

Consultas Realizadas

Licitación 308612 - CONTRATACIÓN DE SERVICIO MEDICO Y SANATORIAL INTEGRAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CSJ - CONTRATO ABIERTO - SBE - AD REFENDUM

Consulta 1 - 1. Pág. 21. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS
REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 3 Observaciones Generales:		
<p>e. No se aplicará ninguna norma interna para los Adherentes, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad, que es exclusiva para la titular o conyugue/concubina titular, hijas beneficiarias e hijas adherentes.</p> <p>Consulta: Siendo que las hijas beneficiarias, forman parte integrante del grupo FAMILIAR/INDIVIDUAL del titular funcionario judicial, y no poseen grupo propio al igual que las hijas adherentes; queda entendido que los recién nacidos hijos de estas beneficiarias no podrán formar parte del plan ni siquiera como adherentes, y todos los gastos relacionados a los mismos quedan cargo paciente. Es correcta la interpretación?</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
Conforme se establece claramente en el Pliego de Bases y Condiciones, la cobertura de maternidad abarca también a las hijas beneficiarias y/o adherentes, quedando todo lo referente a los gastos y/o tratamiento del recién nacido a cargo del titular.		

Consulta 2 - 2. Pág. 23/24. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
<p>Punto Nº 7 Condiciones Generales de la Prestación:</p> <p>l. Los siguientes estados clínicos y tratamientos como crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones, diabéticas y enfermedades congénitas, cirugías, están cubiertos, para el titular, sus beneficiarios y adherentes, salvo la excepción establecida en el punto 5.B. Consulta: Queda entendido que la cobertura referida seria de acuerdo a las coberturas dentro del alcance establecido en el Pliego de bases y condiciones. Esto es correcto?</p> <p>n. En caso de discrepancias los mecanismos de resolución de conflictos serán los establecidos en la Ley 2051/03, su Decreto reglamentario y leyes concordantes, en la definición y/o aplicación de las prestaciones contractuales, las mismas serán dirimidas en los Tribunales de la capital solicitando informe no vinculante al MSP Y BS. Consulta: Conforme surge del pliego en las Condiciones especiales del Contrato CGC 9.5 se establece claramente el mecanismo de solución en concordancia con las disposiciones de la Ley 2051/03, habiéndose optado por el procedimiento del avenimiento y el arbitraje. Por lo que entendemos que este mecanismo deberá ser aplicado antes de recurrir a los Tribunales, además de solicitar el informe al MSP Y BS y tratándose de un servicio relacionado con prestaciones medicas, cualquier discrepancia debería previamente ser revisada y consensuada por auditoria médica de ambas partes. Es correcta la interpretación?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
<p>RESPUESTA 2.1: Si, es correcta, Todas estas afecciones y/o complicaciones derivadas de las mismas deberán ser cubiertas en su totalidad conforme a la cobertura establecida en el Pliego de Bases y Condiciones.</p> <p>RESPUESTA 2.2: Se seguirán los canales administrativos correspondientes lo cual incluye la revisión por parte de la auditoria medica institucional en caso de ser necesario, si las diferencias no fueren dirimidas en este estadio se recurrirá a los mecanismos establecidos.</p>		

Consulta 3 - 3. Pág. 33, 34 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
<p>Punto Nº 15 Terapia Intensiva</p> <p>a. Con cobertura del 100% hasta 30 (TREINTA) DÍAS por evento, por cada titular, beneficiario y/o Adherente en: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxígeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.</p> <p>c. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta G. 25.000.000.- (GUARANÍESVEINTICINCO MILLONES). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.</p> <p>Punto Nº 16 Terapia Intermedia</p> <p>a. Con cobertura del 100% hasta 30 (TREINTA) DÍAS por evento, por cada titular, beneficiario y/o Adherente en: pensión sanatorial, honorarios profesionales, servicio de enfermería, alimentación del paciente por cualquier vía, incluyendo preparado y asistencia de nutricionista conforme a la indicación del médico tratante, oxígeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia 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 y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.</p> <p>b. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta G. 25.000.000.- (GUARANÍES VEINTICINCO MILLONES). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día de ingreso en este servicio.</p> <p>Consulta: Queda entendido que la cobertura referida respecto de oxígeno (medicamento), medicamentos en general, descartables y/o desechables sería por evento y de acuerdo al tope previsto de G. 25.000 000 (GUARANÍESVEINTICINCO MILLONES) en ambos servicios de terapia. Esto es correcto?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
<p>SI, es correcta la interpretación para la aplicación de la cobertura se tendrá en cuenta el evento.</p>		

Consulta 4 - 4. Pág. 37 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 22.5 Otros servicios, cirugías y procedimientos con cobertura total: 5. Vacunas y su aplicación, en los vacunatorios en convenio con LA PRESTADORA en consultorio y procedimientos, test de APGAR. Las vacunas incluyen las obligatorias por el Ministerio de Salud Pública a saber: BCG, SABIN, ANTITETÁNICA, ANTI SARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, Pentavalente todas las vacunas para HEPATITIS Y MENINGITIS, sin cargo para el beneficiario. Las demás vacunas tales como influenza, varicela, HPV tienen cobertura del 50% para el beneficiario, y la aplicación y descartables en un 100%; conforme el Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PAI). Consulta: Teniendo en cuenta que se establece que la aplicación de las vacunas serán realizadas en los vacunatorios en convenio con La Prestadora, entendemos que la expresión "en consultorio" se refiere al consultorio habilitado en el vacunatorio. Esto es correcto? En cuanto al test de APGAR, es un procedimiento que se realiza al momento del nacimiento y no en consultorio/vacunatorio, por lo que entendemos que fue consignado erróneamente en este ítem. Esta correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
Las vacunas serán cubiertas en los centros habilitados por la prestadora. El test Apgar debe ser cubierto en forma total, independientemente en el lugar donde se haya incluido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 5 - 5. Pág. 39 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 22.32, 22.33 Otros servicios, cirugías y procedimientos con cobertura total: 32. Laserterapia en general. Medicina nuclear. 33. PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CON LASER  Panfotocoagulacion  Fotocoagulacion en sector  Mini Panfotocoagulacion  Tratamiento Laser de la DegeneraciónPeriférica  Tratamiento Laser de la Maculopatía  Tratamiento Laser de la Corioretinopatía Central Consulta: Entendemos que el punto Nº 32 y 33 están relacionados, es decir que los procedimientos cubiertos por laser son los detallados en el punto 32. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
A fin de evitar inconvenientes se aclara que no están cubiertas en el punto 32, las cirugías estéticas y selectivas (las que puedan ser realizadas por el método convencional).		

Consulta 6 - 6. Pág. 42 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 26.K Medicina de Alta Complejidad k. Tomografías computarizadas, cuando superen el número establecido Consulta: Este punto no resulta claro, ya que la tomografía computarizada no es un estudio de alta complejidad, por lo que consideramos que se consigno erróneamente en este ítem y que se aplicaría de conformidad con lo establecido en el punto 35.a Medicinas por Imágenes de la pág. 44. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
Se aclara que en los casos de alta complejidad no tendrán límites las tomografías.		

Consulta 7 - 7. Pág. 42 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 26.b Medicina Alta Complejidad b. Prótesis de cualquier tipo, que no se encuentren incluidos en el contrato, así como marca pasos que deberá utilizar el paciente, quedan a cargo del beneficiario. Consulta: favor especificar cuáles serían las prótesis incluidas en el contrato?.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
En la cobertura, no se establece ningún tipo de prótesis, quedando el costo de cualquier tipo de prótesis a cargo del beneficiario el texto es claro en cuanto a este punto.		

Consulta 8 - 8. Pág. 43,44 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
Punto Nº 31 Coberturas con aranceles preferenciales  Tomografía de emisión de Positrones (PET) (hasta 2 por año) Punto Nº 37 Estudios Diagnósticos: K. Medicina Nuclear  Petscan Consulta: Siendo que la Tomografía de Emisión de Positrones (PET) o Petscan es un estudio de diagnostico que tendrá cobertura con arancel preferencial hasta por 2 (dos) años, es decir que serán de cargo paciente y en base a los aranceles en convenio con los profesionales medicos einstituciones prestadoras, entendemos que fue consignado erróneamente en el punto 37.k Medicina Nuclear.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
La Tomografía de Emisión de Positrones (PET) o Petscan, independientemente en el lugar donde se haya incluido en el Pliego de Bases y Condiciones, debe ser cubierta conforme establece el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 9 - 9. Pág. 63. Sección VI Condiciones Generales del Contrato.

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
<p>Consulta: En relación al Punto CGC 26.1, donde se establecen multas, solicitamos se aclare lo que se considerará "atraso en las prestaciones de los servicios contratados"; esto en razón de que la entidad prepaga (oferente/contratista/aseguradora) es la encargada de administrar el alcance en las coberturas medicas sanatoriales contempladas en el plan ofertado con la emisión de coberturas/visaciones, y son los prestadores en convenio, llámense: sanatorios, laboratorios, centros de diagnósticos, profesionales médicos en las distintas especialidades, los que brindan directamente los servicios contratados a los beneficiarios.-</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
<p>En caso de que existan reclamos sobre la prestación del servicio durante la ejecución del contrato, el Administrador del contrato en colaboración con analistas médicos y administrativos, realizaran un análisis pormenorizado de cada uno de estos, los cuales serán informados a la prestadora, a fin de realizar su descargo correspondiente, para su posterior dictamen respecto si los reclamos son válidos o no, y se aplicara la multa en caso de corresponder. En cuanto al alcance, considerando que la contratista administra el plan de cobertura médica, deberá a su vez fiscalizar y controlar los procedimientos y prestación por parte de sus administrados en caso de existir reclamos a fin de subsanar los inconvenientes de ser necesarios.</p>		

Consulta 10 - 10. Pág. 18 de la Sección VII Anexos,

Consulta	Fecha de Consulta	16-01-2017
<p>Punto F. Cualquier otro documento requerido:</p> <p>d. ASUNCION: Listado de Centros Médicos habilitados con la Descripción de las instalaciones físicas, indicando cantidad de salas de internación (cama, comodidades) quirófanos, U.T.I. para niños y adultos, consultorios, otras dependencias médicas y oficinas administrativas, con sus respectivos números telefónicos, móviles, fax, e-mail, servicios de urgencias y ambulancias, con carácter de Declaración Jurada. FORMULARIO N° 11. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa subcontratada</p> <p>e. Listado de Laboratorios de Análisis habilitados. FORMULARIO N° 11. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa subcontratada</p> <p>f. Lista de Centros de Medicina por Imágenes habilitados. FORMULARIO N° 11. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa subcontratada</p> <p>g. GRAN ASUNCION E INTERIOR DEL PAIS: Listado de Centros Médicos habilitados con la Descripción de las instalaciones físicas, indicando cantidad de salas de internación (cama, comodidades) quirófanos, U.T.I. para niños y adultos, consultorios, otras dependencias médicas y oficinas administrativas, con sus respectivos números telefónicos, móviles, fax, e-mail, servicios de urgencias y ambulancias, con carácter de Declaración Jurada. DEBERAN DETALLAR LAS CIUDADES INDICADAS EN EL NUMERAL 23 DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS. Completar los datos solicitados en el FORMULARIO N° 11. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa subcontratada.</p> <p>Consulta: debido al volumen que representa; se puede considerar cumplido el requisito con la presentación de una carpeta con las copias autenticadas de los contratos como ORIGINAL y no presentar la segunda copia?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	23-01-2017
<p>NO, los documentos deben ser presentados conforme se establece en el Pliego de Bases y Condiciones.</p>		