Asunción, 10 de Julio de 2017

Señores
Banco Central del Paraguay
Presente

Ref.: LPN Nº 19/2017 "Servicio Médico para el BCP" ID.325.758
Objeto: Consultas al Pliego

1. Pág.11 (cuadro) Donde dice, "los nacidos durante el plazo de ejecución del contrato" "deberán ser incorporados dentro de los 07 días posteriores al nacimiento", se refiere a aquellos recién nacidos que tengan derecho a ser incluidos y que, antes de ser incluidos, no gozarán de la cobertura del contrato?
2. Pág. 14 El ítem dice "Laserterapia en ambos ojos, intervenciones sobre la retina un asegurado por año por grupo familiar", debe entenderse como "Laserterapia en ambos ojos: intervenciones sobre la retina un asegurado por año por grupo familiar"?. Las cirugías refractivas por láser tendrán cobertura?. El límite de uno por grupo familiar se refiere a retina o a refractivas?. Se debe tener en cuenta el alto costo y frecuencia de las refractivas y su impacto en la cotización.
3. Pág. 14 En el ítem de otorrinolaringología, se excluye la cobertura de "uvulopalatoplastia". Debe entenderse que están excluidas las cirugías de ronquido y/o apnea del sueño?
4. Pág. 15: En el ítem radiología, favor aclarar a qué cobertura se refiere al decir: "inclusive los procedimientos terapéuticos".
5. Pág. 17: En el ítem "Los centros de Alta Complejidad (categoría o Nivel 3), donde dice "Unidad de fisioterapia (incluye hidroterapia)" se entiende que el servicio de hidroterapia deberá estar instalado adentro de un sanatorio Nivel 3, o el mismo puede encontrarse en un centro tercerizado?
6. Pág. 18, numeral 2.5. En este punto se establece que "…no se requerirán pagos adelantados en internaciones por intervenciones de urgencia con cobertura parcial y/o ante excesos respecto a las coberturas contempladas en el contrato antes del alta del paciente". Se entiende que esto es aplicable al hospital cabecera y solo en casos de urgencias? Quién se hará responsable por la deuda del paciente luego de acabada la cobertura?
7. Pág. 18 Numeral 2.7 En este ítem se establece un plazo de 48 hs. para comunicar una urgencia a la Empresa. Consideramos que este plazo es exageradamente largo y que en ese lapso pueden generarse grandes gastos. Solicitamos se establezca que el paciente o sus familiares avisen a la prepaga dentro de las primeras 03 hs. (mientras el paciente esté en el área de urgencia) y antes de que sea sometido a procedimientos quirúrgicos, a fin de que la prepaga determine su cobertura o traslado (siempre que el estado del paciente lo permita)

8. Pág. 18 Numeral 2.8. Se entiende en este ítem que, para la realización de estudios, internaciones, etc., además de la cédula y carnet del paciente se requerirán las órdenes médicas respectivas y debidamente visadas en los casos programados.
9. Pág. 18 Numeral 3 Unidad de Terapia Intensiva: Cuando se establece como con cobertura "Los honorarios profesionales (terapista jefe de la unidad) e interconsultores", se entiende que tendrán cobertura siempre que sean profesionales habilitados para este plan por la prestadora?.
10. Mismo que el anterior: en el caso de la oxigenoterapia consideramos que, la falta de un límite en la cobertura de este insumo, dificulta la cotización. Solicitamos se determine el monto del servicio a cubrir.
11. Pág. 19 Numeral 3.3 Este ítem contradice al 2.5 ya que autoriza, implícitamente a requerir pago luego de agotadas las coberturas, en tanto que el 2.5 niega esta posibilidad hasta el alta. Favor aclarar.
12. Pág. 19. Ítem 4.5. Consideramos que el plazo de 48 hrs, para la entrega de presupuestos para procedimientos quirúrgicos programados, se puede cumplir cuando el paciente entrega, junto con su orden, los estudios previos que hacen al diagnóstico y siempre que la misma no requiera el alquiler o adquisición de materiales. Solicitamos ampliar este período en 7 dias para casos quirúrgicos complejos y pedir a los pacientes que presenten la solicitud de cobertura inmediatamente después de recibir la orden de su médico tratante.
13. Pág. 19. Numeral 4.9 En el caso de la oxigenoterapia consideramos que, la falta de un límite en la cobertura de este insumo, dificulta la cotización. Solicitamos se determine el monto del servicio a cubrir.
14. Pág. 20. Numeral 5.1 En el anteúltimo párrafo se hace mención a procedimientos ambulatorios. Cuando se menciona la cobertura de medicamentos y descartables se debe entender a aquellos necesarios para la aplicación del tratamiento?. Ej. En caso de infiltraciones de medicamentos antiartrósicos, se cubrirán los medicamentos y descartables que hagan a la infiltración pero no al medicamento de tratamiento en sí?.
15. Pág. 22. Numeral 9.5. Consideramos que, las visaciones de estudios de diagnóstico programados deben tener un tiempo de entrega de, por lo menos 24 hs. hábiles y no corridas, ya que se deben tener en cuenta los fines de semana y feriados.
16. Pág. 22. Numeral 9.11.1. Favor aclarar a qué Exámenes radiológicos invasivos se refiere esta cobertura.
17. Pág. 23 Numeral 9.12.1 Consideramos que, las visaciones de estudios de diagnóstico programados deben tener un tiempo de entrega de, por lo menos 24 hs. hábiles y no corridas, ya que se deben tener en cuenta los fines de semana y feriados.
18. Pág. 23 Numeral 9.13. Se entiende que este servicio se dará en Asunción y gran Asunción?
19. Pág. 23 Numeral 9.15. Se entiende que un técnico de laboratorio hará extracciones en la sede del BCP en ciertos días y horarios a convenir?
20. Pág. 25 Numeral 14.36 Consideramos este ítem de cumplimiento imposible ya que, por ejemplo en los casos de implantes de LIO cada oftalmólogo lleva 2 o 3 lentes de su propiedad al quirófano por cualquier eventualidad y creemos que ningún profesional de

esta especialidad aceptará que el paciente traiga una sola lente y de procedencia desconocida. Lo mismo pasa en casos de ciertas prótesis que se traen de varias medidas y se decide en el momento de la cirugía cuál se usará. En el caso de los stents, los cirujanos no saben, antes del cateterismo si colocarán estos ni cuántos. Solicitamos rever este punto.

21. Pág. 28 Numeral 16.3 Consideramos que el plazo de 48 hrs (se entiende hábiles), para la entrega de presupuesto quirúrgico programado, se puede cumplir cuando el paciente entrega con su orden, los estudios previos que hacen al diagnóstico y siempre que la misma no requiera el alquiler o adquisición de materiales, en cuyo caso puede sobrepasarse este tiempo.
22. Pág. 28 Numeral 16.4 En este ítem se establece un plazo de 48 hs. para comunicar una urgencia a la Empresa. Consideramos que este plazo es exageradamente largo y que en ese lapso pueden generarse grandes gastos. Solicitamos se establezca que el paciente o sus familiares avisen a la prepaga dentro de las primeras 03 hs. (mientras el paciente esté en el área de urgencia) y antes de que sea sometido a procedimientos quirúrgicos, a fin de que la prepaga determine su cobertura o traslado (siempre que el estado del paciente lo permita)
23. Pág. 28 CONSIDERACIONES GENERALES Favor aclarar este ítem ya que la prestadora no puede, al igual que el BCP, hacerse responsable, ante los sanatorios, de las deudas de los pacientes cuando las mismas sobrepasan la cobertura. Consideramos que el paciente debe saldar su deuda al alta y luego solicitar el reembolso del que habla el contrato.
24. Pág. 29 Consideramos esta cláusula de cumplimiento imposible ya que no se puede exigir a los profesionales que, a los funcionarios del BCP, se les otorgue consultas dentro de los 15 días de solicitadas, pasando por sobre otros pacientes que pudieran estar agendados. Recordamos que los profesionales no son empleados de la pre paga sino profesionales independientes con un contrato de prestación de servicios.
25. Pág. 29 En el punto que dice que en caso de haber dos funcionarios beneficiarios titulares (matrimonios y/o hermanos) las coberturas serán sumadas. Se entiende esto para los matrimonios ya que ambos tienen a sus cónyuges en el grupo familiar pero no es aplicable a dos hermanos ya que no conforman el grupo familiar obligatorio, a menos que se refiera a un tercero y que ambos funcionarios sean solteros y tengan como familia a algún hermano soltero menor de 20 años.
26. Pág. 30 Pág. 30 No es aceptable que, en caso de duda se aplicará la clausula que más favorezca al beneficiario, ya que éste es un pliego elaborado por representantes del mismo, en cuyo caso la duda favorece a la parte que no participó en la redacción del mismo.
27. En el ítem de maternidad, se establece que “Tendrán cobertura de acuerdo a las condiciones de este Anexo Técnico, aquellos hijos de titular nacidos antes de las 37 semanas de gestación.”

Debe entenderse que no tendrán cobertura por prematurez los hijos de otras mujeres del grupo familiar?