Consultas Realizadas

Licitación 378346 - CONTRATACIÓN DE SERVICIO MÉDICO SANATORIAL INTEGRAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - CONTRATO ABIERTO - PLURIANUAL - AD REFERÉNDUM - SBE

Consulta 1 - 1. Pág. 15. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

2. COBERTURA PARA GRUPO FAMILIAR, INDIVIDUAL y LOS FUNCIONARIOS CASADOS ENTRE SI: (TODOS LOS GRUPOS DEBERAN TENER EL MISMO COSTO)

2.1 GRUPO FAMILIAR - TITULAR CASADO/A: Serán tomados como miembros del grupo FAMILIAR al titular, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho, para la inscripción será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria), sus hijos/as solteros hasta el día en que cumplan 21 años. Los hijos discapacitados sin límites de edad. Las discapacidades serán determinadas a través del Certificado expedido por la SECRETARÍA NACIONAL POR LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (SENADIS)
ADHERENTES CON COSTO Y A CUENTA EXCLUSIVA DEL TITULAR PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE NO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN LOS GRUPOS DETALLADOS ANTERIORMENTE:

a. 2 (Dos) Adultos mayores, elegibles entre el padre, la madre, el suegro o la suegra del Titular, por cada uno de los adherentes, se abonará una prima del 30%, del costo establecido para el titular del contrato.

b. Los hermanos solteros del titular sin límite de edad y los hijos solteros mayores de 21 años de edad, con una prima igual al 30% del costo establecido para el titular de este contrato, el 30% será abonado por cada adherente incorporado.

2.3 GRUPOS FAMILIARES, CONFORMADOS POR FUNCIONARIOS CASADOS ENTRE SI.
En caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución, el seguro será abonado SOLAMENTE POR UNO DE ELLOS, incluyendo al otro funcionario/a al grupo FAMILIAR. Este grupo estará conformado por: su cónyuge ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho, para la inscripción será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria, sus hijos/as solteros hasta el día en que cumplan 21 años, los hijastros solteros/as del titular hasta los 21 años siempre y cuando el titular demuestre que se encuentran bajo un régimen de convivencia con el mismo (demostrable con declaración sumaria de testigos, emanada de un organismo judicial).Los hijos discapacitados sin límites de edad. Las discapacidades serán determinadas a través del Certificado expedido por la SECRETARÍA NACIONAL POR LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (SENADIS)
ADHERENTES CON COSTO Y A CUENTA EXCLUSIVA DEL TITULAR PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE NO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN EL GRUPO DETALLADO ANTERIORMENTE:
a. 4 (cuatro) Adultos mayores, elegibles entre el padre, la madre, el suegro o la suegra del Titular, con una prima igual al 30% del costo establecido para el titular de este contrato, el 30% será abonado por cada adherente incorporado.

b. Los hijos solteros del titular y su cónyuge mayores de 21 años de edad, los hermanos solteros del titular y su cónyuge sin límite de edad, todos ellos deberán abonar una prima igual al 30% del costo establecido para el titular de este contrato, el 30% será abonado por cada adherente incorporado.

En el punto 2.1., se consigna la conformación del grupo familiar del titular casado/a; definiéndose que podrán incorporarse como adherentes 2 adultos mayores elegibles entre padre /madre/suegro y/o suegra del titular, más los hijos del titular mayores de 21 años y hermanos solteros del titular.
En el punto 2.3., se describen los grupos familiares conformados por funcionarios casados entre sí, aclarándose que se pagará por sólo uno de ellos.

CONSULTA: Considerando que el precio referencial previsto en el PBC y que el pago se realiza por grupo familiar y que los adherentes pagan un 30% del precio referencial, debería unificarse según lo establecido en el 2. 1.a., los adherentes a incorporar independientemente del Grupo Familiar (2.1. Y 2.3.). ¿Es correcto?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones, dado que son situaciones totalmente distintas las descriptas en los puntos mencionados.

Consulta 2 - 2. Pág. 16,17. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto Nº 3 Observaciones Generales:
d. 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.

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?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Conforme se establece claramente en el Pliego de Bases y Condiciones, la cobertura de maternidad abarca también a las hijas beneficiarias y adherentes, quedando todo lo referente a los gastos y tratamientos del recién nacido a cargo del titular.

Consulta 3 - 4. Pág. 21. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto N° 8. COBERTURA:
a. Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, ambulancias y traslados. Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores en convenio por el contratista), de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones, procedimientos ambulatorios, asistencias domiciliarias y otros).
b. Se entenderá como cobertura "por evento", a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o de resorte quirúrgico en el transcurso de su internación, como así también sus complicaciones inmediatas.

Consulta: Teniendo en cuenta la cobertura para las prestaciones contempladas en el PBC, están directamente vinculadas a que las mismas sean brindadas por prestadores en convenio con la empresa de medicina prepaga, queda entendido que los servicios derivados de prestaciones, complicaciones o procedimientos complementarios a la práctica realizada por profesionales y/o sanatorios y/o institutos diagnósticos que no cuenten con convenio con la empresa de medicina prepaga se encuentran incluidos en el punto 31. COBERTURA CON ARANCELES PREFERENCIALES, por lo que dichos aranceles en su totalidad son de cargo del paciente. Es correcto?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

En base a la consulta realizada se aclara lo siguiente si un asegurado, realiza consultas con profesionales que no se encuentran dentro de la grilla de prestadores autorizados por la prepaga, los gastos de consulta correrán a cargo del paciente (esto dentro de los parámetros establecidos en el punto de reembolsos), en el caso que el profesional debidamente habilitado por el Ministerio de Salud, indique estudios y o procedimientos y los mismos se encuentran contemplados en el contrato y el pliego de bases y condiciones deberán ser cubiertos en su totalidad siempre y cuando se realicen en los centros de diagnóstico o centros asistenciales habilitados por la empresa prestadora.

Consulta 4 - 5. Pág. 24. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

11. ESPECIALIDADES:

Observación: *SPA: Sociedad Paraguaya de Anestesiología (Todos los Profesionales)

Consulta: ¿Para dar cumplimiento a este requerimiento es necesario presentar el contrato vigente con la SPA? ¿Es decir, este sería un requerimiento excluyente en caso de no contarse con dicho convenio?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Este punto no es excluyente, siempre y cuando la prepaga cumpla con la cantidad mínima establecida de Médicos Anestesiólogos

Consulta 5 - 6. Pág. 24 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

11. ESPECIALIDADES:
a. Todas las especialidades deberán contar con el mínimo de profesionales que se detallan a más abajo, los mismos deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública en las diversas especialidades requeridas por los beneficiarios, y la certificación y/o re certificación expedida por el círculo Paraguayo de Médicos. Todos los médicos deberán contar con por lo menos 3 años de ejercicio en la especialidad, a excepción de aquellas especialidades que no acrediten la disponibilidad de profesionales requeridos. Cualquier alteración de la lista de médicos, debido a inclusiones o exclusiones de profesionales, deberá ser comunicada por escrito a la Contratante en un plazo no mayor a 48 horas (De ser adjudicado este listado deberá ser publicado en la página web de la prestadora).

Consulta: De acuerdo a los requerimientos establecidos en el punto 11., los mismos se refieren a especialidades médicas. Por lo tanto, cómo se podría dar por cumplido estos requerimientos para las siguientes profesiones:

Fisioterapia-Kinesioterapia y Rehabilitación (incluye hidroterapia) 8 (ocho)
Fonoaudiología 3 (tres)
Psicología (adultos y niños) 5 (cinco)
Psicopedagogía 2 (dos)

siendo que las mismas no cuentan con las certificaciones y/o recertificaciones expedidas por el CPM?:

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Los puntos correspondientes a las profesiones mencionadas en la consulta, se darán por cumplidos con la correspondiente habilitación expedida por el Ministerio de Salud Publica.

Consulta 6 - 7. Pág. 29, 30 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto Nº 15 Terapia Intensiva

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, oxigeno terapia, equipos propios de la Unidad de Terapia Intensiva con colchones de agua y aire, fisioterapia de cualquier naturaleza, cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnósticos, servicios laboratoriales, radiológicos y los descartables, desechables y medicamentos en general. Durante este tiempo no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios, antes de agotar las coberturas establecidas.
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.

Consulta: Tomando en cuenta la definición de evento (punto 8) y el precio referencial previsto para este Llamado, deberíamos entender que el alcance de la cobertura prevista en el punto 15. Terapia Intensiva, está referida a:

30 días beneficiario/año de contrato?
Los preparados nutricionales, tendrían la cobertura del 50% según lo establecido en el punto 13.c.?
¿La oxigenoterapia, formaría parte del tope de cobertura de medicamentos y descartables?
La cobertura de medicamentos y descartables y/o desechables establecida en el punto 15.c., al no establecer que es por evento; ¿se entendería que la misma es por año de contrato??

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

- La cobertura es de 30 días por beneficiario por evento
- En lo referente a la alimentación parenteral, remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.
- La oxigenoterapia efectivamente forma parte de la cobertura de medicamentos y descartables por evento.
- La cobertura de medicamentos y descartables es por evento.

Consulta 7 - 8. Pág. 33 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto Nº 22.5 Otros servicios, cirugías y procedimientos con cobertura total:

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 las aplicaciones 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	21-04-2020

El test de Apgar debe ser cubierto en forma total, independientemente del lugar donde se encuentre incluido en el Pliego de Bases y Condiciones, las vacunas serán cubiertas en los centros habilitados por la prestadora.

Consulta 8 - 9. Pág. 35 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

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 Maculopatia
 Tratamiento Laser de la Corioretinopatia 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	21-04-2020

Remitirse a lo establecido en el Punto 22 Inc. 32 el cual establece Laser terapia en general.
El punto 22 inc. 33, es enunciativo y no limitativo, salvo para los casos de cirugías estéticas y electivas que puedan realizarse por el método convencional.

Consulta 9 - 10. Pág. 39 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto Nº 26 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 consignó erróneamente en este ítem y que se aplicaría de conformidad con lo establecido en el punto 35.a Medicinas por Imágenes de la pág. 41. ¿Es correcta la interpretación?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Se aclara que en los casos de alta complejidad no tendrán límites las tomografías.

Consulta 10 - 11. Pág. 38 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

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	21-04-2020

Las prótesis permitidas serán todas aquellas que se encuentren configuradas dentro de la cobertura de materiales de osteosíntesis.

Consulta 11 - 12. Pág. 40 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

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 diagnóstico 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 e instituciones prestadoras, entendemos que fue consignado erróneamente en el punto 37.k Medicina Nuclear.

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

El estudio de Pet Scan, debe ser cubierto en su totalidad hasta dos veces por año, el mismo se encuentra contemplado como con arancel preferencial debido a que la provisión de la sustancia radioactiva no se encuentra contemplada en el Pliego de Bases y Condiciones por lo cual queda a cargo del paciente la adquisición de la misma.

Consulta 12 - 13. Pág. 40 Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

31. COBERTURAS CON ARANCELES PREFERENCIALES
Se detallan a continuación:
 Malformaciones congénitas (salvo cardiocirugía que tendrá cobertura establecida para medicina de alta complejidad).
 Los casos congénitos diagnosticados y que se encuentren en tratamiento antes del inicio de la vigencia y duración del contrato, tendrán cobertura preferencial por parte de la contratista.
 Tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad y/o fertilización.
 Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos.
 Formolizaciones.
 Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.
 Los casos congénitos que no estén previstos en este contrato.
 Cirugía con fines estéticos (no reparadora)
 Lipoaspiración
 Anillo gástrico, cirugías bariatricas
 Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por Instituciones oficiales o científicas.
 Alergia y Test alérgicos. Inmunoterapia, vacunas especiales, medicamentos, descartables y desechables.
 La provisión y aplicación de inyecciones con flebólogos.
 Tomografía de emisión de Positrones (PET) (hasta 2 por año)

Consulta: Considerando que las prestaciones contempladas en el PBC, determinan la cobertura establecida cuando las mismas sean brindadas por prestadores en convenio con la empresa de Medicina Prepaga. Se considerarían los servicios derivados de prestaciones, complicaciones o procedimientos complementarios a la práctica realizada por profesionales y/o sanatorios y/o institutos diagnósticos que no cuenten con convenio con la empresa de medicina prepaga incluidos en el punto 31. COBERTURA CON ARANCELES PREFERENCIALES, entendiéndose que dichos aranceles en su totalidad son de cargo del paciente. ¿Es correcto??

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

En base a la consulta realizada se aclara lo siguiente si un asegurado, realiza consultas con profesionales que no se encuentran dentro de la grilla de prestadores autorizados por la prepaga, los gastos de consulta correrán a cargo del paciente (esto dentro de los parámetros establecidos en el punto de reembolsos), en el caso que el profesional debidamente habilitado por el Ministerio de Salud, indique estudios y o procedimientos y los mismos se encuentran contemplados en el contrato y el pliego de bases y condiciones deberán ser cubiertos en su totalidad siempre y cuando se realicen en los centros de diagnóstico o centros asistenciales habilitados por la empresa prestadora.

Consulta 13 - 15. Pág. 73 de la Sección VII Anexos,

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

E. DOCUMENTOS ADICIONALES A LA OFERTA QUE DEMUESTREN QUE LOS BIENES OFERTADOS CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA SECCIÓN III, SUMINISTROS REQUERIDOS.

f. 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° 6. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa prestadora de los servicios.

g. Listado de Laboratorios de Análisis habilitados. FORMULARIO N° 6. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa prestadora de los servicios.

h. Lista de Centros de Medicina por Imágenes habilitados. FORMULARIO N° 6. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa prestadora de los servicios.

i. 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° 6. Debe acompañar al formulario copia autenticada del instrumento en que conste la relación contractual entre el oferente y la empresa prestadora de los servicios.

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?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

En vista a que la consulta habla de presentación de documentos legales, corresponde a la UOC la respuesta de la misma.

Consulta 14 - 14. Pág. 65. Sección VI Condiciones Generales del Contrato.

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Consulta: En relación al Punto CGC 28, donde se establecen multas, solicitamos se aclare lo que se considerará ¨negligencia, actuación de mala fe, o comprobada falta de prestación de los servicios¨; 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.-

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

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.

Consulta 15 - 3. Pág. 19/20. Sección III REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Punto Nº 7 Condiciones Generales de la Prestación:

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?

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: Siendo que uno de los mecanismos de solución del conflicto en la Ley 2051/03 es el procedimiento de advenimiento y arbitraje, sería factible que éste mecanismo pueda 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 médicas, cualquier discrepancia debería previamente ser revisada y consensuada por auditoria médica de ambas partes. ¿Es correcta la interpretación?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

15.1: 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 Condición.
15.2: 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.

Consulta 16 - Consultas al Pliego

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Se podria tener un aproximado de cantidad de funcionarios por region o Departamentos?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Este es un contrato abierto, por cantidades mínimas y máximas, por lo cual las distribuciones de funcionarios por región o departamento serán entregadas una vez realizada la adjudicación de acuerdo a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.

Consulta 17 - Consultas al Pliego

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

Considerando el plazo de contrato previsto 36 meses y ante la incertidumbre económica que vive el mundo, es imposible previsionar un precio justo para un periodo tan largo...podria la convocante considerar reducir el plazo de contrato por lo menos a 24 meses?

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Este punto será modificado por Adenda.

Consulta 18 - 16. Pág. 63 de la Sección IV

Consulta	Fecha de Consulta	17-04-2020

El pago se realizara dentro de los 60 (sesenta) días corridos posteriores a la fecha de presentación de la solicitud correspondiente de conformidad al Plan de caja y el Plan Financiero Institucional. El pago se efectuara a través del Sistema de pago directo a Proveedores (vía transferencia bancaria), en la cuenta habilitada en un banco de plaza, por la empresa adjudicada.

CONSULTA: Entendemos que ante la falta de pago en el plazo estipulado la prestadora podrá suspender la cobertura para los servicios contemplados en el plan.

Respuesta	Fecha de Respuesta	21-04-2020

Será conforme se establece en el Pliego de Bases y Condiciones.