Asunción, 07 de enero de 2016.

Señor(es)
PROVEEDORES
Presente

Me dirijo a usted(es), con el objeto de remitirle(s) la Comunicación Suplementaria Nº 03 en la cual se transcribe el Addendum N° 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, el mismo pasa a formar parte del Pliego de Bases y Condiciones.

ADDENDUM Nº 03

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 26 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: *03 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: *03 de febrero de 2016* Hora: 10*:00 a.m.*

2. **En la Sección II "Criterios de Evaluación y Requisitos de Calificación", numeral 2. Requisitos para Calificación Posterior (IAO 36):**

- **En el inciso (b) Experiencia y Capacidad Técnica; Capacidad, se modifica el punto 3) quedando como sigue:**

3. Listado de:

- Centros de fisioterapia y rehabilitación (mínimo cinco).
- Laboratorios (mínimo cinco) (mínimo 2 con certificado de calidad internacional).
- Centros de imágenes (mínimo ocho).
- Centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS e INTERNACION. (mínimo dos)
- Centros asistenciales en Asunción (Nivel 3 mínimo cuatro, Nivel 2 mínimo tres) según categorización de la Superintendencia de Salud.
- Centros asistenciales en Gran Asunción e Interior.
- Farmacias (para descuentos de medicamentos) (mínimo 4 cadenas de farmacias).
- Ópticas (para descuentos en ópticas)
- Empresa para el Servicio de Ambulancia (con listado de unidades móviles)

4. **En la Sección III "Suministros Requeridos"**

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

COBERTURA 1

BENEFICIARIOS TITULARES: Senadores – Parlamentarios del Mercosur – Funcionarios Permanentes

- Por un cantidad mínima de 140 titulares y una cantidad máxima de **155 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 36 titulares y una cantidad máxima de **42 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 **25 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 15 titulares y una cantidad máxima de **22 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 75 titulares y una cantidad máxima de **85 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 **15 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 **21 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 25 años de edad. Hijos con discapacidad sin límite 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 25 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 33% del precio, por persona.
Los hermanos del titular y los hijos mayores de 25 años de edad, con una prima igual al 25% 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 al PROVEEDOR. 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

El PROVEEDOR, 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 al PROVEEDOR 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 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 las establecidas en el presente contrato.

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

Con la oferta deberá presentar el listado por especialidades cumpliendo las especificaciones requeridas con relación a profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos, servicios sanatoriales, farmacias y ópticas, para capital y principales ciudades del interior del país, las que no podrán sufrir modificación sin la consulta y comunicación a la Contratante.

Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio podrá solicitar el servicio a domicilio, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados en la zona donde fija residencia la contratante por el PROVEEDOR de servicios, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo del PROVEEDOR de servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta del PROVEEDOR 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 la contratante (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 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 10 (diez) 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.

El PROVEEDOR de servicios deberá publicar en su página web el listado completo de los médicos habilitados para el presente contrato con sus respectivas direcciones y números telefónicos por especialidad, además en un plazo no mayor a 30 días corridos deberá hacer entrega a cada titular de dos ejemplares del mismo listado, incluyendo las coberturas, el listado de sanatorios habilitados, centros de diagnósticos, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos y servicios sanatoriales para capital y principales ciudades del interior del país (para consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios), así como las farmacias y ópticas habilitadas para los descuentos acordados por este contrato.

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. 250.000 (guaraníes doscientos cincuenta mil) por consulta por cada asegurado. Esta solicitud de reembolso por parte LA CONTRATANTE, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de (10) diez días hábiles posteriores a la solicitud de reembolso.

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

El PROVEEDOR 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, por consultas y/o tratamientos y otros requerimientos médicos en cirugías o internaciones 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 congénita, para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato y hasta los 3 años de edad, deberán tener una cobertura del 100%.

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 LA CONTRATANTE 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 EL PROVEEDOR deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo al PROVEEDOR.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., 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 del PROVEEDOR) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación y/o dieta del paciente por cualquier vía, incluyendo el preparado y el procedimiento de colocación del dispositivo adecuado y su recambio de acuerdo al criterio médico, 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, beneficiarios o adherentes deban internarse. Los límites establecidos con relación a los montos de medicamentos, descartables y/o desechables se considerarán por cada evento (cada vez que el paciente ingrese al servicio) y no serán acumulables. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios y tratamientos ambulatorios y paliativos, en caso de ser necesario, a solicitud del médico tratante.

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. . En caso de exceder las coberturas médicas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, el PROVEEDOR deberá informar al beneficiario de su estado de cuentas y podrá tomar los recaudos correspondientes con el titular y/o familiar para el cobro respectivo. En ningún caso el Congreso Nacional podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular**.**

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 titular, sus beneficiarios y adherentes, incluyendo procedimiento y honorarios de profesionales.

Cobertura de medicamentos y material descartable y/o desechables por valor de **cuarenta millones de guaraníes (Gs. 40.000.000.-)**, por evento, sea por internaciones clínicas (incluye para tratamientos ambulatorios y paliativos), quirúrgicas, partos normales y cesáreas, internación y cirugías de malformaciones congénitas para el titular, para cada integrante de su grupo familiar y adherentes, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo las albuminas humanas, oxigeno terapia, bolsas de colostomía, hiliostomia, materiales de ostomias (set de traqueotomía, gastrostomía, etc.), Port a Cath

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.

Incluye materiales de osteosíntesis en general, por valor de guaraníes diez millones (Gs. **10.000.000.-**), por evento y materiales para splint nasal y protésicos para hernias inguinales, umbilicales e insicionales por valor de Guaraníes dos millones quinientos mil (Gs**. 2.500.000**) por evento.

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, el mismo podrá ser verificado en cualquier momento por el Departamento Médico de la institución CONTRATANTE**.**

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% (cien por ciento) 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, el procedimiento de colocación del dispositivo adecuado y su recambio de acuerdo al criterio médico, 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 el PROVEEDOR de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta **Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones)**, incluyendo albumina humana, bolsas de colostomía, ileostomía, materiales de ostomias (set de traqueotomía, gastrostomía, etc.), y Port a Cath. 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 del PROVEEDOR de servicios y hasta un total de 40 días, en todo concepto (pensión 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 será bajo control de Auditoria Médica conjunta. Todos los medios auxiliares de diagnóstico, tales como servicios laboratoriales, radiológicos y otros deberán estar cubiertos en un 100%.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, su grupo familiar y/o adherente, el PROVEEDOR 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, incluyendo procedimiento y honorarios de profesionales.

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

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 EL PROVEEDOR deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo al PROVEEDOR.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta **Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones)**, incluyendo albumina humana, bolsas de colostomía, ileostomía, materiales de ostomias (set de traqueotomía, gastrostomía, etc.), y Port a Cath. 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.

EL PROVEEDOR, proporcionara 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 de laboratorios, 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 y deberá contar, para los casos requeridos, con unidad coronaria móvil.

Cobertura de medicamentos por valor de **diez millones de guaraníes (Gs. 10.000.000.-)**, 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 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 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, Arco en C, bisturí armónico, Equipo extractor e inyector de sangre, Suturador mecánico PF (sean o no descartables), Equipos de Hemodinamia, Equipo de Hemodiálisis y Equipos litotriptores. Cualquier otro equipo e instrumental de uso médico, que contribuya al mejor desempeño del profesional para la atención del asegurado titular, beneficiario o adherente, descartable o no descartable, tendrá la cobertura total (100%), incluyendo los honorarios del profesional o ayudantes requeridos para cualquier procedimiento así como los demás requerimientos de los profesionales.

3- Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias, procedimientos y tratamientos).

4- Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias, procedimientos y tratamientos).

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, la aplicación y descartables, para todos los casos, en un con 100% de cobertura.

~~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 inmediata y sin costo~~.~~

7- Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, ecografías de control, tendrán una cobertura total sin costo e incluidos los descartables, procedimientos y honorarios con cobertura del 100%.

8- Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo del PROVEEDOR.

9- Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios, etc.), 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, tendrán cobertura total.

10- También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), quiropraxia, kinesiología, hidroterapia, etc.

11- Quimioterapia, hasta 12 (doce) sesiones, incluyendo tratamiento, honorarios, internación y con medicamentos, descartables y/o desechables hasta el límite establecido para medicina de alta complejidad.

12- Hematología y hemoterapia (Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de materiales y/o descartables establecidos en este contrato para casos de internación), incluye los estudios serológicos y estudios Fenotipados de Glóbulos Rojos, honorarios del transfusionista y/o ayudantes y otros requerimientos para el procedimiento. Los glóbulos rojos, plasma, plaquetas etc. tendrán cobertura total hasta 10 transfusiones.

13- Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.

14- Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables.

15- Flebología, incluye consulta, estudios, tratamientos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos para ulceras venosas o varicosas, ulceras arteriales, ulceras mixtas y post traumáticas, esclerosis venosas (arañitas), con la provisión y aplicación de inyecciones.

16- Cirugía plástica reparadora.

17- Monitoreo cardiológico intraoperatorio

18- Infiltración de Ozono

19- Espirometría.

20- Fonoaudiología, incluye consultas, tratamientos y estudios.

21- Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia.

22- Extirpación de Nevo, en caso requerido, y dependiendo de la zona afectada, podrá ser realizada por un cirujano plástico.

23- Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos, hasta doce por año, por beneficiario y su grupo familiar.

24- Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.

25- Test del piecito.

26- Cirugía con fines reparadores por accidentes.

27- Curaciones post-operatorias

28- Oftalmología en general: Consultas, estudios (incluye campimetría computarizada), procedimientos quirúrgicos**,** tratamientos, laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros), ejercicios ortópticos, dilatación de pupila, curva de presión ocular, fondo de ojo, facoemulsificación cataratas con implante de lente intraocular, intra o extracapsular (este listado es enunciativo, no limitativo). En todos los casos incluye uso de equipos, descartables,

medicamentos y honorarios.

29- Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio y la sala de internación.)

30- Cerclaje (para casos de amenaza de aborto).

31- Cirugías bariátricas (cubre el derecho operatorio, la sala de internación, medicamentos, descartables y desechables hasta los topes establecidos en el ítem INTERNACIONES).

32- Transporte aéreo de paciente en caso de encontrarse en el interior del país y dependiendo de la urgencia del caso conforme a criterio médico.

33- Tratamientos de electrolisis percutáneas: hasta 5 (cinco) sesiones. Incluye uso de equipos, medicamentos y descartables. El PROVEEDOR otorgará la cobertura por sistema de reembolso a solicitud.

34- Cobertura total para casos de gigantomastia (cubre consulta, estudios, cirugías, tratamientos e internaciones conforme a los montos establecidos en este contrato).

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, de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes). 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.

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, sanatorios, habilitados para el servicio 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. Además deberá contar con dos centros especializados en pediatría que cuenten con servicios de urgencia las 24 horas, consultorios, salas de cirugía e internación, uno de ellos con terapia intensiva habilitada.

De no contarse con el Centro Especializado (UTI), el PROVEEDOR se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por el PROVEEDOR 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 EL PROVEEDOR deberá habilitar el traslado del paciente (titular, beneficiario o adherente) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo al PROVEEDOR.

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), el PROVEEDOR se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por el PROVEEDOR.

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

SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior del país, al titular, beneficiarios y adherentes, hasta US$ 50.000.- (cincuenta mil dólares americanos) por cada uno.

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 dentro de las 48hs. de realizada la modificación.

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 el PROVEEDOR 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.

El PROVEEDOR 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.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no.

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, beneficiario o adherente 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.

Los ex funcionarios y ex parlamentarios podrán acceder a la misma cobertura establecida en este contrato y con los mismos precios de la oferta, siempre y cuando realicen los trámites respectivos con el PROVEEDOR del servicio en forma particular, con contratos individuales, sin que la institución tenga responsabilidad alguna con ninguna de las partes.

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 del PROVEEDOR (hasta los límites de reintegro de consultas).

En aquellos casos de urgencia en que el médico de guardia y/o el médico tratante convoquen al o los profesionales no habilitados por el PROVEEDOR de servicios, esta convocatoria deberá registrarse en la historia clínica del paciente y será responsabilidad del PROVEEDOR de Servicios cubrir los honorarios fijados por el o los profesionales requeridos, hasta la confirmación del diagnóstico y sea derivado al profesional habilitado por el PROVEEDOR**.**

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 70% (setenta por ciento) a cargo del PROVEEDOR (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 y los servicios de internación, en sala o UTI, deberán estar cubiertos 100% y a cargo del PROVEEDOR.

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.

A continuación se enuncian algunos procedimientos que deben ser considerados en este apartado como de alta complejidad:

- Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.
- Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista, Colocación de marcapasos y otros procedimientos.
- Cirugía cardiovascular periférica
- Neurocirugía en general
- Angioplastia translimitar coronaria
- Angioplastias en general
- Litotripsia extracorpórea
- Laserterapia en general
- Plasma Rico en Plaquetas, para casos no estéticos
- PET SCAN**.**

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 del 100% en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, utilización de equipos, videos, cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico, salas para internación o recuperación a cargo de la empresa prestadora de servicios

Debe contar con un mínimo de 8 centros de imágenes para diagnósticos tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y certificación de calidad en estos servicios habilitados en todo momento que tengan mínimamente aparatos de rayos X, ecógrafo, tomógrafo digital, electrocardiógrafo, ecocardiografo, equipos de endoscopia, laparascopia, artroscopia, medicina nuclear, resonancia magnética, cobaltoterapia, y otros aparatos utilizados como medios auxiliares, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48hs. La oferta deberá incluir indefectiblemente los siguientes centros de diagnóstico: Instituto Codas Thompson, Instituto Iribas, Clínica Imagix e Instituto Radiológico Calvo Yelsi.

Asimismo deberá presentar el listado de otros centros tercerizados de diagnósticos especializados en estudios oftalmológicos, odontológicos, neurológicos, audiológicos, ginecológicos, neurofisiológicos, cardiológicos y otras especialidades conforme al listado de profesionales con servicios con cobertura.

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. El PROVEEDOR deberá garantizar, en todo momento, la cobertura de los centros laboratoriales de los sanatorios ofertados y 5 (cinco) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48 hs de surgida la modificación e inmediatamente ser reemplazada por otro de iguales prestaciones y calidad. La oferta deberá incluir indefectiblemente los siguientes laboratorios: Laboratorio Meyer Lab y Díaz Gill Medicina Laboratorial y laboratorios exclusivos para biopsias.

Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

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

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

El PROVEEDOR de servicios brindará el Servicio de Ambulancia a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia para el traslado dispuesto por el médico tratante o visitador, dentro de la Capital y municipios colindantes. Las empresas deberán contar con las siguientes flotas de unidades móviles con:

- 3 Ambulancias de Unidades de Terapia Intensiva.(como mínimo)
- 5 Ambulancias de traslado de bajo riesgo.
- 1 Ambulancia Pediátrica.
- 1 Ambulancia para visita domiciliaria y de urgencia.
- 1 Ambulancia de traslado especial.

Dicha cobertura comprende: Atención de urgencia y/o emergencia a cargo de médicos o paramédicos, traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, traslado del Sanatorio al domicilio del paciente, según indicación médica, traslado del domicilio para estudios de diagnósticos por indicación médica debidamente justificada hasta 10 (diez) traslados por año por grupo familiar (ida y vuelta), electrocardiograma a domicilio, honorarios, medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.

La atención domiciliaria se efectuará contra presentación por parte del Beneficiario de su tarjeta de identificación y serán sin cargo para los beneficiarios, con cobertura las 24 horas, incluyendo domingos y feriados.

Cobertura arancelada en servicios a domicilio:

Cobertura de 30% en preparados de nutrición enteral y parenteral (con bolsa de nutrición y dispositivos de infusión, incluye recambio conforme a requerimiento médico).

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 para casos de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.
- Cirugía y tratamientos con fines estéticos (no reparadora).
- Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía y los expresamente indicados en este contrato como cubiertos).
- Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización, y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U.
- 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.
- 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 no incluidos en este contrato (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo)
- SIDA y sus consecuencias
- Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.
- Internaciones y honorarios médicos por curas 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, 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 (que no sean reparadores), Celuloterapia, digitopuntura o similar.
- Medicina ortomolecular

- 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 por lo menos 4 (cuatro) cadenas de farmacias con sucursales en Asunción y Gran Asunción y principales ciudades del interior del país, cuya lista deberán presentar con la oferta y publicada en la página web del PROVEEDOR con las respectivas direcciones.

DESCUENTO EN OPTICAS

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y/o 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 del PROVEEDOR, 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 el PROVEEDOR 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.

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 del PROVEEDOR, 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 el PROVEEDOR, 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 EL PROVEEDOR, 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 diagnostico o de tratamiento.

COBERTURA 2

BENEFICIARIOS TITULARES: Contratados

- 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 incorporaciones de nuevos titulares deberá ser realizada por la contratante dentro de los primeros 10 (diez) días de cada mes para su incorporación al servicio, la cobertura de los servicios tendrá vigencia desde la entrega del carnet a través de nota oficial de entrega al asegurado titular.)

LA IDENTIFICACION

El PROVEEDOR, 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 al PROVEEDOR 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.

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 las establecidas en el presente contrato.

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

Con la oferta deberá presentar el listado por especialidades cumpliendo las especificaciones requeridas con relación a profesionales, centro de diagnóstico, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos, servicios sanatoriales, farmacias y ópticas, para capital y principales ciudades del interior del país, las que no podrán sufrir modificación sin la consulta y comunicación a la Contratante.

Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio podrá solicitar el servicio a domicilio, las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados en la zona donde fija residencia la contratante por el PROVEEDOR de servicios, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo del PROVEEDOR de servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta del PROVEEDOR 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 la contratante (titular) ingrese al sanatorio ya sea para casos de internaciones clínicas, quirúrgicas, parto, cesárea y urgencias.

HONORARIOS PROFESIONALES:

Estarán cubiertos hasta 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 10 (diez) 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.

El PROVEEDOR de servicios deberá publicar en su página web el listado completo de los médicos habilitados para el presente contrato con sus respectivas direcciones y números telefónicos por especialidad, además en un plazo no mayor a 30 días corridos deberá hacer entrega a cada titular de dos ejemplares del mismo listado, incluyendo las coberturas, el listado de sanatorios habilitados, centros de diagnósticos, de rehabilitación, laboratorios de análisis clínicos y servicios sanatoriales para capital y principales ciudades del interior del país (para consultas, urgencias, cirugías, internaciones, y otros servicios), así como las farmacias y ópticas habilitadas para los descuentos acordados por este contrato.

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 podra 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. 250.000 (guaraníes doscientos cincuenta mil) por consulta por cada asegurado. Esta solicitud de reembolso por parte LA CONTRATANTE, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de consulta; y el pago o reembolso se realizara en un plazo máximo de (10) diez días hábiles posteriores a la solicitud de reembolso.

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

El PROVEEDOR 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.

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 LA CONTRATANTE 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 EL PROVEEDOR deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo al PROVEEDOR.

Los sanatorios deberán contar con habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., 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 del PROVEEDOR) y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, fisioterapia de cualquier naturaleza, alimentación y/o dieta del paciente por cualquier vía, incluyendo el preparado y el procedimiento de colocación del dispositivo adecuado y su recambio de acuerdo al criterio médico, 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, descartables y/o desechables se considerarán por cada evento (cada vez que el paciente ingrese al servicio) y no serán acumulables. Deberán estar cubiertas las internaciones para la realización de estudios y tratamientos ambulatorios y paliativos, 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 caso de exceder las coberturas médicas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, el PROVEEDOR deberá informar al beneficiario de su estado de cuentas y podrá tomar los recaudos correspondientes con el titular y/o familiar para el cobro respectivo. En ningún caso el Congreso Nacional podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular**.**

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 titular, incluyendo procedimiento y honorarios de profesionales.

Cobertura de medicamentos y material descartable y/o desechables por valor de **cuarenta millones de guaraníes (Gs. 40.000.000.-)**, por evento, sea por internaciones clínicas (incluye para tratamientos ambulatorios y paliativos), quirúrgicas, partos normales y cesáreas, internación y cirugías de malformaciones congénitas para el titular, cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluyendo las albuminas humanas, oxigeno terapia, bolsas de colostomía, hiliostomia, materiales de ostomias (set de traqueotomía, gastrostomía, etc.), Port a Cath 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.

Incluye materiales de osteosíntesis en general, por valor de guaraníes diez millones (Gs. **10.000.000.-**), por evento y materiales para splint nasal y protésicos para hernias inguinales, umbilicales e insicionales por valor de Guaraníes dos millones quinientos mil (Gs**. 2.500.000**) por evento.

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, el mismo podrá ser verificado en cualquier momento por el Departamento Médico de la institución CONTRATANTE**.**

TERAPIA INTENSIVA: (adultos y niños)

Con cobertura del 100% (cien por ciento) hasta 20 (veinte) días por episodio, por cada titular.

Servicios cubiertos: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado, el procedimiento de colocación del dispositivo adecuado y su recambio de acuerdo al criterio médico, 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 el PROVEEDOR de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta **Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones)**, incluyendo albumina humana, bolsas de colostomía, ileostomía, materiales de ostomias (set de traqueotomía, gastrostomía, etc.), y Port a Cath. 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 del PROVEEDOR de servicios y hasta un total de 40 días, en todo concepto (pensión 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 será bajo control de Auditoria Médica conjunta. Todos los medios auxiliares de diagnóstico, tales como servicios laboratoriales, radiológicos y otros deberán estar cubiertos en un 100%.

Solo en el caso de exceder las coberturas establecidas en el contrato, que generen deudas a los titulares, el PROVEEDOR 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 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, incluyendo procedimiento y honorarios de profesionales.

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

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 titular, 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 titular.

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

Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta **Gs. 40.000.000.- (guaraníes cuarenta millones)**, incluyendo albumina humana, bolsas de colostomía, ileostomía, materiales de ostomias (set de

traqueotomía, gastrostomía, etc.), y Port a Cath. 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.

EL PROVEEDOR, proporcionara 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 de laboratorios, 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 y deberá contar, para los casos requeridos, con unidad coronaria móvil.

Cobertura de medicamentos por valor de **diez millones de guaraníes (Gs. 10.000.000.-)**, 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

35- 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.

36- 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, Arco en C, bisturí armónico, Equipo extractor e inyector de sangre, Suturador mecánico PF (sean o no descartables), Equipos de Hemodinamia, Equipo de Hemodiálisis y Equipos litotriptores. Cualquier otro equipo e instrumental de uso médico, que contribuya al mejor desempeño del profesional para la atención del asegurado titular, descartable o no descartable, tendrá la cobertura total (100%), incluyendo los honorarios del profesional o ayudantes requeridos para cualquier procedimiento así como los demás requerimientos de los profesionales.

37- Aplicación de Inyecciones, con descartables requeridos, en todos los casos (urgencias, procedimientos y tratamientos).

38- Nebulizaciones incluyendo servicio y medicamentos, en todos los casos requeridos (urgencias, procedimientos y tratamientos).

39- 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, la aplicación y descartables, para todos los casos, en un con 100% de cobertura.

40- 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 inmediata y sin costo.

41- Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía, ecografías de control, tendrán una cobertura total sin costo e incluidos los descartables, procedimientos y honorarios con cobertura del 100%.

42- Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, Slecs Midi (esp. reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, con cobertura total a cargo del PROVEEDOR.

43- Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscópicos, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios, etc.), 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, tendrán cobertura total.

44- También deben tener cobertura completa las fisioterapias en general (en internaciones o procedimientos ambulatorios), quiropraxia, kinesiología, hidroterapia, etc.

45- Quimioterapia, hasta 12 (doce) sesiones, incluyendo tratamiento, honorarios, internación y con medicamentos, descartables y/o desechables hasta el límite establecido para medicina de alta complejidad.

46- Hematología y hemoterapia (Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de materiales y/o descartables establecidos en este contrato para casos de internación), incluye los estudios serológicos y estudios Fenotipados de Glóbulos Rojos, honorarios del transfusionista y/o ayudantes y otros requerimientos para el procedimiento. Los glóbulos rojos, plasma, plaquetas etc. tendrán cobertura total hasta 10 transfusiones.

47- Endocrinología, Dietología, Nutrición incluye consultas y tratamientos o dietas.

48- Alergología y Test alérgicos. Inmunoterapia, incluyendo autovacuna, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables.

49- Flebología, incluye consulta, estudios, tratamientos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos para ulceras venosas o varicosas, ulceras arteriales, ulceras mixtas y post traumáticas, esclerosis venosas (arañitas), con la provisión y aplicación de inyecciones.

50- Cirugía plástica reparadora.

51- Monitoreo cardiológico intraoperatorio

52- Infiltración de Ozono

53- Espirometría.

54- Fonoaudiología, incluye consultas, tratamientos y estudios.

55- Radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia.

56- Extirpación de Nevo, en caso requerido, y dependiendo de la zona afectada, podrá ser realizada por un cirujano plástico.

57- Diálisis y hemodiálisis en los casos agudos, hasta doce por año, por beneficiario.

58- Estarán cubiertos, las crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas.

59- Test del piecito.

60- Cirugía con fines reparadores por accidentes.

61- Curaciones post-operatorias

62- Oftalmología en general: Consultas, estudios (incluye campimetría computarizada), procedimientos quirúrgicos**,** tratamientos, laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros), ejercicios ortópticos, dilatación de pupila, curva de presión ocular, fondo de ojo, facoemulsificación cataratas con implante de lente intraocular, intra o extracapsular (este listado es enunciativo, no limitativo). En todos los casos incluye uso de equipos, descartables, medicamentos y honorarios.

63- Cirugía Odontológica. (cubre el derecho operatorio y la sala de internación.)

64- Cerclaje (para casos de amenaza de aborto).

65- Cirugías bariátricas (cubre el derecho operatorio, la sala de internación, medicamentos, descartables y desechables hasta los topes establecidos en el ítem INTERNACIONES).

66- Transporte aéreo de paciente en caso de encontrarse en el interior del país y dependiendo de la urgencia del caso conforme a criterio médico.

67- Tratamientos de electrolisis percutáneas: hasta 5 (cinco) sesiones. Incluye uso de equipos, medicamentos y descartables. El PROVEEDOR otorgará la cobertura por sistema de reembolso a solicitud.

68- Cobertura total para casos de gigantomastia (cubre consulta, estudios, cirugías, tratamientos e internaciones conforme a los montos establecidos en este contrato).

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, de hasta de G. 50.000.- (cincuenta mil guaraníes). 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.

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, sanatorios, habilitados para el servicio 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. Además deberá contar con dos centros especializados en pediatría que cuenten con servicios de urgencia las 24 horas, consultorios, salas de cirugía e internación, uno de ellos con terapia intensiva habilitada.

De no contarse con el Centro Especializado (UTI), el PROVEEDOR se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por el PROVEEDOR 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 EL PROVEEDOR deberá habilitar el traslado del paciente (titular) a otro centro asistencial del mismo nivel con cargo al PROVEEDOR.

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), el PROVEEDOR se hará cargo del traslado del paciente hasta la Unidad de Terapia más próxima habilitada por el PROVEEDOR.

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

SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior del país, al titular, hasta US$ 50.000.- (cincuenta mil dólares americanos) por cada uno.

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 dentro de las 48hs. de realizada la modificación.

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 el PROVEEDOR 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.

El PROVEEDOR 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.

La utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente Contrato, tendrán cobertura total, por lo que no podrá requerirse ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Incluye equipos proveídos por el médico sean descartables o no.

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.

Los ex funcionarios y ex parlamentarios podrán acceder a la misma cobertura establecida en este contrato y con los mismos precios de la oferta, siempre y cuando realicen los trámites respectivos con el PROVEEDOR del servicio en forma particular, con contratos individuales, sin que la institución tenga responsabilidad alguna con ninguna de las partes.

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 del PROVEEDOR (hasta los límites de reintegro de consultas).

En aquellos casos de urgencia en que el médico de guardia y/o el médico tratante convoquen al o los profesionales no habilitados por el PROVEEDOR de servicios, esta convocatoria deberá registrarse en la historia clínica del paciente y será responsabilidad del PROVEEDOR de Servicios cubrir los honorarios fijados por el o los profesionales requeridos, hasta la confirmación del diagnóstico y sea derivado al profesional habilitado por el PROVEEDOR**.**

MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del 70% (setenta por ciento) a cargo del PROVEEDOR (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 y los servicios de internación, en sala o UTI, deberán estar cubiertos 100% y a cargo del PROVEEDOR.

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.

A continuación se enuncian algunos procedimientos que deben ser considerados en este apartado como de alta complejidad:

- Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.

- Cirugía cardiovascular en general, congénitas o adquiridas, incluye hemodinamia intervencionista, Colocación de marcapasos y otros procedimientos.
- Cirugía cardiovascular periférica
- Neurocirugía en general
- Angioplastia translimitar coronaria
- Angioplastias en general
- Litotripsia extracorpórea
- Laserterapia en general
- Plasma Rico en Plaquetas, para casos no estéticos
- PET SCAN**.**

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 del 100% en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables, sustancias de contraste de todo tipo, utilización de equipos, videos, cualquier otro medio auxiliar requerido por el profesional médico, salas para internación o recuperación a cargo de la empresa prestadora de servicios

Debe contar con un mínimo de 8 centros de imágenes para diagnósticos tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y certificación de calidad en estos servicios habilitados en todo momento que tengan mínimamente aparatos de rayos X, ecógrafo, tomógrafo digital, electrocardiógrafo, ecocardiografo, equipos de endoscopia, laparascopia, artroscopia, medicina nuclear, resonancia magnética, cobaltoterapia, y otros aparatos utilizados como medios auxiliares, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48hs. La oferta deberá incluir indefectiblemente los siguientes centros de diagnóstico: Instituto Codas Thompson, Instituto Iribas, Clínica Imagix e Instituto Radiológico Calvo Yelsi.

Asimismo deberá presentar el listado de otros centros tercerizados de diagnósticos especializados en estudios oftalmológicos, odontológicos, neurológicos, audiológicos, ginecológicos, neurofisiológicos, cardiológicos y otras especialidades conforme al listado de profesionales con servicios con cobertura.

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. El PROVEEDOR deberá garantizar, en todo momento, la cobertura de los centros laboratoriales de los sanatorios ofertados y 5 (cinco) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE dentro de las 48 hs de surgida la modificación e inmediatamente ser reemplazada por otro de iguales prestaciones y calidad. La oferta deberá incluir indefectiblemente los siguientes laboratorios: Laboratorio Meyer Lab y Díaz Gill Medicina Laboratorial y laboratorios exclusivos para biopsias.

Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y/o desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

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

ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

El PROVEEDOR de servicios brindará el Servicio de Ambulancia a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia para el traslado dispuesto por el médico tratante o visitador, dentro de la Capital y municipios colindantes. Las empresas deberán contar con las siguientes flotas de unidades móviles con:

- 3 Ambulancias de Unidades de Terapia Intensiva.(como mínimo)
- 5 Ambulancias de traslado de bajo riesgo.
- 1 Ambulancia Pediátrica.
- 1 Ambulancia para visita domiciliaria y de urgencia.
- 1 Ambulancia de traslado especial.

Dicha cobertura comprende: Atención de urgencia y/o emergencia a cargo de médicos o paramédicos, traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, traslado del Sanatorio al domicilio del paciente, según indicación médica, traslado del domicilio para estudios de diagnósticos por indicación médica debidamente justificada hasta 10 (diez) traslados por año por beneficiario (ida y vuelta), electrocardiograma a domicilio, honorarios, medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.

La atención domiciliaria se efectuará contra presentación por parte del Beneficiario de su tarjeta de identificación y serán sin cargo para los beneficiarios, con cobertura las 24 horas, incluyendo domingos y feriados.

Cobertura arancelada en servicios a domicilio:

Cobertura de 30% en preparados de nutrición enteral y parenteral (con bolsa de nutrición y dispositivos de infusión, incluye recambio conforme a requerimiento médico).

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 para casos de intento de autoeliminación y sus secuelas, ya sean físicas o mentales.
- Cirugía y tratamientos con fines estéticos (no reparadora).
- Malformaciones congénitas en adultos (salvo cardiocirugía y los expresamente indicados en este contrato como cubiertos).
- Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización, y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U.
- 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.
- 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 no incluidos en este contrato (quedan a cargo del asegurado y podrán ser proveídos por el mismo)
- SIDA y sus consecuencias
- Gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas.
- Internaciones y honorarios médicos por curas 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, 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 (que no sean reparadores), Celuloterapia, digitopuntura o similar.
- Medicina ortomolecular
- 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 por lo menos 4 (cuatro) cadenas de farmacias con sucursales en Asunción y Gran Asunción y principales ciudades del interior del país, cuya lista deberán presentar con la oferta y publicada en la página web del PROVEEDOR con las respectivas direcciones.

DESCUENTO EN OPTICAS

Deben otorgar descuentos de 50 % como mínimo en cristales y/o 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 del PROVEEDOR, 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 el PROVEEDOR 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:

- 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.

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 del PROVEEDOR, 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 el PROVEEDOR, 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 EL PROVEEDOR, 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 diagnostico o de tratamiento.

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

Item	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 de la Nación, Parlamentarios del Mercosur y Funcionarios Permanentes 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.*	383 titulares	458 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.

5. 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:**

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 de la Nación, Parlamentarios del Mercosur y Funcionarios Permanentes 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.*	*Unid.*	*Titulares*	*383*	*458*			
2	*84131602-001*	*Prestación de Servicios Médicos y Sanatorial Integral para los Funcionarios*	*Unid.*	*Titulares*	*150*	*200*			

		Contratados del Congreso de la Nación. Por el tiempo de 10 meses.							
TOTAL GENERAL									

- **En la cláusula 6. VIGENCIA DEL CONTRATO:**
  Donde dice:
  El plazo de vigencia de este Contrato es desde el 01 de enero de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.
  Debe decir:
  El plazo de vigencia de este Contrato es desde el 01 de marzo de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2016.

6. 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 de la Nación, Parlamentarios del Mercosur y Funcionarios Permanentes 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.*	*Unid.*	*Titulares*	*383*	*458*			

2	*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									

7. En la Sección VII "Anexos", Anexo Nº 1 "DOCUMENTOS QUE COMPONEN LA OFERTA"

- **En el punto G) "Documentos adicionales a la oferta que demuestren que los Bienes o Servicios ofertados cumplen con las especificaciones de la Sección III, Suministros Requeridos", se modifica el inciso 4) quedando como sigue:**

4. Listado de:

- Centros de fisioterapia y rehabilitación (mínimo cinco).
- Laboratorios (mínimo cinco) (mínimo 2 con certificado de calidad internacional).
- Centros de imágenes (mínimo ocho).
- Centros ESPECIALIZADOS en pediatría para URGENCIAS e INTERNACION. (mínimo dos)
- Centros asistenciales en Asunción (Nivel 3 mínimo cuatro, Nivel 2 mínimo tres) según categorización de la Superintendencia de Salud.
- Centros asistenciales en Gran Asunción e Interior.
- Farmacias (para descuentos de medicamentos) (mínimo 4 cadenas de farmacias).
- Ópticas (para descuentos en ópticas)
- Empresas para el Servicio de Ambulancia (con listado de unidades móviles)

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

HONORABLE CÁMARA DE SENADORES DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN FINANCIERA U.O.C.

Justina Casco González
Directora
Unidad Operativa de Contratación.