Asunción, 18 de enero de 2016.

Señor(es)
PROVEEDORES
Presente

Me dirijo a usted(es), con el objeto de remitirle(s) la Comunicación Suplementaria Nº 04 en la cual se transcribe el Addendum N° 04, en el marco de la Licitación Pública Nacional LPN N° 02/2016 (Ad-Referéndum) "PRESTACION DE SERVICIO MEDICO Y SANATORIAL INTEGRAL PARA EL CONGRESO DE LA NACIÓN" con ID N° 300151, el mismo pasa a formar parte del Pliego de Bases y Condiciones.

ADDENDUM Nº 04

La Unidad Operativa de Contrataciones, amparada en lo que dispone el artículo 22º de la Ley 2051/03 y el artículo 40 del Decreto Nº 21909 que reglamenta la Ley 2051/03, en el marco de la Licitación Pública Nacional LPN N° 02/2016 (Ad-Referéndum) "PRESTACION DE SERVICIO MEDICO Y SANATORIAL INTEGRAL PARA EL CONGRESO DE LA NACIÓN" con ID N° 300151, procede a introducir las siguientes modificaciones al Pliego de Bases y Condiciones:

1. **En la Sección I "Datos de la Licitación (DDL)"**

- **Se modifica la cláusula IAO 7.1, quedando como sigue:**

IAO 7.1	Para **aclaraciones de las ofertas,** solamente, la dirección de la Convocante es: Atención: *Sra. Justina Casco González, Directora de UOC* Dirección: *Oficina de la UOC, 14 de mayo esq. Avda. República – Ex Casa de la Cultura.* Ciudad: *Asunción, Paraguay* Teléfono: *414-5831* Fax: *414-5851* Dirección de correo electrónico: *uoccongreso@senado.gov.py* **La fecha y hora límites para realizar consultas es***: el 29 de enero de 2016 a las 12:00 horas.*

- **Se modifica la cláusula IAO 23.1, quedando como sigue:**

IAO 23.1	**Para propósitos de la presentación de las ofertas**, la dirección de la Convocante es: Atención: *Sra. Justina Casco González, Directora de UOC* Dirección: *Oficina de UOC del Congreso de la Nación, 14 de mayo esq. Avda. República – Ex Casa de la Cultura.* Ciudad: Asunción, Paraguay La fecha límite para presentar las ofertas es: Fecha: *05 de febrero de 2016* Hora: 09*:30a.m.*

- **Se modifica la cláusula IAO 26.1, quedando como sigue:**

IAO 26.1	**La apertura de las ofertas tendrá lugar en**: Dirección: *14 de mayo esq. Avda. República* Número de Piso/Oficina: *Sala de Reuniones de la Presidencia del Congreso de la Nación, 3° Piso* Ciudad: Asunción, Paraguay Fecha: *05 de febrero de 2016* Hora: 10*:00 a.m.*

2. En la Sección III "Suministros Requeridos"

- **Se modifica el numeral 1. Especificaciones Técnicas quedando como sigue:**

COBERTURA 1

BENEFICIARIOS TITULARES: Senadores

- Por un cantidad mínima de 45 titulares y una cantidad máxima de 45 titulares por el programa **11-01-001-01 (Administración y Coordinación General)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 18 titulares y una cantidad máxima de 18 titulares por el programa **11-01-002-01 (Parlamento del Mercosur)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.

Titular casado, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho (bajo las condiciones establecidas en el Código Civil y sus modificaciones), sus hijos hasta los 20 años de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, este hecho no devuelve el estatus de soltero al beneficiario (en caso de matrimonio formal o de hecho).

Titular soltero, sus padres y sus hijos hasta 20 años de edad.

En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular. La Administración tendrá 15 días de plazo para formalizar la inclusión del/de los mismo/s.

Las incorporaciones de nuevos titulares y su grupo familiar deberá ser realizada por la contratante dentro de los primeros 10 (diez) días de cada mes para su incorporación al servicio. Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular y/o sus adherentes, mismo procedimiento será aplicado para los casos de nuevos funcionarios incorporados con sus adherentes y beneficiarios.

BENEFICIARIOS ADHERENTES

En caso de adherentes, el pago por su cobertura correrá por cuenta exclusiva del beneficiario titular, cuyo monto máximo deberá ser conforme al siguiente detalle:
Personas mayores (Padre, Madre, Suegro, Suegra, Abuelo, Abuela) u otros adherentes que el beneficiario quisiera incorporar (Sobrinos, Tíos, Nietos), con una prima del 40% del precio, por persona.
Los hermanos del titular y los hijos mayores de 20 años de edad, con una prima igual al 33% del precio por persona.

Los BENEFICIARIOS Adherentes, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el final del contrato debiendo abonar desde su incorporación efectiva, a cuyo efecto, el titular suscribirá una carta de compromiso, en la que deberá constar los datos personales (nombre, apellido, domicilio particular, número telefónico, parentesco con el titular, etc.). Una copia de este documento deberá ser remitida a la prestadora. Las bajas de estos BENEFICIARIOS Adherentes deberán ser comunicadas por el Congreso de la Nación y serán realizados

únicamente cuando el titular deje de pertenecer a la institución por cualquier causa (renuncia, despido, retiro voluntario, fallecimiento, etc.).

Las incorporaciones de beneficiarios adherentes durante la vigencia del contrato solo podrán ser realizadas por el nombramiento de nuevo titular.

La institución se compromete a realizar las comunicaciones de altas (por nombramientos, nacimientos, etc.) o bajas (por renuncia, despido, retiro voluntario, fallecimiento, etc.) tanto de titulares o beneficiarios adherentes. Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular y/o sus adherentes, mismo procedimiento será aplicado para los casos de nuevos funcionarios incorporados con sus adherentes y beneficiarios.

Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes (pagos) serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas mediante nota oficial, dentro de los 90 días siguientes a la firma del contrato; la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet al asegurado adherente (pago), mismo procedimiento será aplicado para los casos de incorporación de adherentes (pagos) de nuevos funcionarios.

LA IDENTIFICACION

LA ASEGURADORA, proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos.
La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta y costo del beneficiario y/o su adherente, la que deberá ser solicitada a la aseguradora y proporcionada por esta en un plazo no mayor de 24 horas.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios. La vigencia y la cobertura de la totalidad de los servicios corren desde la fecha dispuesta en el Contrato y hasta el plazo establecido. El atraso en el pago no imputable a la contratante no podrá ser causante de la suspensión de los servicios, de darse esta suspensión del servicio la contratante podrá solicitar la rescisión del contrato.

En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular, en caso que él no desee incorporar al hijo de un adherente en el seguro, el titular deberá comunicar en un plazo de 72 hs. su exclusión y cualquier gasto que se haya generado en ese plazo deberá ser cubierto por el titular.

COBERTURA TOTAL:

Se entenderá por cobertura total la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, centros de diagnósticos, de rehabilitaciones, ambulancias y traslados en todas las modalidades y demás servicios requeridos por la naturaleza del contrato.

Los casos congénitos no serán cubiertos por el contratista, salvo los nacidos durante la vigencia del contrato, si deben ser cubiertos todos los casos adquiridos durante la vigencia del presente contrato.

Además se incluirá la libre elección de profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación y servicios sanatoriales para capital e principales ciudades del interior del país (consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios) de conformidad al listado de profesionales con los que la aseguradora posea contrato de prestación de servicios.

Los profesionales habilitados para consultas y tratamientos deberán estar habilitados además para los casos que se requieran cirugías.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

A los efectos del presente contrato se entenderá por eventos clínicos y quirúrgicos cada vez que el asegurado (titular, su grupo familiar o adherentes) ingrese al sanatorio ya sea para casos de internaciones clínicas, quirúrgicas, parto, cesárea y urgencias.

HONORARIOS PROFESIONALES:

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en consultorios e internaciones, cirugías, servicios de urgencias, tratamientos, procedimientos, controles de rutina y estudios propios de las especialidades que el profesional pueda brindar, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán de cobertura, conforme a las siguientes condiciones:

ESPECIALIDADES: Todas las especialidades deberán contar con un mínimo de 5 (cinco) profesionales que cuenten con certificación o recertificación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades requeridas por los asegurados, su grupo familiar y beneficiarios adherentes, de reconocida capacidad e idoneidad (cuyo parámetro será que cuente con por lo menos 5 años de ejercicio en la especialidad), a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas (De ser adjudicado este listado deberá ser publicado en la página web de la prestadora)

Quedan excluidos los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes.

También deben estar incluidas las inspecciones médicas en general solicitadas por Instituciones de enseñanza para la realización de actividades físicas.

El beneficiario titular y su grupo familiar y/o adherente, podrán eventualmente consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista seguro y sanatorios habilitados, no más de 2 (dos) veces por mes por cada asegurado, y la cobertura se realizara por el sistema de reembolsos hasta Gs. 200.000 (guaraníes doscientos mil) por consulta por cada asegurado.- Esta solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de (10) diez días corridos posterior a la solicitud de reembolso.

Todos los servicios ofertados por la Prestadora deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones de orden financiero (atraso en pagos y/o transferencias) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes laborales de la República.

La prestadora podrá contratar los profesionales solicitados por la Contratante a satisfacción de los titulares, siempre y cuando medie consentimiento escrito de estos profesionales (médicos), durante la vigencia del contrato.

Los honorarios y otros requerimientos médicos en cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalia, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad, para adherentes y ***beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa.***

INTERNACIONES

Con cobertura inmediata y total hasta el alta del paciente, en por lo menos cuatro centros asistenciales de Nivel 3 en Asunción y tres de Nivel 2, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y propuestos por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Deberá contar además con otros centros asistenciales y sanatorios en el área de Gran Asunción y las principales ciudades del interior del país, cuyo listado deberá ser presentado al momento de la presentación de la oferta. En el caso que no existan salas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.
Los sanatorios deberán contar con habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, colchón de agua o aire en caso necesario, atención médica (con profesionales que sean o no del plantel a cargo de la Aseguradora) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante y cualquier otro tipo de tratamiento necesario hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado, su grupo familiar o beneficiarios adherentes deban

internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos, descartables y/o desechables se considerarán por cada evento (cada ver que el paciente ingrese al servicio) y no serán acumulables.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

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 ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS Y ADHERENTES.

Cobertura de medicamentos por valor de **veinte millones de guaraníes (Gs. 20.000.000.-)**, por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Material descartable y/o desechables utilizados por valor de **siete millones de guaraníes (G. 7.000.000.-)**, por evento, siempre que guarde relación al episodio tratado o cualquier afección adquirida durante la internación, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxigeno terapia, y cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmuno terapia. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

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

La internación y cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalía, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa.

TERAPIA INTENSIVA: (adultos y niños)

Con cobertura del 100% hasta 20 (veinte) días por episodio, por cada titular, beneficiario y/o adherente.
Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía , incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

A partir del día 21 (veintiuno) la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un total de 40 días, en todo concepto (pension sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier via, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos) y será bajo control de Auditoria Médica conjunta.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, su grupo familiar y/o adherentes, la Prestadora deberá informar la situación al beneficiario de su estado de cuentas y podrá solicitar aval y pagos periódicos. En ningún caso el Congreso de la Nación podrá ser garante ni responsable de las deudas contraídas por el servicio prestado.

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 TITULAR, BENEFICIARIO Y/O ADHERENTE.

En el caso que no existan camas de terapia intensiva disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

TERAPIA INTERMEDIA

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.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

En 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 TITULAR, BENEFICIARIO Y/O ADHERENTE.

En el caso que no existan salas para internación en terapia intermedia disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA

Cobertura total hasta el alta del paciente, incluyendo todos los requerimientos conforme a las indicaciones del profesional tratante (incluye Incubadora de transporte).

SERVICIOS DE URGENCIAS

La cobertura total incluye: honorarios del médico de guardia, servicio de enfermería, derechos de sala de procedimiento/quirófano, estudios diagnósticos derivados de la consulta, radiólogo y ecógrafo permanente, todos los medios auxiliares de diagnóstico permanente (Radiología, Ecografía, Laboratorio, etc.) y medicamentos, descartables y desechables que guarden relación con el evento.

LA ASEGURADORA, proveerá la atención médica quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, hasta el alta del paciente.

Servicio de ambulancias para traslado de pacientes al sanatorio, 24 horas. Estos servicios serán realizados en toda la zona de la capital y su zona de influencia.

Cobertura de medicamentos por valor de **veinte millones de guaraníes (Gs. 20.000.000.-)**, por evento, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Material descartable y/o desechable utilizado por valor de siete millones de guaraníes (G. 7.000.000.-), por evento. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE

1- Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como costos de internaciones y servicios de enfermería para todos los eventos.
2- Uso de equipos en general en caso de estudios para diagnosticos, y/o tratamientos incluyendo la utilización

de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire – agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Bomba de contrapulsación intraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor – Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco y demás requerimientos de los profesionales.

3- Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias y de procedimientos).
4- Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias y de procedimientos).
5- Vacunas y su aplicación, en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTI TETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el asegurado. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV con cobertura del 50% para el asegurado y la aplicación y descartables en un 100%.
6- Toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO.
7- Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO y descartables en un 100%.
8- Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo de EL HOSPITAL.
9- Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico, cirugía o tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contrastes y extracción de cuerpos extraños, uso de equipos, videos, etc. Y todo lo necesario para la realización del procedimiento.
10- Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones intervenciones quirúrgicas.
11- También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), quiropraxia, kinesiología, hidroterapia, etc.
12- Tratamiento con quimioterapia, hasta 10 sesiones y con medicamentos hasta el límite establecido para medicina de alta complejidad.
13- Trasfusionista – Hemoterapia – Incluye Serología
14- Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.
15- Alergiología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables.
16- Consulta con flebologos y tratamientos para ulceras venosas o varicosas, ulceras arteriales, ulceras mixtas y post traumáticas. Incluye la provisión y aplicación de inyecciones.
17- Cirugía plástica reparadora
18- Monitoreo cardiológico intraoperatorio
19- Infiltración de Ozono
20- Espirometría.
21- Fonoaudiología.
22- Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia.
23- Extirpación de Nevo
24- Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año por beneficiario y su grupo familiar).
25- Estaran cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.
26- Materiales de osteosíntesis en general, por valor de G. 10.000.000 (guaraníes diez millones) por única vez, por beneficiario titular.
27- Inmunoterapia.
28- Test del piecito.
29- Cirugía con fines reparadoras por accidentes.
30- Tratamientos especializados en alergias.
31- Curaciones post-operatorias
32- Cirugía oftalmológica especializada en general.
33- Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio y la sala de internación.)
34- Laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros)
35- Cerclaje (para casos de amenaza de aborto)
36- Cirugías bariátricas (cubre el derecho operatorio, la sala de internación, medicamentos, descartables y desechables hasta los topes establecidos en el ítem INTERNACIONES)
37- Transporte aéreo de paciente.

VISITAS DOMICILIARIAS:

Visitas con carácter no urgente a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos y tres para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), mediante pago de un ticket moderador a cargo del paciente. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y su zona de influencia (hasta 30 km. a la redonda). Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

En los casos requeridos por la los beneficios o su grupo familiar se podrá realizar consultas a domicilio con un ticket moderador por consultas de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes) a cargo del Contratista. Para estos casos se podrá realizar la toma de muestras laboratoriales a domicilio, electrocardiogramas, radiografías y ecografías con equipos portátiles serán 50% con cargo para el beneficiario y 50% a cargo de la prestadora.

CENTROS ASISTENCIALES

EN ASUNCIÓN

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 7 (siete) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 4 (cuatro) deben ser del Nivel 3 y 3 (tres) del Nivel 2 según la categorización de la Superintendencia de Salud.
De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora y dará una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato. Si estos Centros cuentan con servicios de fisioterapia y rehabilitación deberán estar habilitados para la prestación del servicio respectivo a los Asegurados.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos. De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, al titular, beneficiarios y adherentes (hasta US$ 50.000).

OTRAS CONSIDERACIONES

Debe contar con un mínimo de 5 centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 en las principales ciudades de Gran Asunción, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Deberá contar con por lo menos 2 (dos) centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS e INTERNACION.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro Centro Médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos. Ocurrido el episodio se

comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas, salvo excepcionales, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante. Deberá incluir los servicios de ambulancias requeridos según el caso.

La prestadora brindará servicios de ambulancia a través de por lo menos dos empresas (cuyo parámetro será el estar por lo menos 3 años prestando servicios dentro del mercado) para los traslados dispuestos por médicos tratantes o visitante, dentro de la capital y ciudades circunvecinas, así mismo estos servicios deberán contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

En caso de haber 2 (dos) o más funcionarios titulares (matrimonios, hermanos o padres e hijos) las coberturas, una vez llegado al límite establecido en este contrato, serán sumadas para un mismo evento. Asimismo, cuando un funcionario titular se encuentre vinculado, en cualquier carácter, a otro contrato (ya sea esta con otras instituciones públicas, privadas o en forma particular) una vez llegado al límite de su cobertura con este contrato les serán sumadas las coberturas del otro que tenga en vigencia siempre que sea el mismo PROVEEDOR.

MEDICOS CONSULTORES Y/ O INTERCONSULTAS

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante hasta 5 (cinco) consultas por evento, de médicos que no pertenezcan al plantel y para médicos del plantel sin límite de consultas y sin costo para el beneficiario, en las internaciones, que deberán ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de la prestadora (hasta los límites de reintegro de consultas).

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 70**%** **a cargo de LA ASEGURADORA** (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos, procedimientos y tratamientos.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo. **Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de LA ASEGURADORA.**

Los medicamentos y materiales descartables y/o desechables utilizados para este tipo de evento serán cubiertos hasta la suma de G. 40.000.000 (guaraníes cuarenta millones).- Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales.

Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.
Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista.
Cirugía cardiovascular periférica
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Angioplástia transluminal coronaria
Angioplástias en general
Colocación de marcapasos.
Litotripsia extracorporea
Laserterapia en genera
Litotripsia ultrasónica
Cirugía Vascular Periferica,
Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

MEDICINA POR IMÁGENES

Este ítem 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 profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, a cargo de la empresa prestadora de servicios.

Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. **Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.**

Cobertura para estudios laboratoriales, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos.

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo, personal médico y paramédico, medicamentos y materiales descartables y/o desechables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

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.

Se detallan a continuación:
Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.
Atención, internación y alimentación de los beneficiarios y su grupo familiar en caso de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.
Cirugía con fines estéticos (no reparadora).
Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía).
Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.
Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados.
Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada, accidentes para conductores que den alcotest positivo no tendrá cobertura, salvo el caso de pasajeros que sean titulares, beneficiarios o adherentes que si tendrán cobertura total), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.
Sangre, plasma y derivados.
Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos.
Formolizaciones.
Acupunturas, homeopatía.
Lipoaspiración,
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.
SIDA y sus consecuencias
Tratamientos con fines estéticos.
Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.
Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño.
Cámara hiperbárica.
Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.
Necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función.
Tratamiento y cirugías para la impotencia sexual.
Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias.
Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad).
Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra o riñas.
Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U.
Tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, Que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nomencladas por las respectivas sociedades al momento de producirse el evento.
Que se opongan a normas legales vigentes.
Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar. Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general.

Prótesis de cualquier tipo (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo)

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.

DESCUENTO EN MEDICAMENTOS

Deben otorgar descuentos de 50% como mínimo en las farmacias cuya lista deberán presentar con la oferta.

DESCUENTO EN OPTICAS

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y armazones en las ópticas cuya lista deberán presentar con la oferta, los descuentos deben ser de hasta Gs. 1.000.000 por cada integrante del grupo familiar (titular, beneficiario y/o adherente).

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO

CONSIDERACIONES GENERALES:

1- Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.
2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado, en relación con la patología investigada, salvo los exámenes de rutina y el chequeo médico anual, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
3-Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, vía fax o e-mail.
4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.
5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario, materiales descartables y/o desechables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario. Incluye internación en caso de ser necesario con las coberturas establecidas en el ítem INTERNACIONES.

MEDICINAS POR IMÁGENES

Deberán estar cubiertos en un 100% por la prestadora todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total, sin límites (con excepción de los detallados más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad y con las siguientes indicaciones por cada beneficiario, integrante del grupo familiar y adherente:

Centellografía, en general, hasta cinco (incluye todos los contrastes y demás elementos requeridos para la realización del estudio).
Densitometrías en general, hasta cinco
Fistulografía hasta cinco placas
Resonancia nuclear magnética en todos los campos de aplicación, hasta tres
Tomografía en general computada, hasta cinco por año (a partir del sexto con cobertura del 70%)
Medicina Nuclear (con descuento de 70%)
Todos los estudios deberán incluir honorarios, contrastes, medicamentos, procedimientos, utilización de equipos, videos, salas para internación o recuperación, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

ESTUDIOS LABORATORIALES

Con cobertura total, sin límite, de los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e internados, de las especialidades que forman parte de este contrato y que se realicen dentro del territorio nacional. Las órdenes deberán contar con la visación correspondiente por parte de la prestadora, la misma podrá ser realizada vía fax o en los lugares habilitados por el mismo.

Si el paciente se encuentra imposibilitado a acudir al laboratorio para la extracción de las muestras para las determinaciones las mismas serán retiradas del lugar en que se encuentre el paciente, sin costo, por los laboratorios habilitados por la prestadora, pudiendo el mismo ser solicitado vía telefónica.

ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA: con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista y anestesista, servicios de enfermería, medicamentos y materiales descartables y/o desechables, uso de equipos, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, las que se realizarán en centros habilitados para estos estudios por **LA PRESTADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:**

Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
Escleorosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
Papilotomía
Colangiogancreatografía retrógrada
Electrocoagulación
Polipectomía

Este listado no es limitativo y deberá incorporar todas las especialidades que utilizan métodos endoscópicos ya sea como medio de diagnóstico o de tratamiento.

COBERTURA 2

BENEFICIARIOS TITULARES: Funcionario/a

- Por un cantidad mínima de 94 titulares y una cantidad máxima de **110 titulares** por el programa **11-01-001-01 (Administración y Coordinación General)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 18 titulares y una cantidad máxima de **25 titulares** por el programa **11-01-002-01 (Parlamento del Mercosur)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 45 titulares y una cantidad máxima de **55 titulares** por el programa **11-01-03-01 (Biblioteca y Centro de Documentación)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 30 titulares y una cantidad máxima de **38 titulares** por el programa **11-01-004-01 (Control y Ejecución Presupuestaria UMBRAL)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 15 titulares y una cantidad máxima de **23 titulares** por el programa **11-01-005-01 (Comisión Nacional de Defensa de los Recursos Naturales)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 16 titulares y una cantidad máxima de **25 titulares** por el programa **11-01-009-01 (Comisión Bicameral de Presupuesto)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 70 titulares y una cantidad máxima de **90 titulares** por el programa **11-01-011-01 (Centro Cultural de la República EL CABILDO)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 9 titulares y una cantidad máxima de **14 titulares** por el programa **11-01-013-01 (Fondo de Jubilaciones del Poder Legislativo)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Por un cantidad mínima de 18 titulares y una cantidad máxima de **25 titulares** por el programa **11-01-015-01 (Guardería del Congreso de la Nación)** por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.

Titular casado, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho (bajo las condiciones establecidas en el Código Civil y sus modificaciones), sus hijos hasta los 20 años de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, este hecho no devuelve el estatus de soltero al beneficiario (en caso de matrimonio formal o de hecho).

Titular soltero, sus padres y sus hijos hasta 20 años de edad.

En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular. La Administración tendrá 15 días de plazo para formalizar la inclusión del/de los mismo/s.

Las incorporaciones de nuevos titulares y su grupo familiar deberá ser realizada por la contratante dentro de los primeros 10 (diez) días de cada mes para su incorporación al servicio. Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular y/o sus adherentes, mismo procedimiento será aplicado para los casos de nuevos funcionarios incorporados con sus adherentes y beneficiarios.

BENEFICIARIOS ADHERENTES

En caso de adherentes, el pago por su cobertura correrá por cuenta exclusiva del beneficiario titular, cuyo monto máximo deberá ser conforme al siguiente detalle:
Personas mayores (Padre, Madre, Suegro, Suegra, Abuelo, Abuela) u otros adherentes que el beneficiario quisiera incorporar (Sobrinos, Tíos, Nietos), con una prima del 40% del precio, por persona.
Los hermanos del titular y los hijos mayores de 20 años de edad, con una prima igual al 33% del precio por persona.

Los BENEFICIARIOS Adherentes, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el final del contrato debiendo abonar desde su incorporación efectiva, a cuyo efecto, el titular suscribirá una carta de compromiso, en la que deberá constar los datos personales (nombre, apellido, domicilio particular, número telefónico, parentesco con el titular, etc.). Una copia de este documento deberá ser remitida a la prestadora. Las bajas de estos BENEFICIARIOS Adherentes deberán ser comunicadas por el Congreso de la Nación y serán realizados únicamente cuando el titular deje de pertenecer a la institución por cualquier causa (renuncia, despido, retiro voluntario, fallecimiento, etc.).

Las incorporaciones de beneficiarios adherentes durante la vigencia del contrato solo podrán ser realizadas por el nombramiento de nuevo titular.

La institución se compromete a realizar las comunicaciones de altas (por nombramientos, nacimientos, etc.) o bajas (por renuncia, despido, retiro voluntario, fallecimiento, etc.) tanto de titulares o beneficiarios adherentes. Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet al asegurado titular y/o sus adherentes, mismo procedimiento será aplicado para los casos de nuevos funcionarios incorporados con sus adherentes y beneficiarios.

Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes (pagos) serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas mediante nota oficial, dentro de los 90 días siguientes a la firma del contrato; la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet al asegurado adherente (pago), mismo procedimiento será aplicado para los casos de incorporación de adherentes (pagos) de nuevos funcionarios.

LA IDENTIFICACION

LA ASEGURADORA, proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos.
La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta y costo del beneficiario y/o su adherente, la que deberá ser solicitada a la aseguradora y proporcionada por esta en un plazo no mayor de 24 horas.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios. La vigencia y la cobertura de la totalidad de los servicios corren desde la fecha dispuesta en el Contarto y hasta el plazo establecido. El atraso en el pago no imputable a la contratante no podrá ser causante de la suspensión de los servicios, de darse esta suspensión del servicio la contratante podrá solicitar la rescisión del contrato.

En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular, en caso que el no se desee incorporar al hijo de un adherente en el seguro, el titular deberá comunicar en un plazo de 72 hs. su exclusión y cualquier gasto que se haya generado en ese plazo deberá ser cubierto por el titular.

COBERTURA TOTAL:

Se entenderá por cobertura total la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, centros de diagnósticos, de rehabilitaciones, ambulancias y traslados en todas las modalidades y demás servicios requeridos por la naturaleza del contrato.

Los casos congénitos no serán cubiertos por el contratista, salvo los nacidos durante la vigencia del contrato, si deben ser cubiertos todos los casos adquiridos durante la vigencia del presente contrato.

Además se incluirá la libre elección de profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación y servicios sanatoriales para capital e principales ciudades del interior del país (consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios) de conformidad al listado de profesionales con los que la aseguradora posea contrato de prestación de servicios, el cual deberá estar publicado en el página web de la prestadora.

Los profesionales habilitados para consultas y tratamientos deberán estar habilitados además para los casos que se requieran cirugías.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

A los efectos del presente contrato se entenderá por eventos clínicos y quirúrgicos cada vez que el asegurado (titular, su grupo familiar o adherentes) ingrese al sanatorio ya sea para casos de internaciones clínicas, quirúrgicas, parto, cesárea y urgencias.

HONORARIOS PROFESIONALES:

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en consultorios e internaciones, cirugías, servicios de urgencias, tratamientos, procedimientos, controles de rutina y estudios propios de las especialidades que el profesional pueda brindar, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán de cobertura, conforme a las siguientes condiciones:

ESPECIALIDADES: Todas las especialidades deberán contar con un mínimo de 5 (cinco) profesionales que cuenten con certificación o recertificación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades requeridas por los asegurados, su grupo familiar y beneficiarios adherentes, de reconocida capacidad e idoneidad (cuyo parámetro será que cuente con por lo menos 5 años de ejercicio en la especialidad), a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas (De ser adjudicado este listado deberá ser publicado en la página web de la prestadora)

Quedan excluidos los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes.

También deben estar incluidas las inspecciones médicas en general solicitadas por Instituciones de enseñanza para la realización de actividades físicas.

El beneficiario titular y su grupo familiar y/o adherente, podrán eventualmente consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista seguro y sanatorios habilitados, no más de 2(dos) veces por mes por cada asegurado, y la cobertura se realizara por el sistema de reembolsos hasta Gs. 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por consulta por cada asegurado.- Esta solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá

efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de (10) diez días corridos posterior a la solicitud de reembolso.

Todos los servicios ofertados por la Prestadora deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones de orden financiero (atraso en pagos y/o transferencias) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes laborales de la República.

La prestadora podrá contratar los profesionales solicitados por la Contratante a satisfacción de los titulares, siempre y cuando medie consentimiento escrito de estos profesionales (médicos), durante la vigencia del contrato. Los honorarios y otros requerimientos médicos en cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalía, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa.

INTERNACIONES

Con cobertura inmediata y total hasta el alta del paciente, en por lo menos cuatro centros asistenciales de Nivel 3 en Asunción y tres de Nivel 2, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y propuestos por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Deberá contar además con otros centros asistenciales y sanatorios en el área de Gran Asunción y las principales ciudades del interior del país, cuyo listado deberá ser presentado al momento de la presentación de la oferta. En el caso que no existan salas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, colchón de agua o aire en caso necesario, atención médica (con profesionales que sean o no del plantel a cargo de la Aseguradora) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante y cualquier otro tipo de tratamiento necesario hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado, su grupo familiar o beneficiarios adherentes deban internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos, descartables y/o desechables se considerarán por cada evento (cada ver que el paciente ingrese al servicio) y no serán acumulables.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

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 ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS Y ADHERENTES.

Cobertura de medicamentos por valor de **quince millones de guaraníes (Gs. 15.000.000.-)**, por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Material descartable y/o desechables utilizados por valor de **cinco millones de guaraníes (G. 5.000.000.-)**, por evento, siempre que guarde relación al episodio tratado cualquier afección adquirida durante la internación, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxigeno terapia, y cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmunoterapia. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

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

La internación y cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalía, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro,

cataratas y cualquier otra malformación, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad contarán con cobertura completa.

TERAPIA INTENSIVA: (adultos y niños)

Con cobertura del 100% hasta 10 (diez) días por episodio, por cada titular, beneficiario y/o adherente.

Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía , incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 30.000.000.- (guaraníes treinta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

A partir del día 11 (once) la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un total de 40 días, en todo concepto (pension sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos) y será bajo control de Auditoria Médica conjunta.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, su grupo familiar y/o adherentes, la Prestadora deberá informar la situación al beneficiario de su estado de cuentas y podrá solicitar aval y pagos periódicos. En ningún caso la H. Cámara de Senadores podrá ser garante ni responsable de las deudas contraídas por el servicio prestado.

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 TITULAR, BENEFICIARIO Y/O ADHERENTE.

En el caso que no existan camas de terapia intensiva disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

TERAPIA INTERMEDIA

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.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

En caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO.

En el caso que no existan salas para internación en terapia intermedia disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 30.000.000.- (guaraníes treinta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA

Cobertura total hasta el alta del paciente, incluyendo todos los requerimientos conforme a las indicaciones del profesional tratante (incluye Incubadora de transporte).

SERVICIOS DE URGENCIAS

La cobertura total incluye: honorarios del médico de guardia, servicio de enfermería, derechos de sala de procedimiento/quirófano, estudios diagnósticos derivados de la consulta, radiólogo y ecógrafo permanente, todos los medios auxiliares de diagnóstico permanente (Radiología, Ecografía, Laboratorio, etc.) y medicamentos, descartables y desechables que guarden relación con el evento. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

LA ASEGURADORA, proveerá la atención médica quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, hasta el alta del paciente.

Servicio de ambulancias para traslado de pacientes al sanatorio, 24 horas. Estos servicios serán realizados en toda la zona de la capital y su zona de influencia.

Cobertura de medicamentos por valor de **quince millones de guaraníes (Gs. 15.000.000.-)**, por evento, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Material descartable y/o desechable utilizado por valor de cinco millones de guaraníes (G. 5.000.000.-), por evento. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE

1- Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como costos de internaciones y servicios de enfermería para todos los eventos.
2- Uso de equipos en general en caso de estudios para diagnósticos, y/o tratamientos incluyendo la utilización de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire – agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Bomba de contrapulsación intraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor – Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco y demás requerimientos de los profesionales.
3- Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias y de procedimientos).
4- Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias y de procedimientos).
5- Vacunas y su aplicación, en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTI TETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el asegurado. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV con cobertura del 50% para el asegurado y la aplicación y descartables en un 100%.
6- Toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO.
7- Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, etc. tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO y descartables en un 100%.
8- Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo de EL HOSPITAL.
9- Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles

(fibroscopios), con fines de diagnostico, cirugía o tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contrastes y extracción de cuerpos extraños, uso de equipos, videos, etc. Y todo lo necesario para la realización del procedimiento.

10- Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones intervenciones quirúrgicas.
11- También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), quiropraxia, kinesiología, hidroterapia, etc.
12- Tratamiento con quimioterapia, hasta 10 sesiones y con medicamentos hasta el límite establecido para medicina de alta complejidad.
13- Trasfusionista – Hemoterapia – Incluye Serología
14- Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.
15- Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables.
16- Consulta con flebologos y tratamientos para ulceras venosas o varicosas, ulceras arteriales, ulceras mixtas y post traumáticas. Incluye la provisión y aplicación de inyecciones.
17- Cirugía plástica reparadora .
18- Monitoreo cardiológico intraoperatorio
19- Infiltración de Ozono
20- Espirometría.
21- Fonoaudiología.
22- Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia.
23- Extirpación de Nevos y lunares.
24- Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año por beneficiario y su grupo familiar).
25- Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.
26- Materiales de osteosíntesis en general, por valor de G. 10.000.000 (guaraníes diez millones) por única vez, por beneficiario titular.
27- Test del piecito.
28- Cirugía con fines reparadoras por accidentes.
29- Tratamientos especializados en alergias.
30- Curaciones post-operatorias
31- Cirugía oftalmológica especializada en general.
32- Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio y la sala de internación.)
33- Inmunoterapia.
34- Laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros)
35- Cerclaje (para casos de amenaza de aborto)
36- Cirugías bariátricas (cubre el derecho operatorio, la sala de internación, medicamentos, descartables y desechables hasta los topes establecidos en el ítem INTERNACIONES)

VISITAS DOMICILIARIAS:

Visitas con carácter no urgente a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos y tres para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), mediante pago de un ticket moderador a cargo del paciente. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y su zona de influencia (hasta 30 km. a la redonda). Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, concobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

En los casos requeridos por la los beneficios o su grupo familiar se podrá realizar consultas a domicilio con un ticket moderador por consultas de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes) a cargo del Contratista. Para estos casos se podrá realizar la toma de muestras laboratoriales a domicilio, electrocardiogramas, radiografías y ecografías con equipos portátiles serán 50% con cargo para el beneficiario y 50% a cargo de la prestadora.

CENTROS ASISTENCIALES

EN ASUNCIÓN

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 7 (siete) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 4 (cuatro) deben ser del Nivel 3 y 3 (tres) del Nivel 2 según la categorización de la Superintendencia de Salud.

De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora y dará una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato. Si estos Centros cuentan con servicios de fisioterapia y rehabilitación deberán estar habilitados para la prestación del servicio respectivo a los Asegurados.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos. De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, al titular, beneficiarios y adherentes (hasta US$ 50.000).

OTRAS CONSIDERACIONES

Debe contar con un mínimo de 5 centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 en las principales ciudades de Gran Asunción, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Deberá contar con por lo menos 2 (dos) centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS e INTERNACION.

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

La prestadora brindará servicios de ambulancia a través de por lo menos dos empresas (cuyo parámetro será el estar por lo menos 3 años prestando servicios dentro del mercado) para los traslados dispuestos por médicos tratantes o visitante, dentro de la capital y ciudades circunvecinas, así mismo estos servicios deberán contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

En caso de haber 2 (dos) o más funcionarios titulares (matrimonios, hermanos o padres e hijos) las coberturas, una vez llegado al límite establecido en este contrato, serán sumadas para un mismo evento. Asimismo, cuando un funcionario titular se encuentre vinculado, en cualquier carácter, a otro contrato (ya sea esta con otras instituciones públicas, privadas o en forma particular) una vez llegado al límite de su cobertura con este contrato les serán sumadas las coberturas del otro que tenga en vigencia siempre que sea el mismo PROVEEDOR.

MEDICOS CONSULTORES Y/ O INTERCONSULTAS

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante hasta 5 (cinco) consultas por evento, de médicos que no pertenezcan al plantel y para médicos del plantel sin límite de consultas y sin costo para el beneficiario, en las internaciones, que deberán ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de la prestadora (hasta los límites de reintegro de consultas).

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 70**% a cargo de LA ASEGURADORA** (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos, procedimientos y tratamientos.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo.**Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de LA ASEGURADORA.**

Los medicamentos, materiales descartables y/o desechables utilizados para este tipo de evento serán cubiertos hasta la suma de G. 30.000.000 (guaraníes treinta millones).- Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales.

Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.
Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista.
Cirugía cardiovascular periférica
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Angioplástia transluminal coronaria
Angioplástias en general
Colocación de marcapasos.
Litotripsia extracorporea
Laserterapia en general
Litotripsia ultrasónica
Cirugía Vascular Periferica,

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

MEDICINA POR IMÁGENES

Este ítem 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 profesionales, materiales descartables, sustancias de contraste de todo tipo, a cargo de la empresa prestadora de servicios.

Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Cobertura para estudios laboratoriales, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos.

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo, personal médico y paramédico, medicamentos, materiales descartables y/o desechables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

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.

Se detallan a continuación:
Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.
Atención, internación y alimentación de los beneficiarios y su grupo familiar en caso de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.
Cirugía con fines estéticos (no reparadora).
Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía).
Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.
Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados
Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada, accidentes para conductores que den alcotest positivo no tendrá cobertura, salvo el caso de pasajeros que sean titulares, beneficiarios o adherentes que si tendrán cobertura total), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.
Sangre, plasma y derivados.
Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos.
Formolizaciones.
Acupunturas, homeopatía.
Lipoaspiración,
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.
Prótesis de cualquier tipo (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo)
SIDA y sus consecuencias
Tratamientos con fines estéticos.
Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.
Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño.
Cámara hiperbárica.
Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.
Necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función.
Tratamiento y cirugías para la impotencia sexual.
Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias.
Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad).
Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra o riñas.
Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U.
Tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, Que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nomencladas por las respectivas sociedades al momento de producirse el evento.
Que se opongan a normas legales vigentes.
Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar. Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general.

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.

DESCUENTO EN MEDICAMENTOS

Deben otorgar descuentos de 50% como mínimo en las farmacias cuya lista deberán presentar con la oferta.

DESCUENTO EN OPTICAS

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y armazones en las ópticas cuya lista deberán presentar con la oferta, los descuentos deben ser de hasta Gs. 1.000.000 por cada integrante del grupo familiar (titular, beneficiario y/o adherente).

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO

CONSIDERACIONES GENERALES:

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

2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado, en relación con la patología investigada, salvo los exámenes de rutina y el chequeo médico anual, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
3-Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, vía fax o e-mail.
4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.
5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimiento, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario, materiales descartables y/o desechables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario. Incluye internación en caso de ser necesario con las coberturas establecidas en el ítem INTERNACIONES.

MEDICINAS POR IMÁGENES

Deberán estar cubiertos en un 100% por LA ASESURADORA todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total, sin límites (con excepción de los detallados más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad por cada beneficiario, integrante del grupo familiar y adherente.

Centellografía, en general, hasta cinco (incluye todos los contrastes y demás elementos requeridos para la realización del estudio)
Densitometrías en general, hasta cinco
Fistulografía hasta cinco placas
Resonancia nuclear magnética en todos los campos de aplicación, hasta tres
Tomografía en general computada, hasta cinco por año (a partir del sexto con cobertura del 70%)
Medicina Nuclear (con descuento de 70%)

Todos los estudios deberán incluir honorarios, contrastes, medicamentos, procedimientos, utilización de equipos, videos, salas para internación o recuperación, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

ESTUDIOS LABORATORIALES

Con cobertura total, sin límite, de los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e internados, de las especialidades que forman parte de este contrato y que se realicen dentro del territorio nacional. Las órdenes deberán contar con la visación correspondiente por parte de la prestadora, la misma podrá ser realizada vía fax o en los lugares habilitados por el mismo.

Si el paciente se encuentra imposibilitado a acudir al laboratorio para la extracción de las muestras para las determinaciones las mismas serán retiradas del lugar en que se encuentre el paciente, sin costo, por los laboratorios habilitados por la prestadora, pudiendo el mismo ser solicitado vía telefónica.

ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA: con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista y anestesista, servicios de enfermería, medicamentos, materiales descartables y/o desechables, uso de equipos, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, las que se realizarán en centros habilitados para estos estudios por **LA PRESTADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:**

Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
Papilotomía
Colangiogancreatografía retrógrada
Electrocoagulación
Polipectomía

Este listado no es limitativo y deberá incorporar todas las especialidades que utilizan métodos endoscópicos ya sea como medio de diagnóstico o de tratamiento.

COBERTURA 3

BENEFICIARIOS TITULARES: Contratado/a

- Por un cantidad mínima de **150 titulares** y una cantidad máxima de **200 titulares** por el programa **11-01-001-01 (Congreso de la Nación)** con cobertura por el tiempo de 10 meses, a partir del 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.

Titular (Las comunicaciones de las inclusiones, en casos de nuevos funcionarios incorporados, serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular).

LA IDENTIFICACION

LA ASEGURADORA, proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación nueva de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos.
La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta y costo del beneficiario, la que deberá ser solicitada a la aseguradora y proporcionada por esta en un plazo no mayor de 24 horas.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios. La vigencia y la cobertura de la totalidad de los servicios corren desde la firma del contrato y/o desde la fecha dispuesta en la misma y hasta el plazo establecido. El atraso en el pago no imputable a la contratante no podrá ser causante de la suspensión de los servicios, de darse esta suspensión del servicio la contratante podrá solicitar la rescisión del contrato.

COBERTURA TOTAL:

Se entenderá por cobertura total la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, centros de diagnósticos, de rehabilitaciones, ambulancias y traslados en todas las modalidades y demás servicios requeridos por la naturaleza del contrato.

Los casos congénitos no serán cubiertos por el contratista, salvo los nacidos durante la vigencia del contrato, si deben ser cubiertos todos los casos adquiridos durante la vigencia del presente contrato.

Además se incluirá la libre elección de profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación y servicios sanatoriales para capital e principales ciudades del interior del país (consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios) de conformidad al listado de profesionales con los que la aseguradora posea contrato de prestación de servicios, el cual deberá estar publicado en el página web de la prestadora.

Los profesionales habilitados para consultas y tratamientos deberán estar habilitados además para los casos que se requieran cirugías.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

A los efectos del presente contrato se entenderá por eventos clínicos y quirúrgicos cada vez que el asegurado (titular) ingrese al sanatorio ya sea para casos de internaciones clínicas, quirúrgicas, parto, cesárea y urgencias.

HONORARIOS PROFESIONALES:

Estarán cubiertos hasta el 100% (cien por ciento) todos los honorarios profesionales de especialidades reconocidas por el Circulo Paraguayo de Médicos, en consultorios e internaciones, cirugías, servicios de urgencias, tratamientos, procedimientos, controles de rutina y estudios propios de las especialidades que el profesional pueda brindar, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, las que tendrán de cobertura, conforme a las siguientes condiciones:

ESPECIALIDADES: Todas las especialidades deberán contar con un mínimo de 5 (cinco) profesionales que cuenten con certificación o recertificación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades

requeridas por los asegurados, de reconocida capacidad e idoneidad (cuyo parámetro será que cuente con por lo menos 5 años de ejercicio en la especialidad), a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas. (De ser adjudicado este listado deberá ser publicado en la página web de la prestadora)

Quedan excluidos los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes.

También deben estar incluidas las inspecciones médicas en general solicitadas por Instituciones de enseñanza para la realización de actividades físicas.

El beneficiario titular, podrá eventualmente consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista seguro y sanatorios habilitados, no más de 2(dos) veces por mes, y la cobertura se realizara por el sistema de reembolsos hasta Gs. 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por consulta.- Esta solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de (10) diez días posteriores a la solicitud de reembolso.
Todos los servicios ofertados por la Prestadora deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones de orden financiero (atraso en pagos y/o transferencias) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes laborales de la República.
La prestadora podrá contratar los profesionales solicitados por la Contratante a satisfacción de los titulares, siempre y cuando medie consentimiento escrito de estos profesionales (médicos), durante la vigencia del contrato.
Los honorarios y otros requerimientos médicos en cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalía, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad.

INTERNACIONES

Con cobertura inmediata y total hasta el alta del paciente, en por lo menos cuatro centros asistenciales de Nivel 3 en Asunción y tres de Nivel 2, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y propuestos por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Deberá contar además con otros centros asistenciales y sanatorios en el área de Gran Asunción y las principales ciudades del interior del país, cuyo listado deberá ser presentado al momento de la presentación de la oferta. En el caso que no existan salas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, colchón de agua o aire en caso necesario, atención médica (con profesionales que sean o no del plantel a cargo de la Aseguradora) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante y cualquier otro tipo de tratamiento necesario hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado deba internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos y descartables y/o desechables se considerarán por cada evento (cada ver que el paciente ingrese al servicio) y no serán acumulables. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al titular, cada 24 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Titular 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 ASEGURADO, incluye materiales descartables y/o desechables.

Cobertura de medicamentos por valor de **quince millones de guaraníes (Gs. 15.000.000.-)**, por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular. Material descartable y/o desechables utilizados por valor de **cinco millones de guaraníes (G. 5.000.000.-)**, por evento, siempre que guarde relación al

episodio tratado o cualquier afección adquirida durante la internación, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo oxigeno terapia, y cualquier principio activo utilizable en problemas de salud e inmunoterapia. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos y descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

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

La internación y cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalía, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clítoris, extrofia-epispadia, estrechez de píloro, cataratas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad.

TERAPIA INTENSIVA: (adultos y niños)

Con cobertura del 100% hasta 10 (diez) días por episodio, por cada titular.

Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía , incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 30.000.000.- (guaraníes treinta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

A partir del día 11 (once) la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un total de 40 días, en todo concepto (pension sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos) y será bajo control de Auditoria Médica conjunta.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, la Prestadora deberá informar la situación al beneficiario de su estado de cuentas y podrá solicitar aval y pagos periódicos. En ningún caso la H. Cámara de Senadores podrá ser garante ni responsable de las deudas contraídas por el servicio prestado.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Titular 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 TITULAR, incluye materiales descartables y/o desechables.

En el caso que no existan camas de terapia intensiva disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

TERAPIA INTERMEDIA

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.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

En caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Titular la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO.

En el caso que no existan salas para internación en terapia intermedia disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta Gs. 30.000.000.- (guaraníes treinta millones). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA

Cobertura total hasta el alta del paciente, incluyendo todos los requerimientos conforme a las indicaciones del profesional tratante (incluye Incubadora de transporte).

SERVICIOS DE URGENCIAS

La cobertura total incluye: honorarios del médico de guardia, servicio de enfermería, derechos de sala de procedimiento/quirófano, estudios diagnósticos derivados de la consulta, radiólogo y ecógrafo permanente, todos los medios auxiliares de diagnóstico permanente (Radiología, Ecografía, Laboratorio, etc.) y medicamentos, descartables y/o desechables que guarden relación con el evento. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

LA ASEGURADORA, proveerá la atención médica quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, hasta el alta del paciente.

Servicio de ambulancias para traslado de pacientes al sanatorio, 24 horas. Estos servicios serán realizados en toda la zona de la capital y su zona de influencia.

Cobertura de medicamentos por valor de **quince millones de guaraníes (Gs. 15.000.000.-)**, por evento, para el beneficiario titular. Material descartable y/o desechable utilizado por valor de cinco millones de guaraníes (G. 5.000.000.-), por evento. Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE

1- Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, así como costos de internaciones y servicios de enfermería para todos los eventos.
2- Uso de equipos en general en caso de estudios para diagnósticos, y/o tratamientos incluyendo la utilización de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire – agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Bomba de contrapulsaciónintraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor – Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco y demás requerimientos de los profesionales.
3- Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias y de procedimientos).
4- Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias y de procedimientos).
5- Vacunas y su aplicación, en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTI TETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el asegurado. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV con cobertura del 50% para el asegurado y la aplicación y descartables en un 100%.
6- Toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios

que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO.

7- Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, etc. tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO y descartables en un 100%.
8- Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, SlecsMidi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo de EL HOSPITAL.
9- Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnostico, cirugía o tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contrastes y extracción de cuerpos extraños, uso de equipos, videos, etc. Y todo lo necesario para la realización del procedimiento.
10- Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones intervenciones quirúrgicas.
11- También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), quiropraxia, kinesiología, hidroterapia, etc.
12- Tratamiento con quimioterapia, hasta 10 sesiones y con medicamentos hasta el límite establecido para medicina de alta complejidad.
13- Trasfusionista – Hemoterapia – Incluye Serología
14- Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.
15- Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y/o desechables.
16- Consulta con flebologos y tratamientos para ulceras venosas o varicosas, ulceras arteriales, ulceras mixtas y post traumáticas. Incluye la provisión y aplicación de inyecciones.
17- Cirugía plástica reparadora .
18- Monitoreo cardiológico intraoperatorio
19- Infiltración de Ozono
20- Espirometría.
21- Fonoaudiología.
22- Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia.
23- Extirpación de Nevos y lunares.
24- Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año por beneficiario y su grupo familiar).
25- Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.
26- Materiales de osteosíntesis en general, por valor de G. 10.000.000 (guaraníes diez millones) por única vez, por beneficiario titular.
27- Test del piecito.
28- Cirugía con fines reparadoras por accidentes.
29- Tratamientos especializados en alergias.
30- Curaciones post-operatorias
31- Cirugía oftalmológica especializada en general.
32- Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio y la sala de internación.).
33- Inmunoterapia.
34- Laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros)
35- Cerclaje (para casos de amenaza de aborto)
36- Cirugías bariátricas (cubre el derecho operatorio, la sala de internación, medicamentos, descartables y desechables hasta los topes establecidos en el ítem INTERNACIONES)

VISITAS DOMICILIARIAS:

Visitas con carácter no urgente a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos y tres para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), mediante pago de un ticket moderador a cargo del paciente. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y su zona de influencia (hasta 30 km. a la redonda). Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, ecografías, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, concobertura total siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

En los casos requeridos por la los beneficios o su grupo familiar se podrá realizar consultas a domicilio con un ticket moderador por consultas de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes) a cargo del Contratista. Para estos casos se podrá realizar la toma de muestras laboratoriales a domicilio, electrocardiogramas, radiografías y ecografías con equipos portátiles serán 50% con cargo para el beneficiario y 50% a cargo de la prestadora.

CENTROS ASISTENCIALES

EN ASUNCIÓN

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 7 (siete) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 4 (cuatro) deben ser del Nivel 3 y 3 (tres) del Nivel 2 según la categorización de la Superintendencia de Salud.
De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora y dará una cobertura del 100% conforme al apartado de terapia Intensiva del presente contrato. Si estos Centros cuentan con servicios de fisioterapia y rehabilitación deberán estar habilitados para la prestación del servicio respectivo a los Asegurados.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos. De no contarse con el Centro Especializado (UTI), la Prestadora se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por la Prestadora.

En el caso que no existan camas para internación disponibles en los centros habilitados LA ASEGURADORA deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo a LA ASEGURADORA.

SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, al titular. (Hasta US$ 50.000).

OTRAS CONSIDERACIONES

Debe contar con un mínimo de 5 centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 en las principales ciudades de Gran Asunción, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Deberá contar con por lo menos 2 (dos) centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS e INTERNACION.

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

La prestadora brindará servicios de ambulancia a través de por lo menos dos empresas (cuyo parámetro será el estar por lo menos 3 años prestando servicios dentro del mercado) para los traslados dispuestos por médicos tratantes o visitante, dentro de la capital y ciudades circunvecinas, así mismo estos servicios deberán contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

MEDICOS CONSULTORES Y/ O INTERCONSULTAS

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante hasta 5 (cinco) consultas por evento, de médicos que no pertenezcan al plantel y para médicos del plantel sin límite de consultas y sin costo para el beneficiario, en las internaciones, que deberán ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de la prestadora (hasta los límites de reintegro de consultas).

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 70**%** **a cargo de LA ASEGURADORA** (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos, procedimientos y tratamientos.

Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marcapasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo. **Los derechos operatorios deberán estar cubiertos 100% a cargo de LA ASEGURADORA.**

Los medicamentos, materiales descartables y/o desechables utilizados para este tipo de evento serán cubiertos hasta la suma de G. 30.000.000 (guaraníes treinta millones).- Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales.

Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.
Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista.
Cirugía cardiovascular periférica
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)
Angioplástiatransluminal coronaria
Angioplástias en general
Colocación de marcapasos.
Litotripsiaextracorporea
Laserterapia en general
Litotripsia ultrasónica

Cirugía Vascular Periferica,

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

MEDICINA POR IMÁGENES

Este ítem 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 profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, a cargo de la empresa prestadora de servicios.

Debe contar con un mínimo de 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

LABORATORIOS DE ANALISISCLINICOS

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnóstico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación.

Cobertura para estudios laboratoriales, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales de distintos departamentos.

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo, personal médico y paramédico, medicamentos, materiales descartables y/o desechables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

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.

Se detallan a continuación:

Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.
Atención, internación y alimentación de los beneficiarios y su grupo familiar en caso de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.
Cirugía con fines estéticos (no reparadora).
Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía).
Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.
Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados
Alcohólicos agudos y crónicos, (siempre que sea una patología diagnosticada, accidentes para conductores que den alcotest positivo no tendrá cobertura, salvo el caso de pasajeros que sean titulares que si tendrán cobertura total), drogadicción o cualquier entidad mórbida sufrida estando el abonado bajo los efectos de los mencionados.
Sangre, plasma y derivados.
Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos.
Formolizaciones.
Acupunturas, homeopatía.
Lipoaspiración,
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.
Prótesis de cualquier tipo (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo)
SIDA y sus consecuencias
Tratamientos con fines estéticos.
Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.
Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño.
Cámara hiperbárica.
Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.
Necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función.
Tratamiento y cirugías para la impotencia sexual.
Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias.
Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad).
Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra o riñas.
Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U.
Tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, Que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nomencladas por las respectivas sociedades al momento de producirse el evento.
Que se opongan a normas legales vigentes.
Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar. Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general.

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura.

DESCUENTO EN MEDICAMENTOS

Deben otorgar descuentos de 50% como mínimo en las farmacias cuya lista deberán presentar con la oferta.

DESCUENTO EN OPTICAS

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y armazones en las ópticas cuya lista deberán presentar con la oferta, los descuentos deben ser de hasta Gs. 1.000.000 por cada titular.

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO

CONSIDERACIONES GENERALES:

1- Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.
2- Las órdenes de estudios de diagnóstico y tratamiento deberán contar con los siguientes requisitos: Apellido y Nombre del paciente, estudio solicitado, en relación con la patología investigada, salvo los exámenes de rutina y el chequeo médico anual, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

3-Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, vía fax o e-mail.
4- Las órdenes de solicitud de estudios auxiliares de diagnóstico tendrán una validez de 30 (Treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante; en caso de no contar con fecha de expedición la misma correrá a partir de la fecha de visación.
5- El uso de sala para la realización de cualquier tipo de procedimiento, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario, materiales descartables y/o desechables, materiales de contrastes, honorarios de profesionales, y cualquier tipo de requerimiento necesario. Incluye internación en caso de ser necesario con las coberturas establecidas en el ítem INTERNACIONES.

MEDICINAS POR IMÁGENES

Deberán estar cubiertos en un 100% por LA ASESURADORA todos los estudios de medicina por imágenes con cobertura total, sin límites (con excepción de los detallados más abajo), siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad por cada beneficiario.

Centellografía, en general, hasta cinco (incluye todos los contrastes y demás elementos requeridos para la realización del estudio)
Densitometrías en general, hasta cinco
Fistulografía hasta cinco placas
Resonancia nuclear magnética en todos los campos de aplicación, hasta tres
Tomografía en general computada, hasta cinco por año (a partir del sexto con cobertura del 70%)
Medicina Nuclear (con descuento de 70%)

Todos los estudios deberán incluir honorarios, contrastes, medicamentos, procedimientos, utilización de equipos, videos, salas para internación o recuperación, y cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico.

Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

ESTUDIOS LABORATORIALES

Con cobertura total, sin límite, de los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e internados, de las especialidades que forman parte de este contrato y que se realicen dentro del territorio nacional. Las órdenes deberán contar con la visación correspondiente por parte de la prestadora, la misma podrá ser realizada vía fax o en los lugares habilitados por el mismo.

Si el paciente se encuentra imposibilitado a acudir al laboratorio para la extracción de las muestras para las determinaciones las mismas serán retiradas del lugar en que se encuentre el paciente, sin costo, por los laboratorios habilitados por la prestadora, pudiendo el mismo ser solicitado vía telefónica.

ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS DE VIDEOENDOSCOPIA: con cobertura del 100%, incluyendo: Honorarios profesionales del especialista y anestesista, servicios de enfermería, medicamentos, materiales descartables y/o desechables, uso de equipos, uso de sala de procedimientos e internación en caso necesario, las que se realizarán en centros habilitados para estos estudios por **LA PRESTADORA, incluye todas las especialidades que utilizan este método, tales como:**

Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo
Papilotomía
Colangiogancreatografía retrógrada
Electrocoagulación
Polipectomía

Este listado no es limitativo y deberá incorporar todas las especialidades que utilizan métodos endoscópicos ya sea como medio de diagnóstico o de tratamiento.

- **Se modifica el numeral 2. Plan de Entregas, quedando como sigue:**

Ítem	Descripción del Servicio	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Unidad de medida de los servicios	Lugar donde los servicios serán prestados	Fecha(s) final(es) de Ejecución de los Servicios
1	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Senadores del Congreso. Por el tiempo de 10 meses.*	*63 titulares*	*63 titulares*	*Unid*	*En los lugares habilitados por el Contratista*	*Con cobertura a partir del 01 de marzo de 2016 al 31 de diciembre de 2016. -*
2	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios del Congreso de la Nación, el Parlamento del Mercosur, Control y Ejecución Presupuestaria UMBRAL, Comisión de Defensa de los Recursos Naturales, Comisión Bicameral de Presupuesto, Centro Cultural de la República "El Cabildo", Adm. Del Fondo de Jubil. del Poder Legislativo y la Guardería del Congreso de la Nación Por el tiempo de 10 meses.*	*315 titulares*	*405 titulares*	*Unid*	*En los lugares habilitados por el Contratista*	*Con cobertura a partir del 01 de marzo de 2016 al 31 de diciembre de 2016. -*
3	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios Contratados del Congreso de la Nación. Por el tiempo de 10 meses.*	*150 titulares*	*200 titulares*	*Unid*	*En los lugares habilitados por el Contratista*	*Con cobertura a partir del 01 de marzo de 2016 al 31 de diciembre de 2016. -*

Las comunicaciones de titulares, beneficiarios y adherentes serán realizadas por la Dirección General de Administración y Finanzas en representación de la institución a través de nota oficial, la cobertura de los servicios tendrá vigencia de forma inmediata con la presentación de la Cédula de Identidad, hasta que se haga efectiva la entrega del carnet al asegurado titular beneficiarios y/o adherentes que deberá ser dentro de los 15 (quince) días corridos posterior a la recepción de la nota oficial de comunicación.

3. **En la Sección V "Modelo de Contrato"**

- **En la cláusula 5. PRECIO UNITARIO Y EL IMPORTE TOTAL A PAGAR POR LOS BIENES y/o SERVICIOS, se modifica la planilla de "Lista de Precios" quedando como sigue:**

Ítem*	Código Catalogo*	Descripción del Bien *	Unidad de Medida*	Presentación*	Cantidad mínima*	Cantidad máxima*	Precio unitario mensual (IVA incluido)**	Precio total máximo mensual (IVA incluido)**	Precio Total Máximo por 10 meses (IVA incluido)**
1	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Senadores del Congreso. Por el tiempo de 10 meses.*	*Unid.*	*Titulares*	*63*	*63*			
2	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios del*	*Unid.*	*Titulares*	*315*	*405*			

		Congreso de la Nación, el Parlamento del Mercosur, Control y Ejecución Presupuestaria UMBRAL, Comisión de Defensa de los Recursos Naturales, Comisión Bicameral de Presupuesto, Centro Cultural de la República "El Cabildo", Adm. Del Fondo de Jubil. del Poder Legislativo y la Guardería del Congreso de la Nación Por el tiempo de 10 meses.							
3	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios Contratados del Congreso de la Nación. Por el tiempo de 10 meses.*	*Unid.*	*Titulares*	*150*	*200*			
TOTAL GENERAL									

4. En la Sección VI "Formularios"; Formulario Nº 3 "Formulario de Oferta"

- **Se modifica la planilla de "Lista de Precios" quedando como sigue:**

Item*	Código Catalogo*	Descripción del Bien *	Unidad de Medida*	Presentación*	Cantidad mínima*	Cantidad máxima*	Precio unitario mensual (IVA incluido)**	Precio total máximo mensual (IVA incluido)**	Precio Total Máximo por 10 meses (IVA incluido)**
1	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Senadores del Congreso. Por el tiempo de 10 meses.*	*Unid.*	*Titulares*	*63*	*63*			
2	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios del Congreso de la Nación, el Parlamento del Mercosur, Control y Ejecución Presupuestaria UMBRAL, Comisión de Defensa de los Recursos Naturales, Comisión Bicameral de Presupuesto, Centro Cultural de la República "El Cabildo", Adm. Del Fondo de Jubil. del Poder Legislativo y la Guardería del*	*Unid.*	*Titulares*	*315*	*405*			

		Congreso de la Nación Por el tiempo de 10 meses.							
3	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios Contratados del Congreso de la Nación. Por el tiempo de 10 meses.*	*Unid.*	*Titulares*	*150*	*200*			
TOTAL GENERAL									

El presente documento pasa a formar parte del pliego de bases y condiciones.

Justina Casco González
Directora
Unidad Operativa de Contratación.