LICITACION PUBLICA NACIONAL 01/10 "SEGURO MEDICO CORPORATIVO" PARA LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

ADENDA Nº 03

ACLARACION GENERAL: Son denominados BENEFICIARIOS todos los funcionarios de la Contraloría General de la Republica, su grupo familiar y/o Adherentes.

CON RELACIÓN A LAS CONSULTAS REALIZADAS SOBRE LA LICITACION PÚBLICA NACIONAL PARA EL SERVICIO DE SEGURO MEDICO CORPORATIVO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, SE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACLARACIONES:

CONSULTA 1: La vacunación cubierta en el servicio de urgencia será aquella necesaria de aplicar como consecuencia de la atención que genero la urgencia?

RESPUESTA: SI, es aquella que debe ser aplicada como consecuencia de la atención que genero la urgencia.

CONSULTA 2: La cobertura de antibióticos en servicio de urgencia será la primera dosis estando a cargo del asociado el medicamento en forma ambulatoria?

RESPUESTA: para el Servicio de urgencia, la cobertura deberá ser: la primera dosis de antibiótico inyectable indicado por el medico de guardia (medicamento + aplicación). En forma ambulatoria la cobertura de antibióticos estará a cargo del asociado.

CONSULTA 3: Se cubrirá hasta siete transfusiones por evento?

RESPUESTA: La cobertura tendrá un alcance de hasta 7(siete) sesiones por evento por beneficiario de haber necesidad; quedando a cargo del beneficiario la provisión de sangre y plasma.

CONSULTA 4: Se deberán cubrir el 100 % de los honorarios médicos de hasta dos cirugías oncológicas?

RESPUESTA: Los Honorarios médicos en cirugías oncológicas hasta 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.

CONSULTA 5: En caso de implante de lente intraocular el lente estará a cargo del beneficiario?

RESPUESTA: Si, el costo del lente intraocular estará a cargo del beneficiario.

CONSULTA 6: Se aceptara como apto para brindar atención especializada en pediatría a aquellos centros portadores de la categoría 3 por la Superintendencia de Salud?

RESPUESTA: Se deberá ofertar lo que se solicita en el PBC o sea 1(un) centro de especialidades pediátricas en Asunción, de no ser así la oferta será desestimada. No se aceptara como apto para brindar atención especializada en pediatría a aquellos centros portadores de la categoría 3 por la Superintendencia de Salud.

CONSULTA 7: El marcapasos estará a cargo del paciente?

RESPUESTA: El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 50% (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 100(cien) % por la prestadora de servicios. Por lo tanto, estará a cargo del beneficiario el 50 (cincuenta) % de los honorarios médicos y del costo del marcapasos.

CONSULTA 8: Desde que fecha entra en vigencia el Contrato?

RESPUESTA: Estimativamente entraría en vigencia el 01/06/2010, teniendo una duración de 43 meses por lo que culminaría el 31/12/2013.

CONSULTA 9: En caso que el Comité Evaluador haga verificaciones telefónicas o documentales que no coincidan con lo que se agregó documentalmente en la oferta se pedirá aclaración a la oferente?

RESPUESTA: No, pues el oferente deberá remitir documentos fidedignos que efectivamente serán cotejados por el Comité Evaluador para una evaluación posterior de los mismos y un dictamen final.

CONSULTA 10: El pliego dice que se deberá presentar el listado del plantel de profesionales médicos adheridos a la prestadora, conforme a lo requerido en el PBC, adjuntando cedula de identidad de los mismos. Es posible que se exija el agregar las cedulas de identidad de los profesionales solamente a la empresa adjudicada?

RESPUESTA: Se deberá presentar el listado del plantel de profesionales médicos adheridos a la prestadora, conforme a lo requerido en el PBC, adjuntando cedula de identidad de los mismos, en el momento de la presentación de ofertas.

CONSULTA 11: Cada medico deberá presentar carta compromiso?

RESPUESTA: Si, asegurando de esta manera la permanencia del plantel presentado como oferta por el oferente.

CONSULTA 12: El pliego prevé que la cobertura de maternidad esta garantizada en forma exclusiva para la titular, esposa del titular e hijas menores de edad. Hasta que edad se considera menor de edad?

RESPUESTA: Serán tomadas como menores hasta el día que cumplan 20 años.

CONSULTA 13: En una parte del pliego se incluyen Padres y/o Suegros

1. (h/dos) como beneficiario del Titular a cargo de la Contraloría y en otra parte dice: " Personas mayores: se entenderá a los Padres, Madres, Suegros, Suegras, Hijos mayores de 20 años del titular, quienes abonaran al contratista una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del ítem cuyo precio resulte el mas bajo", es decir que en este caso se debe interpretar que deberá pagar el titular a su cargo por padres y suegros?

2. Se solicita aclaración sobre el particular

RESPUESTA : pueden ser beneficiarios del titular Padres y/o Suegros (h/dos) sin limite de edad, optativo por parte del beneficiario dependiendo de la situación, cuyo costo correrá por cuenta de la Contraloría General; sobrepasando este limite, el titular deberá abonar el 50(cincuenta)% por cada adicional considerado como mayor de edad.

CONSULTA 14: En los casos que se dispone que el funcionario deberá pagar por determinados adherentes esta obligada la prestadora de servicios a admitirlos?

RESPUESTA: La prestadora aceptara la inclusión de los beneficiarios adherentes solicitados, siempre de acuerdo a lo especificado en el PBC.

CONSULTA 15: El monto que el funcionario abone a su cargo por concepto de adherentes se podrá descontar el mismo vía administración de la Contraloría mediante presentación de la planilla correspondiente?

RESPUESTA: La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. Se deberá aclarar con el beneficiario titular la forma de pago.

ACLARACION 16: En una planilla se indica:" A las 24:00 hs de la suscripción del contrato". Esto debe interpretarse que la prestadora de servicios empezara a brindar la cobertura efectivamente a partir de la fecha de suscripción del Contrato?

RESPUESTA: Si, los servicios de cobertura deberán iniciarse a partir de la fecha de suscripción del contrato entre las partes.

CONSULTA 17: Los estudios que se realice el asociado en Centros de Imágenes y/o laboratoriales si deberán ser visados en las instalaciones de la prestadora?

RESPUESTA: La visación de las solicitudes para los estudios de cualquier naturaleza se realizara por fax, sin necesidad de acudir hasta las instalaciones de la prestadora de servicios.

CONSULTA 18: En el pliego de Bases y Condiciones se exige que "La prestadora de servicios deberá tener habilitados sanatorios en la Capital,

Gran Asunción e Interior del País. En todos los sanatorios propuestos, la cobertura deberá ser para: consultas, internaciones (clínicas y quirúrgicas), estudios laboratoriales y radiológicos y urgencias. En los centros nivel 3 y nivel 2 unidad de terapia intensiva para niños y adultos (por lo menos en Asunción)", sin embargo no todos los sanatorios tienen en sus instalaciones laboratorios ni centros de imágenes. Por consiguiente es posible que se deje sin efecto esa exigencia tomando en cuenta que no es posible cumplirla en un 100 % por ningún oferente?

RESPUESTA: Con referencia a la consulta se aclara que se realizara modificación del PBC, en el punto referente a SERVICIOS SANATORIALES por medio de otra ADENDA.

CONSULTA 19: Se requiere que los centros de internación tengan la certificación de la Superintendencia de la Salud; es necesario agregar copia de los certificados o es suficiente con agregar la Publicación de la Superintendencia de la Salud de donde resulta la categorización de todos los Centros Asistenciales?

RESPUESTA: Seria suficiente con la publicación de la Superintendencia de la Salud.

CONSULTA 20: No todos los Centros convencionales tienen unidad de terapia intensiva de adultos separada de la de niños, en esos casos esos Centros no calificarían a pesar de que la Superintendencia lo tenga categorizada con la categoría que el pliego exige?

RESPUESTA: Con referencia a la consulta se aclara que se realizara modificación del PBC, en el punto referente a SERVICIOS SANATORIALES por medio de otra ADENDA.

CONSULTA 21: No todos los Centros de alta Complejidad categorizados con el nivel 3 por la Superintendencia de Salud *tienen en sus instalaciones tomógrafo ya que lo que exige como mínimo la Superintendencia es que se tenga esos servicios a disposición bajo régimen de contrato. El que no cuenten los sanatorios categoría 3 propuestos con ese servicio en sus instalaciones seria causal de descalificación?*

RESPUESTA: Será causal de descalificación si los Centros de alta complejidad categorizados con Nivel 3, que hayan sido propuestos, no cuentan con tomógrafo.

CONSULTA 22: No todos los Centros de alta complejidad categorizados con Nivel 3 por la Superintendencia de Salud tienen en sus instalaciones hemodinamia intervencionista y anatomía patológica básica ya que lo que exige como mínimo la Superintendencia es que se tenga esos servicios a disposición bajo régimen de contrato. El que no cuenten los sanatorios categoría 3 con esos servicios en sus instalaciones, seria causal de descalificación?

RESPUESTA: No seria causal de descalificación pero deben cumplir con la exigencia de la *Superintendencia que es la de tener esos servicios a disposición bajo régimen de contrato y presentar los contratos correspondientes.*

CONSULTA 23: El pliego dice que se debe contar con SANATORIOS GRAN ASUNCION: 4(cuatro) centros como mínimo en: Luque, Fernando de la Mora, Lambaré y Mariano Roque Alonso."
Es causal de descalificación el no ofrecer sanatorios en algunas de esas ciudades en particular?

RESPUESTA: Si será causal de descalificación el no ofrecer sanatorios en algunas de las ciudades citadas.

CONSULTA 24: En el pliego dice: "En los casos de toma de muestras laboratoriales a domicilio, serán sin cargo para el beneficiario, siempre que se trate de pacientes fehacientemente comprobados con incapacidad de concurrir a los servicios." La imposibilidad de traslado del asociado deberá ser determinada por un medico del staff de la prestadora de servicios?

RESPUESTA: Si, ya que el plantel de médicos para visitas domiciliarias estará compuesto por 3(tres) médicos para adultos y 3(tres) médicos para niños que podrán o deberán constatar la solicitud dentro de las 3 (tres) horas de recibido el pedido, si hubiese obrado en contrario, el beneficiario deberá abonar los costos de la primera solicitud mas lo del medico que fue a realizar la verificación.

CONSULTA 25: No se pide cobertura odontológica en el presente llamado?

RESPUESTA: El presente llamado no incluye el Servicio Odontológico.

CUALQUIER CONSULTA QUE DESEEN REALIZAR AL RESPECTO, PUEDEN COMUNICARSE A LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, ***DIRECCIÓN DE ADMINISTRACION Y LOGISTICA*** (UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES), UBICADA EN AUSTRIA Nº 1879, TELÉFONO Nº 601-859 – 620-0300, DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO: ***adquisiciones@contraloria.gov.py***.

Asunción, 07 de abril de 2010

ARQ. LILIAN GONZALEZ, Directora
Dirección de Administración y Logística
Titular UOC
Contraloría General de la República