Electrocoagulación
Polipectomia

Queda redactado de la siguiente manera:

5) ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.

El uso de la sala de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario (video), materiales descartables y/o insumos, anestesia, honorarios médicos y honorarios del anestesista.

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

5.1 MEDICINA POR IMÁGENES

La especialidad comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de: honorarios médicos y del anestesista, medicamentos, materiales descartables, anestesia, sustancias de contraste (incluidos los pacientes alérgicos) a cargo de la Prestadora de Servicios.

Exámenes radiológicos simples o contrastados, invasivos y/o convencionales con cobertura total. Deberán realizarse en los institutos especializados habilitados por la Prestadora y a opción del beneficiario.

En caso que existan cambios en cualquiera de los centros contratados, deben ser reemplazados por otros de la misma categoría y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

LISTADO DE ESTUDIOS: Estudios con 100% de cobertura (incluye medicamentos, materiales descartables, anestesia, honorarios médicos y del anestesista).

Los estudios no detallados en el listado tendrán una cobertura 80% (ochenta por ciento), a cargo de la Prestadora de Servicios.

Tratamientos ambulatorios gastrointestinales con cobertura de Medicamentos y descartables hasta G 1.000.000.-
Extracción de cuerpos extraños de tubo digestivo
Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo

Papilotomia
Colangiopancreatografia retrogada
Electrocoagulación
Polipectomia

16. Pág. 48. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 6) SEGURO DEL VIAJERO.

Donde dice:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias en el exterior a los beneficiarios, con un máximo de 90 (noventa) días de cobertura. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

Para usufructuar el seguro del viajero por razones laborales, la prestataria deberá habilitar el servicio en un plazo máximo de 48hs. hábiles, posterior a la comunicación del asegurado a la Prestadora, previo al viaje. En caso de que el beneficiario no comunique a la Prestadora el viaje, no podrá acceder a la prestación con cobertura ni al reintegro correspondiente.

Queda redactado de la siguiente manera:

6) SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.
Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias en el exterior a los beneficiarios, con un máximo de 90 (noventa) días de cobertura y hasta U$S 15.000 por viaje. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

Para usufructuar el seguro del viajero por razones laborales, la prestataria deberá habilitar el servicio en un plazo máximo de 48hs. hábiles, posterior a la comunicación del asegurado a la Prestadora, previo al viaje. En caso de que el beneficiario no comunique a la Prestadora el viaje, no podrá acceder a la prestación con cobertura ni al reintegro correspondiente.

17. Pág. 48. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 7) COBERTURA FARMACEUTICA.

Donde dice:

Cobertura mínima del 35% (treinta y cinco 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.

Queda redactado de la siguiente manera:

Cobertura mínima del 30% (treinta 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.

18. Pág. 48. SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS. 1. Especificaciones Técnicas. 8) DE LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA

Donde dice:

El presente contrato determina que no tendrán cobertura los siguientes eventos:

Intento de autoeliminación y sus secuelas ya sean físicos o mentales.
Cirugía con fines estéticos (no reparadora).
Tratamiento médico - quirúrgico con fines de esterilidad y procreación.
Malformaciones congénitas en adultos y niños
Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados (hasta cierto tiempo a convenir)
Alcohólicos en fase crónica.
Sangre, plasma y derivados.
Formolizaciones.
Acupunturas, homeopatía y quiropraxia.
Tratamiento estético en dietología. (A excepción de consultas)
Lipoaspiración
Secuelas de quimioterapia y radioterapia.
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.
Trasplantes de órganos.
Lesiones provocadas por actos dolosos, consecuencia de reyertas o alteraciones de orden público.
Lesiones provocadas bajo la acción de drogas, estupefacientes o alcohol.
Todo hecho ocurrido en transgresión a las leyes de transito vigentes, demostrado por sentencia de las autoridades competentes.
Cualquier condición o tratamiento relacionado con el virus VIH positivo o del tratamiento del SIDA .

Alcoholismo, intoxicaciones debido al abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas, o a consecuencia de lesiones sufridas por accidente ocasionados por encontrarse bajo el influjo del alcohol y/o drogas.
Tratamiento de lesiones corporales que el/los beneficiarios se haya/n inflingido intencionalmente a si mismo/s.
Tratamiento de enfermedades o lesiones originadas como resultado directo o indirecto de catástrofes naturales, Guerra internacional y guerra civil, Acciones bélicas, Fenómenos naturales, Lluvia radiactiva, Terrorismo,
Quemaduras cuando excedan el 35% de la superficie corporal

Queda redactado de la siguiente manera:

La cobertura descripta no será aplicable en los siguientes eventos y sus consecuencias:

Intento de autoeliminación y sus secuelas ya sean físicos o mentales.
Cirugía con fines estéticos (no reparadora).
Tratamiento médico - quirúrgico con fines de esterilidad y procreación.
Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados (hasta cierto tiempo a convenir)
Alcohólicos en fase crónica.
Sangre, plasma y derivados.
Formolizaciones.
Tratamientos especializados en alergias.
Acupunturas, homeopatía y quiropraxia.
Tratamiento estético en dietología. (A excepción de consultas)
Lipoaspiración
Secuelas de quimioterapia y radioterapia.
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.
Lesiones provocadas por actos dolosos, consecuencia de reyertas o alteraciones de orden público.
Lesiones provocadas bajo la acción de drogas, estupefacientes o alcohol.
Todo hecho ocurrido en transgresión a las leyes de transito vigentes, demostrado por sentencia de las autoridades competentes.
Cualquier condición o tratamiento relacionado con el virus VIH positivo o del tratamiento del SIDA .
Alcoholismo, intoxicaciones debido al abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas, o a consecuencia de lesiones sufridas por accidente ocasionados por encontrarse bajo el influjo del alcohol y/o drogas.
Tratamiento de lesiones corporales que el/los beneficiarios se haya/n inflingido intencionalmente a si mismo/s.
Tratamiento de enfermedades o lesiones originadas como resultado directo o indirecto de catástrofes naturales, Guerra internacional y guerra civil, Acciones bélicas, Fenómenos naturales, Lluvia radiactiva, Terrorismo,
Quemaduras cuando excedan el 35% de la superficie corporal
Cirugía bariátrica/metabólica
Implante de TAVI o similares
Implante coclear
Diálisis en insuficiencia renal crónica

19. Pág. 49. <u>SECCION III - REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS</u>. 1. Especificaciones Técnicas. 9) ALTA COMPLEJIDAD. HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS.

<u>Donde dice:</u>
El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura de:

- HONORARIOS MEDICOS Y DERECHOS OPERATORIOS: deberán tener cobertura total 100% por la Prestadora de Servicios.
- PROTESIS, ENDOPROTESIS VASCULAR E INSUMOS DE CUALQUIER TIPO: cobertura de 70% por la Prestadora de Servicios (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado)
- MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES: hasta la suma de Gs. 40.000.000(Guaraníes cuarenta millones).
- MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (cateterismo): deberán tener cobertura total 100% por la Prestadora de Servicios no limitándose estos, a los mencionados en el listado de cobertura según anexo de medicina por imágenes.
- SERVICIOS LABORATORIALES: deberán tener cobertura total 100% por la Prestadora de Servicios, no limitándose estos, a los mencionados en el listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales.

La presente lista es meramente enunciativa y no limitativa, por cuanto, l**<u>os no detallados en el siguiente listado tendrán una cobertura total del 100%(cien por ciento), a cargo de la Prestadora de Servicios.</u>** Quedan comprendidos todos aquellos procedimientos que hagan a las especialidades que forman parte del contrato y que se realicen dentro del territorio nacional.

Colocación de marcapasos y otros dispositivos intracardiacos
Cirugía cardiaca con circulación extracorpórea:
Reemplazo válvular aortica, mitral y biológica.
Cirugía cardiovascular en general (periféricas y otras) adquirida.
Cirugía Bypass coronario
Cirugía Bariatrica (cuando es indicada por médicos en casos patológicos)
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Cirugías ortopédicas y traumatológicas.
Angioplástia transluminal coronaria
Angioplastias en general
Litotripsia extracorporea
Equipo de contra pulsación intraaórtica
Incubadora de transporte
Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventrículo grama isotópico
Litotripsia ultrasónica.
Extirpación de Nevo

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura de:

- HONORARIOS MEDICOS Y DERECHOS OPERATORIOS: deberán estar cubiertos 100% por la Prestadora de Servicios.

- PROTESIS TRAUMATOLOGICAS: 50% por la Prestadora de Servicios (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado). OTROS INSUMOS SEGÚN SIGUIENTE DETALLE
- MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES: hasta la suma de G. 40.000.000 (Guaraníes cuarenta millones) por evento
- MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO: deberán estar cubiertos 100% por la Prestadora de Servicios no limitándose estos, a los mencionados en el listado de cobertura según anexo de medicina por imágenes.
- SERVICIOS LABORATORIALES: deberán estar cubiertos 100% por la Prestadora de Servicios, no limitándose estos, a los mencionados en el listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales.

La presente lista es meramente enunciativa y no limitativa, por cuanto, quedan comprendidos todos aquellos procedimientos de alta complejidad que hagan a las especialidades que forman parte del contrato y que se realicen dentro del territorio nacional.

Colocación de marcapasos y otros dispositivos intracardiacos (cobertura de marcapasos o dispositivos intracardiacos hasta G 10.000.000-)

Cirugía cardiaca con circulación extracorpórea:
Reemplazo válvular aortica, mitral y biológica (Excepto las excluidas)
Cirugía cardiovascular en general (periféricas y otras) adquirida.
Cirugía Bypass coronario
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Cirugías ortopédicas y traumatológicas.
Angioplástia transluminal coronaria: cubre 100% hasta 1 stent medicado o dos no medicados.
Angioplastias en general
Litotripsia extracorporea
Equipo de contra pulsación intraaórtica
Incubadora de transporte
Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventrículo grama isotópico
Litotripsia ultrasónica.

20. <u>Pág. 51. SECCIÓN IV. CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO (CEC) -</u> CGC 27

<u>Donde dice:</u>

La multa será aplicada en forma automática, sin ninguna interpelación judicial o extrajudicial, las cuales serán descontadas de las facturas a ser pagadas a la prestadora de servicios.

<u>Queda redactado de la siguiente manera:</u>

La multa será aplicada, sin ninguna interpelación judicial o extrajudicial, las cuales serán descontadas de las facturas a ser pagadas a la prestadora de servicios.

21. Pág. 55. SECCIÓN V - Modelo de Contrato N° _____. 6. VIGENCIA DEL CONTRATO.

Donde dice:

El plazo de vigencia de este Contrato es desde el/la ..... de junio de 2018, hasta el 09 de junio de 2020.

Queda redactado de la siguiente manera:

El plazo de vigencia de este Contrato es desde las 00:00 hs del ..... de julio de 2018, hasta las 00:00 hs del ..... de julio de 2019. Vigencia 12 meses.

SE COMUNICA POR LA PRESENTE ADENDA QUE SE MODIFICA EN EL SICP EL CALENDARIO DE EVENTOS.

SE MANTIENEN INALTERABLES LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN EL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES.

Asunción, 06 de junio de 2018.

Dirección Operativa de Contrataciones
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CP DAVID CACERES. Director
Dirección Operativa de Contrataciones
Contraloría General de la República