LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Asunción, 08 de abril de 2013

OFERENTES
Presente

Por medio de la presente me dirijo a Ustedes, con el fin de comunicar la **Addenda Nº 2** correspondiente al llamado a **LICITACION PÚBLICA NACIONAL Nº 4/2013; ID Nº 257.223,** convocado por la institución para **SERVICIO DE SEGURO MEDICO PLURIANUAL.**

Se realizan las siguientes enmiendas a la Sección III "Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos".

Enmienda 1

Sección III - Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos

1. **Especificaciones Técnicas**

1. **Lista de Servicios**

GRUPO / ítem Nº	DESCRIPCIÓN
1	Servicio de Seguro Médico

	Titulares	Titulares Casados	Titulares Solteros	Promedio de Edad de Titulares	Promedio de Hijos por matrimonio
Cantidad	**2.473**	1423	842	37,5	2,4

Titulares: la cantidad es de **2.473** personas.
Titulares Casados: la cantidad estimada es de 1423.
Titulares Solteros: la cantidad estimada es de 842.
Promedio de edad de los titulares: 37,5 años.
Promedio de hijos por matrimonio de titulares: 2,4.

BENEFICIARIOS:
Titular: Funcionario permanente y contratado del Ministerio de Hacienda.

La cantidad de titulares es de **2.473** con sus grupos familiares.

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Grupo Familiar: titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho), sus hijos/as hasta el día en que cumplan 25 años, hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular.

Se estima que la cantidad de titulares casados orilla los (1423) mil cuatrocientos veintitrés.
Para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupo familiar a su padre, madre e hijos/as hasta el día en que cumplan 25 años.

La cantidad estimada de titulares solteros es de (842) ochocientos cuarenta y dos.

En este mismo contexto, se informa que el promedio de edad de los titulares es de 37,5 años, y el promedio de hijos por cada matrimonio es de (2,4) dos coma cuatro.

En caso de existir algún funcionario/a casado/a con otra/o funcionaria/o también de la Institución, uno de ellos puede solicitar incluir como beneficiario a su/s hijo/s hasta los 25 años, y su cónyuge a sus padres y hermanos hasta los 20 años.

El recién nacido será considerado como parte del grupo familiar de forma automática y con todas las coberturas contempladas para el asegurado.

El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa y/o bajo tutoría declarada, la cual deberá ser demostrada fehacientemente.

OBSERVACION: *Conforme a los posibles cambios del estado civil del titular o nacimiento de hijos, el mismo tendrá hasta 60 días hábiles posterior al acontecimiento, para realizar la actualización de su grupo familiar sean éstos en carácter de beneficiario o adherente, adjuntando la documentación respaldatoria del vínculo.*

BENEFICIARIOS ADHERENTES

Adherente: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios.

- Personas Mayores: El titular beneficiario podrá incluir como adherente a su padre, madre, mediante el pago de una prima de hasta el 40% del precio adjudicado por cada titular.
- Los hermanos solteros del titular y los hijos mayores solteros de 25 años del titular, podrán adherirse pagando una prima de hasta el 25% del precio adjudicado por cada titular.

MINISTERIO DE HACIENDA – REPÚBLICA DEL PARAGUAY – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Para los demás casos, suegro/suegra, hermanos y demás, la empresa remitirá una escala de porcentaje preferencial de acuerdo a la edad de los mismos.

Observación: *El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 60 días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados.*

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, ya sea por débito automático o efectivo (a definir entre el Titular y la Prestadora de Servicios).

Los beneficiarios adherentes permanecerán en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del 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. No obstante, el titular podrá realizar incorporaciones de beneficiarios adherentes al año del contrato, hasta un plazo máximo de 30 días hábiles. Y las bajas de adherentes en el momento en que el titular así lo soliciten.

La Prestadora de Servicios no podrá unilateralmente excluir a ningún adherente por reglamentación interna, solo suspender temporalmente el servicio por falta de pago, previa comunicación escrita con anticipación de 5 (cinco) días hábiles por parte de la Prestadora al titular. 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 Hacienda comunicará dicha situación a la Prestadora de Servicios.

El Ministerio de Hacienda solo tiene compromiso contractual por los titulares, quedando el cobro de los adherentes y otras gestiones que no sean directamente sobre el titular a cargo de la Prestadora de Servicios y el Usuario.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONARIOS:

La distribución geográfica de los funcionarios, es solo enunciativa, pudiendo variar de acuerdo al movimiento de funcionarios conforme a la Ley 1626/2000 de la Función Pública (Movilidad del Personal), conforme a la planilla:

Oficina Regional	Cantidad de Titulares Aprox.
Dpto. Concepción	08
Dpto. San Pedro	12
Dpto. Cordillera	15
Dpto. Guairá	26
Dpto. Caaguazú	13

MINISTERIO DE HACIENDA – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Dpto. Caazapá	06
Dpto. Itapúa	20
Dpto. San Juan Bautista Misiones	15
Dpto. Paraguarí	13
Dpto. Alto Paraná	25
Dpto. Central	25
Dpto. Ñeembucú	10
Dpto. Amambay	08
Dpto. Canindeyú	0
Dpto. Pte. Hayes	07
Dpto. Boquerón	05
El resto de titulares corresponde a Gran Asunción	

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 la misma ya ha sido suscripta y a partir de la notificación, entra en vigencia la utilización de los servicios.

Entiéndase por VIGENCIA INMEDIATA, que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna para la prestación de los servicios.

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN

1) La Prestadora de Servicios proveerá a todos los beneficiarios copia del Contrato suscripto, además del listado de profesionales médicos en convenio y otros profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados, dentro del plazo de 30 (treinta) días posteriores a la firma del Contrato. Los carnets identificatorios deberán ser entregados en forma inmediata.

2) La Prestadora de Servicios deberá remitir en el plazo de 48 horas el nombre de la persona, con sus datos para contactar, que será el nexo entre la Institución y la Prestadora de Servicios, la cual estará disponible las 24 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año; y la persona que recepcionará los documentos para la emisión del carnet identificatorio, el cual deberá tener la denominación del Ministerio de Hacienda en un tamaño visible y resaltante.

3) El carnet identificatorio junto con la cédula de identidad, será válido para su utilización en todos los Sanatorios y Farmacias en convenio en el territorio nacional, sin la necesidad de

presentar ninguna otra documentación respaldatoria. En caso, que el asegurado por falta de la Convocante o la Prestadora de servicio no posea el carnet identificatorio para recién nacidos, la atención será a mera presentación del Nacido Vivo.

4) Los beneficios y la cobertura de este contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos y serán realizados en los centros habilitados.

5) La puesta en vigencia del presente contrato obliga a la Prestadora de Servicios a notificar por escrito en forma inmediata a sus centros asistenciales habilitados, que los mismos están obligados a brindar los servicios contemplados de acuerdo a la cobertura en consultas ambulatorias, fisioterapias, urgencias, internaciones clínicas, quirúrgicas, internaciones en U.T.I., Intermedias, estudios y análisis laboratoriales.

6) En caso de que el Beneficiario y/o adherente se encuentre internado en UTI, Intermedias, al momento del vencimiento del contrato vigente, los traslados seran con la autorización del médico tratante; en caso de no contar con esta autorización la Prestadora de Servicios adjudicada debera cubrir todos los costos inherentes a la internación hasta su traslado efectivo.

7) La Prestadora de Servicios desde la vigencia del contrato, deberá habilitar 2 (dos) consultorios médicos en las sedes del Ministerio de Hacienda, uno en la sede central y otro en la oficina central de la Subsecretaria de Estado de Tributación, en horario de oficina de 07:00 a 15:00 hs. de lunes a viernes, (el cual podrá ser en dos turnos: un horario de 07:00 a 11:00 hs y el otro horario de 11:00 a 15:00 hs). El personal asignado al consultorio médico deberá llevar un registro de asistencia diaria el cual será proveído por los departamentos de Bienestar y Capacitación del Personal para la oficina de la sede central y el Dpto. de Bienestar de la SET, para la Subsecretaría de Estado de Tributación.

8) Los consultorios habilitados en el Ministerio de Hacienda, deberán contar con equipamientos e insumos adecuados para resolver casos de urgencias, además de estetoscopio, termómetro, nebulizador, control de glicemia, toma de presión, camilla, cardiodesfibrilador manual y botiquín de primeros auxilios.

9) Contar con la presencia de un pediatra 2 (dos) veces al mes (cada 15 días) en el horario de 07:00 a 11:00hs, con el fin de llevar a cabo las consultas en el Jardín Materno Infantil del Ministerio de Hacienda.

MINISTERIO DE HACIENDA – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – COORD. UNIDAD OPERTIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

10) El plantel administrativo de la Prestadora de Servicios deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente, incluyendo sábados, domingos y feriados, a fin de proveer el presupuesto y la cobertura de urgencia médica y sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones.

11) La Prestadora de Servicios deberá poner a disposición de los beneficiarios un plantel de médicos para todas las especialidades, debiendo estar todas y cada una de ellas cubiertas durante la vigencia del presente contrato.

12) Los médicos que realicen atenciones en consultorios particulares, en ningún caso solicitarán cobro de sus consultas, estudios, procedimientos y controles, los cuales están garantizados con la cobertura de este contrato.

13) El plantel médico y sanatorial adherido, autorizado y publicado por la Prestadora de Servicios deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente, no pudiendo requerir el profesional médico y sanatorial adherido ningún pago extra al beneficiario, aludiendo razones de orden interno con la Prestadora.

14) Cualquier modificación del listado de profesionales habilitados en la cartilla médica, deberá ser comunicada a la Contratante, dentro de las 24 hs., la cual anticipadamente manifestara su no objeción o rechazo. Producidos los cambios, la Prestadora procederá a la actualización de los materiales informativos del servicio por parte de la Prestadora, a ser entregados y difundidos a los beneficiarios. Una vez al mes la Prestadora deberá remitir el listado actualizado de profesionales habilitados en la cartilla médica del contrato.

15) Todos los servicios contemplados con cobertura en el presente contrato, bajo ningún sentido requerirán de cobro, garantía, aval, o firma de algún documento a fin de prestar el servicio requerido por el beneficiario en ningún centro asistencial habilitado por la Prestadora tanto para el Gran Asunción como para el interior del país.

16) la Prestadora de Servicios y los sanatorios adheridos en convenio, 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.

17) Los servicios médicos sanatoriales, urgencias, imágenes, laboratoriales, consultas, etc, propuestos por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones

requeridas en el Contrato. La elección será de libre decisión del beneficiario titular, sin que sea requisito previo recurrir a la Prestadora de Servicios.

18) En cada uno de los servicios (urgencias, internación, U.T.I., Terapia Intermedia) en ningún caso el precio de los medicamentos y materiales descartables (cubiertos y no cubiertos) podrá exceder al establecido por los laboratorios correspondientes para la venta al público en las farmacias, conforme lo reglamenta el M.S.P. y B.S.

19) Todo medicamento o insumo que no se haya utilizado íntegramente por el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del beneficiario y tendrá que ser entregado y retirado por el mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.

20) La Prestadora de Servicios entregará de manera diaria el estado de cuenta de los gastos (cubiertos y no cubiertos) con todos los detalles.

21) En cuanto al alta del paciente, los trámites administrativos no deberán superar las 2 (dos) horas después de que los profesionales médicos involucrados firmen el alta correspondiente; si se precisara de mayor tiempo para los trámites, los mismos se harán posterior a la salida del paciente del centro asistencial.

22) La Prestadora de Servicios no podrá limitar los derechos de los beneficiarios y adherentes, por medio de reglamentaciones internas de sus proveedores de servicios y/o profesionales médicos que ocasionen menoscabo a los beneficios contenidos en la cobertura.

23) Se contempla la nominación de "materiales descartables-desechables y de uso personal (incluyendo termómetro)".

24) Se contempla la nominación de cobertura en "medicamentos, oxigeno en todas sus aplicaciones".

25) Que las vacunas que brinda el M.S.P. y B.S. estén a disposición del beneficiario en el vacunatorio del Sanatorio habilitado por la Prestadora de Servicios y en los centros asistenciales de las cabeceras departamentales adheridos a la Prestadora de Servicios y sean sin cargo alguno para el asegurado.

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

26) La utilización de los equipos empleados en las especialidades médicas del presente contrato, tendrán cobertura total por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto de derechos o aranceles.

27) Para los implantes de prótesis, la Prestadora de Servicios está obligada a presentar la constancia de calidad de los materiales a utilizar, es decir la misma deberá ser de la mejor calidad independientemente del precio, informando al paciente o familiar de esta situación, con los documentos comprobatorios, quienes se reservan el derecho de aceptarlos.

COBERTURA:

❖ Se entenderá por **cobertura total**, la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, ambulancias y traslados, materiales descartables-desechables, de uso personal (incluyendo termómetro), medicamentos nacionales e importados, oxigeno en todas sus aplicaciones en urgencias, emergencias, internaciones, UTI e Intermedia. Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores habilitados por la contratista), de profesionales, centros de diagnósticos, laboratorios y servicios sanatoriales, para capital e interior del país.

❖ Se entenderá como **cobertura "por evento"**, a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgico.

❖ Para los **centros de diagnósticos y laboratorios de análisis clínicos**, este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en caso de urgencias, las 24 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables-desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 5 (cinco) laboratorios y 5 (cinco) centros de diagnósticos (de reconocida trayectoria). En caso que existan cambios, deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la Contratante con 24 hs de anticipación, la cual manifestara su no objeción o rechazo.

❖ Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados por la Prestadora de Servicios, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

CAPACIDAD DEL SERVICIO:

Para las internaciones, la contratista deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los siguientes lugares:

MINISTERIO DE HACIENDA – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – CUOC. UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Localidad		Cantidad mínima de Centros Asistenciales habilitados
Asunción		8 – ocho
		1 – uno con terapia para niños
San Lorenzo	Loma Plata	1 – uno
Fernando de la Mora	Coronel Oviedo	1 – uno
Luque	Caazapá	1 – uno
Villa Elisa	Encarnación	1 – uno
Ñemby	San Juan Bautista	1 – uno
Lambaré	San Ignacio	1 – uno
Concepción	Paraguarí	1 – uno
San Estanislao	Ciudad del Este	1 – uno
Caacupé	Pilar	1 – uno
Villarrica	Pedro Juan Caballero	1 – uno
Villa Hayes		1 – uno

Debe contar con un mínimo de 5 (cinco) laboratorios y 5 (cinco) centros de diagnósticos en el Gran Asunción.

CENTROS ASISTENCIALES EN EL INTERIOR:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios por imágenes, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales mencionadas en el cuadro de arriba.

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

SERVICIOS MEDICOS

A) HONORARIOS PROFESIONALES:

Cobertura total (a excepción de aquellos contemplados dentro de la Medicina de Alta Complejidad) e inmediata en consultorios, internaciones, servicios de urgencias, estudios de diagnóstico y procedimientos en las siguientes especialidades: (eventos clínicos y quirúrgicos), sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos a excepción de aquellos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales.

MINISTERIO DE HACIENDA – REPÚBLICA DEL PARAGUAY – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

A	Anestesiología: incluye analgesia en partos. Anatomía Patológica: incluye biopsias de todo tipo: materiales pequeños, medianos, grandes, biopsias extemporáneas, estudios histoquímicos y marcadores tumorales, citología ginecológica-pap. Alergiología (adulto y pediátrico): incluye test alérgico, hasta 20 vacunas por año contrato por abonado.
C	Cardiología clínica: incluye asistencia operatoria a solicitud del cirujano. Cardiología pediátrica. Clínica médica, (inspección médica en general solicitada por instituciones con la emisión del certificado médico). Cirugías convencionales y no convencionales. Cirugía general, menor y mayor: incluye derecho operatorio. Cirugía cardiaca - cateterismo cardiaco, angioplastia transluminal coronaria, colocación de marcapasos, colocación de stent. Cirugía cardiaca pediátrica. Cirugía de cabeza y cuello. Cirugía de manos. Cirugías flebológicas: cirugía láser (incluye vendas). Cirugía toráxica. Cirugía oncológica: incluye derecho operatorio. Cirugía oftalmológica especializada. Cirugía de miopía (cirugía de lasik y/o eximer laser). Cirugía pediátrica. Cirugía plástica reparadora (no estética). Cirugía videolaparoscópica: incluye derecho operatorio, uso de torre de video sin costo para el abonado. Coloproctología: consultas, cirugías, procedimientos.
D	Dermatología (adulto y pediátrico): incluye estudios, tratamientos ambulatorios (ej. Fototerapia) y procedimientos quirúrgicos. Diabetología (comprendido en endocrinología). Dietología – Nutrición: consulta y tratamiento, elaboración de dietas ya sea con fines estéticos o médicos, honorarios por preparados de nutrición Enteral y Parenteral en internaciones.
E	Endocrinología –Diabetología – Nutrición: incluye consulta y tratamiento, elaboración de dietas ya sea con fines estéticos o médicos, honorarios por preparados de nutrición Enteral y Parenteral en internaciones. Endoscopias: para eventos clínicos o quirúrgicos, con endoscopios rígidos (ejemplo videolaparoscopio, uroscopios) y flexibles (ejemplo fibrobroncoscopia, ureteroscopia) con fines

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

	de diagnóstico, cirugía, extracción de cuerpo extraño y de cualquier otro tipo de procedimiento terapéutico, incluyendo honorarios médicos del especialista, anestesista y contraste.
F	Fisioterapia cardiovascular: abarca el tratamiento completo, honorarios médicos, aparatos, terapias y todo lo necesario para lograr la rehabilitación cardiovascular. Fisioterapia Neurológica Fisioterapia Pulmonar Fisioterapia y Kinesioterapia en general: ambulatoria (sin límites) ejercicios y rehabilitación. Abarca el tratamiento completo, honorarios médicos, aparatos, terapias y todo lo necesario para lograr la rehabilitación. Fisioterapia y Kinesioterapia en pacientes internados en sanatorios: hasta el alta del paciente . Flebología (várices): incluye estudios, tratamientos ambulatorios (esclerosis y sustancias esclerosantes) hasta 10 sesiones por año contrato, vendajes. Fonoaudiología: evaluación y rehabilitación.
G	Gastroenterología (adulto y pediátrico): polipectomía endoscópica, gastrostomía (incluye kit). Geriatría. Ginecología y Obstetricia: Cobertura en colocación y extracción de Dispositivo Intra Uterino.
H	Hematología (adulto y pediátrico). Hemoterapia (trasfucionista): Cobertura en materiales y descartables utilizados, incluyen los estudios serológicos. Hepatología
I	Infectología (adulto y pediátrico)
L	Láser
M	Mastología Monitoreo fetal en centros de diagnósticos habilitados. Monitoreo cardiológico intraoperatorio.
N	Neurología clínica (adulto y pediátrico) Neurocirugía: cirugía del sistema nervioso periferico y central, incluye cirugía de columna. Neumología (adulto y pediátrico) Nefrología (adulto y pediátrico): Incluye Hemodiálisis en los casos agudos, hasta 4 (cuatro) por año contrato para el titular y cada beneficiario de su grupo familiar. Diálisis Peritoneal. Nutricionista: consulta y tratamiento, elaboración de dietas ya sea con fines estéticos o médicos. Honorarios por preparados de nutrición enteral y parenteral en internaciones.
O	Oftalmología: consultas, estudios (incluye campimetría computarizada), cirugía de miopía, cirugía oftalmológica especializada, cirugía lasik (ambos ojos) y/o eximer laser, laserterapia, ejercicios ortópticos, dilatación de pupila, curva de presión ocular, fondo de ojo, cataratas con implante de lente intraocular.

MINISTERIO DE HACIENDA – REPÚBLICA DEL PARAGUAY – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

	Oftalmología pediátrica Oncología clínica: quimioterapia Oncología: consultas, cirugías, quimioterapia, test alérgico. Otorrinolaringología: incluye estudios y cirugías Otoneurología-
P	Pediatría y Neonatología: consultas, incluye inspección médica en general solicitada por instituciones y la emisión del certificado médico, vacunaciones sin cargo para el asegurado e incluyen las obligatorias por el M.S.P. y B.S. Proctología: Ver Coloproctología Psiquiatría: Consultas, tratamientos ambulatorios, en internaciones: fase aguda de la enfermedad. Psicología Clínica, Laboral y Educacional: consultas, tratamientos, Test psicológico elemental. Psicología Infantil Psicopedagogía
R	Reumatología Radiología (medicina en imágenes-intervencionismo) en centros de diagnósticos habilitados. Rehabilitación cardiovascular: abarca el tratamiento completo, honorarios médicos, aparatos, terapias y todo lo necesario para lograr la rehabilitación cardiovascular.
S	Salud Ocupacional
T	Traumatología y Ortopedia (adulto y pediátrico): consultas, cirugías, ejercicios y fisioterapia en general. Toxicología Transfusionista
U	Urología (adulto y pediátrico): consultas, cirugías, incluye RTU de próstata, cirugía de varicocele, cirugías vesicales y litotripsias (endoscopicas, quirúrgicas y percutáneas).

Las consultas en especialidades que no figuren en el listado anterior, con un arancel del 100% a cargo de la Prestadora de Servicios.

La **PRESTADORA DE SERVICIOS** deberá gestionar la contratación de los profesionales solicitados por LA CONTRATANTE.

LA PRESTADORA DE SERVICIOS se compromete a aceptar y contratar la nominación o el listado de profesionales que proveerá **LA CONTRATANTE** en su oportunidad hasta el cumplimiento del Contrato.

MINISTERIO DE HACIENDA – REPÚBLICA DEL PARAGUAY – PAZ Y JUSTICIA – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Los profesionales médicos de la lista de la Prestadora de Servicios estarán a disposición del Beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno, que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales del listado de la Prestadora de Servicios, salvo causas de disponibilidad fundadas en las Leyes Laborales de la República.

Servicios de Reintegros

El beneficiario y su grupo familiar, podrán eventualmente consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 4 (cuatro) veces por mes y la cobertura se realizará por el sistema de reembolso hasta Gs. 250.000.- (Guaraníes doscientos cincuenta mil) por consulta.

La solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarla hasta 30 días posteriores a la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 30 días posteriores a la solicitud del reembolso.

B) MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES

Con especialistas a pedido del paciente o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura y sin límites con el plantel de médicos habilitados, por evento. Y hasta 4 (cuatro) 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.

PROGRAMA DE SUMINISTROS

ASISTENCIA MÉDICA SANATORIAL INTEGRAL

CALIDAD DEL SERVICIO:

Respecto a los Sanatorios y/o Centros Asistenciales, para Asunción será requerido por lo menos para 5 (cinco) establecimientos la categoría correspondiente al "Nivel 3", de acuerdo a la clasificación establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los centros asistenciales del interior, específicamente de Ciudad del Este, Coronel Oviedo y Encarnación deberán contar como mínimo con la categoría correspondiente al "Nivel 1" establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; los demás para consultas, emergencias, urgencias, laboratorios e internaciones.

A) INTERNACIONES

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Con cobertura inmediata, en centros asistenciales habilitados por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual con baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta lo enunciado en el apartado de Medicina por imágenes y estudios de diagnostico, párrafo 3) hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse. Se deberá incluir media pensión para un acompañante sin costo alguno para el titular (almuerzo o cena).

Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, además de la utilización de electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, video, nebulizaciones, aplicación de ultrasonidos, infrarrojo, fisioterapia (incluye además aplicación de ultrasonidos, infrarrojos).

Para eventos clínicos o quirúrgicos deberán estar cubiertos procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópios, uroscopios, etc.), y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico, cirugía o de tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contraste y extracción de cuerpos extraños; como así también para las especialidades de gastroenterología (gastrostomía, incluye kit), urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, laparoscopia y artroscopía, (incluyendo uso de equipos, video, etc.).

Cobertura de medicamentos nacionales e importados y oxigeno en todas sus aplicaciones, por valor de Gs.30.000.000.- (Guaraníes treinta millones), por evento y en todo concepto, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, internaciones de urgencias, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Cobertura de materiales descartables-desechables y de uso personal (incluyendo termómetro) utilizados por valor de Gs.7.000.000.- (Guaraníes siete millones), por evento y en todo concepto.

Materiales de osteosíntesis en general, por valor de Gs. 10.000.000 (Guaraníes diez millones) por evento.

Materiales protésicos para hernias inguinales, umbilicales e insicionales por valor de hasta Gs.1.500.000.- (Guaraníes Un millón quinientos mil) por evento.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, el Sanatorio y/o Centro Asistencial 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. Incluye suministro de materiales.

En ningún caso, el centro de internación podrá requerir garante o aval alguno ya sea personal o en efectivo al beneficiario por la prestación de este servicio.

B) INTERNACIONES EN TERAPIA INTENSIVA (Adultos y Niños)

El tiempo de internación por un periodo de hasta 20 días por cada evento, sin límites de eventos al año. Deberán estar cubiertos los honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales no se tendrá en cuenta lo enunciado en el apartado de Medicina por imágenes y estudios de diagnostico, párrafo 3) Internación en la U.T.I. después de los 20 días (sala y honorarios con cobertura del 80% y estudios laboratoriales, medicina por imágenes y estudios de diagnóstico, tendrán el 100%).

Cobertura de medicamentos nacionales e importados, oxigeno en todas sus aplicaciones, materiales descartables-desechables y de uso personal (incluyendo termómetro) hasta Gs.60.000.000.- (Guaraníes sesenta millones), por evento y en todo concepto. El excedente del importe de medicamentos nacionales e importados, oxigeno en todas sus aplicaciones, materiales descartables-desechables y de uso personal (incluyendo termómetro) no utilizado dentro de los 20 días, podrá ser utilizado hasta el límite establecido en el presente contrato, no considerando el límite de días.

Uso de incubadora y luminoterapia: hasta el alta del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, el Sanatorio y/o Centro Asistencial 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. Incluye suministro de materiales.

Se entenderá que esta cobertura corresponde a cada uno del grupo familiar; es decir, el Titular y cada uno de sus Beneficiarios y Adherentes.

Desde el primer día de internación el Sanatorio y/o Centro Asistencial deberá proveer al Grupo Familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los materiales descartables-desechables y de uso personal, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

MINISTERIO DE HACIENDA – DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA – COORD. UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES

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.

C) INTERNACIONES EN TERAPIA INTERMEDIA (Adultos y Niños)

Cobertura total e integral hasta el alta del paciente. Se entenderá que la cobertura es por persona y se regirá en las mismas condiciones que el ítem anterior, con la excepción de la duración de la internación que es hasta el alta del paciente, con cobertura en honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta lo enunciado en el apartado de Medicina por imágenes y estudios de diagnostico, párrafo 3).

Cobertura de medicamentos nacionales e importados, oxigeno en todas sus aplicaciones, materiales descartables-desechables, de uso personal (incluyendo termómetro) hasta Gs. 60.000.000.- (Guaraníes sesenta millones).

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, el Sanatorio y/o Centro Asistencial 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. Incluye suministro de materiales.

Desde el primer día de internación el Sanatorio y/o Centro Asistencial deberá proveer al Grupo Familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los materiales descartables-desechables, de uso personal, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

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

D) SERVICIOS DE URGENCIAS

Los centros asistenciales deberán implementar un protocolo de recepción y clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia del caso.

La guardia en los servicios de urgencias deberá estar integrada por un número adecuado de profesionales médicos, clínicos, cirujanos, obstetras y pediatras, para dar respuesta adecuada a las demandas del servicio las 24 hs. y todos los días aún domingos y feriados. Además de los mismos,

se deberá contar con profesionales médicos de las otras especialidades como ser: ginecología, traumatología, cardiología o la convocatoria de ellos o cualquier otro profesional en la brevedad posible.

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, para que la Prestadora de Servicios se haga cargo del paciente, asumiendo todos los gastos (cobertura 100%) e indicando su traslado o continuidad en dicho centro.. En caso de solicitar su traslado, la Prestadora de Servicios deberá garantizar que no apeligrara la vida del beneficiario.

Disponer de ambulancia para todo tipo de traslado (urgencias y/o limitación física) hasta el centro asistencial, Unidad Coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derecho de urgencias. Incluye el traslado en ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencias y/o urgencias, el cual deberá estar a cargo de la Prestadora de Servicios, para el titular y los beneficiarios del contrato. El tiempo de demora para el servicio no deberá exceder de 1 (una) hora posterior a la solicitud del mismo.

El Sanatorio y/o Centro Asistencial proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente o quemaduras graves, hasta el alta del paciente.

Deben estar cubiertos la utilización de estudios de diagnóstico, medicina por imágenes, laboratoriales requeridos, monitoreo cardiaco, monitoreo fetal, inyecciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, materiales descartables–desechables, de uso personal (incluyendo termómetro), oxigeno en todas sus aplicaciones y medicamentos nacionales e importados y otros que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención en este servicio, con cobertura inmediata, sin limitaciones y del 100%. (Cien por ciento) para el beneficiario.

SERVICIOS AMBULATORIOS:

Inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado en este servicio. Para estos casos no existirá limitaciones y la cobertura será del 100% para el beneficiario. Se deberá presentar prescripción médica.

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS:

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo de emergencia, personal médico y paramédico, medicamentos y materiales descartables-desechables, de uso personal (incluyendo termómetro), oxigeno en todas sus aplicaciones, sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24 horas del día durante todo el año. El tiempo de demora para el servicio no deberá exceder de 1 (una) hora posterior a la solicitud del mismo.

VISITAS DOMICILIARIAS:

Visitas con carácter no urgente hasta 2 (dos) por abonado por mes a cargo de un plantel compuesto por 3 médicos para adultos y 3 para niños, dentro de las 3 (tres) horas de recibido el llamado (indefectiblemente). Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y cabeceras departamentales hasta un radio circundante de 50 kilómetros.

Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiológicos con equipo portátil y electrocardiogramas con cobertura total.

En los casos de toma de muestras laboratoriales a domicilio, serán sin cargo para el beneficiario, siempre que se trate de pacientes comprobados con incapacidad de concurrir a los servicios.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS:

Cobertura total en consulta e internaciones de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato) que hayan sido declaradas y/o diagnosticadas en la ficha y chequeo médico de admisión.

Cobertura total en consultas e internaciones de todas las patologías crónicas y neoplásicas (dentro de los límites del contrato), diagnosticadas durante la vigencia del contrato.

Enfermedades (crónicas, congénitas y neoplásicas) y malformaciones congénitas (Pie Bot, Hidrocefalia, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de Alta Complejidad): CIRUGÍA 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. Cobertura total en consultas y cirugías, no relacionadas con la malformación (dentro de los límites del contrato).

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

El criterio a ser empleado en este ítem 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 y prótesis de cualquier tipo, los derechos operatorios deberán estar cubiertos el 100%.

En las internaciones quirúrgicas citadas más abajo, la cobertura de medicamentos nacionales e importados, oxigeno en todas sus aplicaciones, drogas oncológicas, materiales descartables-desechables y de uso personal (incluyendo termómetro), será hasta la suma de Gs. 50.000.000.- (Guaraníes cincuenta millones) en todo concepto y por evento. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes (no se tendrá en cuenta lo enunciado en el apartado de Medicina pro imágenes y estudios de diagnostico, párrafo 3)

Para los casos de tratamientos, procedimientos, estudios especializados y contemplados dentro de la Medicina de Alta Complejidad, el excedente del importe de materiales descartables-desechables, oxigeno en todas sus aplicaciones, medicamentos nacionales e importados y drogas oncológicas, podrá ser utilizado hasta el límite establecido en el presente ítem. Para los casos de quimioterapia, podrá ser utilizado dicho límite independientemente de la cantidad de sesiones.
Internación en la U.T.I. después de los 20 días (sala y honorarios con cobertura del 80% y estudios laboratoriales, medicina por imágenes y estudios de diagnóstico, tendrán el 100%).
Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.
Cirugía cardiovascular
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Angioplastía transluminal coronaria
Colocación de marcapasos; no incluirá el costo del aparato
Colocación de stent
Oftalmología: Laserterapia, desprendimiento de retina, facoemulsificación
Cirugia de Miopia (cobertura 100%)
Cirugia oftalmológica especializada (cobertura 100%)
Cirugia de Lasik y/o excimer laser (cobertura 100%)
Equipo de contrapulsación intraaórtica
Incubadora de transporte
ESTUDIOS
Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventriculograma isotópico
PROCEDIMIENTOS
Litotripsia extracorpórea
Litotripsia ultrasónica

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

TRATAMIENTOS

Quimioterapia, deberá incluir los medicamentos, drogas oncológicas y materiales descartables-desechables hasta el límite establecido.

Radioterapia y Cobaltoterapia, deberá incluir los medicamentos y materiales descartables-desechables hasta el límite establecido

Laserterapia en general.

MEDICINA POR IMÁGENES Y ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

Con cobertura total, sin limites y por persona en todos los estudios de Medicina por Imágenes y estudios de diagnóstico (con excepcion de los detallados mas abajo), que se realicen en consultorios o centros especializados, dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad.

Las visaciones de las órdenes de los estudios de diagnóstico y Medicina por Imágenes son obligatorias.

Clasificación de estudios limitados y con descuentos:

- Resonancia Magnética, hasta tres por año contrato
- Medicina Nuclear (descuento del 70%)
- Cobaltoterapia (descuento del 70%)
- Todos los estudios o procedimientos deberán incluir cobertura del 100% en el uso de sala, honorarios profesionales, contrastes, medicamentos, materiales descartables-desechables, utilización de equipos, videos, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS

Con cobertura total, sin límite y por persona en todos los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e internados de todas las especialidades y que se realicen dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad.

Las visaciones de las órdenes de los estudios laboratoriales son obligatorias.

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24hs del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

SEGURO DEL VIAJERO:

LPN Nº 4/13 – SERVICIO DE SEGURO MÉDICO - PLURIANUAL (ID. Nº: 257.223)

ADENDA Nº 2

Cobertura para el titular y/o beneficiarios en consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias, durante viajes al exterior y mientras dure dicho viaje, sin límites de días. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro asistencial en el territorio nacional para casos de Alta Complejidad.

COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA:

Cobertura mínima del 40% (cuarenta por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias de todo tipo de medicamentos nacionales e importados en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta débito y crédito).

Para los medicamentos nacionales los descuentos serán sin límites, por beneficiario.

Para los medicamentos importados los descuentos serán aplicados hasta alcanzar un cupo total de descuento de Gs. 2.000.000 (Guaraníes dos millones) por año de contrato, por beneficiario. Para considerar la cifra de descuento total establecida por año de contrato, se tendra en cuenta para la sumatoria, el valor del producto a precio de descuento.

La PRESTADORA de SERVICIOS deberá presentar un listado con la certificación del convenio con las farmacias (con un mínimo de 15 locales), debidamente habilitados por el M.S.P. y B.S. con la cual la PRESTADORA de SERVICIOS tiene relación dentro del Gran Asunción, periferias y/o interior del país.

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.
- Todos los gastos ocasionados por los siguientes eventos y sus consecuencias: participación del abonado en eventos que trasgredan leyes o normas, en riñas, etc.
- Estudios y tratamientos médico-quirúrgicos con fines de esterilidad o de procreación (incluida la fertilización asistida y sus productos).
- Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados (hasta cierto tiempo a convenir).

- Alcohólicos agudos y crónicos y sus consecuencias, (previo dictamen médico que acredite dicha situación).
- Sangre, plasma y derivados.
- Hemodiálisis en los casos crónicos, formolizaciones.
- Acupunturas, homeopatía y quiropraxia.
- 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.
- Atención de medicina no alopática.

Las demás entidades clínicas y tratamientos están cubiertos como crisis hipertensivas, crisis asmáticas, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas, enfermedades congénitas y criocirugía.
Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.
La determinación del acaecimiento de un hecho de intento de autoeliminación, autointoxicación, automedicación, autoagresión, deberá ser demostrada por la autoridad competente para la suspensión de la cobertura de los servicios asistenciales ya prestados.

2. **Plan de Entregas**

La Prestadora de Servicios deberá cubrir automáticamente a todos los asegurados de acuerdo a las E.E.T.T. de este PBC.

3. **Inspecciones y Pruebas:**

Tanto el Asesor Médico como el Dpto. de Bienestar y Capacitación (Dirección Administrativa) y el Dpto. de Bienestar (SSET) estarán en constante comunicación con la Prestadora de Servicio para

comunicar queja por parte de los asegurados los cuales deberán ser solucionadas de acuerdo a las EETT.

En caso de discrepancia entre las EETT solicitadas y prestadas deberá ser canalizado por la UOC Dpto. de Monitoreo de Contratos.

INSTRUCTIVO DE COTIZACION EN EL SISTEMA DE SBE

El siguiente ejemplo es la forma de cotización que se utilizara en el Sistema, al momento de la Recepción de Propuestas.

Ejemplo:

Aclaración: El monto del precio por funcionario=Grupo Familiar es Ficticio es solo a modo de ejemplo

Un funcionario = Grupo Familiar	100.000 Gs.
Cantidad de meses (periodo de cobertura)	X 24
Precio total por funcionario (grupo familiar) por 24 meses **(ESTE ES EL PRECIO QUE SE DEBE CARGAR COMO PRECIO UNITARIO EN EL SISTEMA DE SUBASTA)**	=2.400.000
Cantidad máxima de funcionarios (grupo familiar)	2.473
Precio total máximo por el cual se deberá competir en la etapa competitiva	5.935.200.000

Sin otro particular saludoles muy atentamente.

LIC. NATALIA MARTÍNEZ, COORDINADORA INTERINA
UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIÓN