Asunción, 06 de Enero de 2016

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. 6/2015 - "PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO SANATORIAL INTEGRAL, SERVICIO DE URGENCIAS - EMERGENCIAS Y SEGURO ODONTOLÓGICO PARA FUNCIONARIOS PERMANENTES Y PERSONAL CONTRATADO DEL SERVICIO LOCAL DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES" - PLURIANUAL - ID: 300.573.

ADENDA Nº 3

Donde Dice:

Si el titular fuera designado a prestar servicios en el exterior del país, el mismo quedará desligado de los servicios de cobertura del contrato y podrá solicitar formalmente la permanencia de su grupo familiar y adherentes, con la misma cobertura, al referido contrato, debiendo abonar para el efecto el 100% del monto correspondiente al titular mas grupo familiar y adherentes, **dicho pago se realizará indefectiblemente por débito automático.**

Debe Decir:

Si el titular fuera designado a prestar servicios en el exterior del país, el mismo quedará desligado de los servicios de cobertura del contrato y podrá solicitar formalmente la permanencia de su grupo familiar y adherentes, con la misma cobertura, al referido contrato, debiendo abonar para el efecto el 100% del monto correspondiente al titular mas grupo familiar y adherentes, **dicho pago se realizará indefectiblemente por débito automático.** La Prestadora firmará un acuerdo con el Titular en relación a los adherentes y dicha proforma deberá ser verificada y aprobada por la Contratante.

Donde Dice:

ADHERENTES:

Exclusiones de adherentes podrán realizarse una vez cumplido 12 meses contados desde la firma del contrato.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección General de Administración

Debe Decir:

ADHERENTES:

Exclusiones de adherentes podrán realizarse al término del contrato o por deceso del adherente. Las nuevas inclusiones podrán realizarse nuevamente una vez cumplido los 12 meses de contrato contados desde la firma del contrato. La comunicación se hará por parte del titular en un plazo máximo de 120 días.

La Prestadora firmará un acuerdo con el Titular en relación a los adherentes y dicha proforma deberá ser verificada y aprobada por la Contratante.

Donde Dice:

5) Todas las órdenes de internación y/o servicio ambulatorio, deberán ser emitidas y/o solicitadas por un profesional médico que deberán contar con los siguientes requisitos:

- **Apellido y Nombre del paciente**
- **Fecha de internación y Días probables de internación, para los caso de internación**
- **Firma y sello del médico tratante.**

5.1. Para las internaciones programadas y/o estudios de diagnósticos, la presentación de la orden de internación y/o estudio de diagnóstico, deberá ser realizada por el beneficiario ante la prestadora en forma física o por cualquier medio tecnológico., con antelación al suceso, a efectos de la emisión de la cobertura correspondiente para su presentación al centro asistencial. En el caso de internaciones programadas se deberá presentar los estudios de diagnóstico que respaldan el evento. En caso de urgencias o emergencias, el centro asistencial deberá realizar las gestiones ante la prestadora de servicios (Pre- Paga)

5.2 Para las internaciones de urgencias, feriados, sábados o domingos y fuera de hora de oficina, la cobertura de internación se deberá de solicitar por cualquier medio al personal de guardia de la prestadora de servicios.

Debe Decir:

5) Todas las órdenes de internación, deberán ser emitidas y/o solicitadas por un

profesional médico que deberán contar con los siguientes requisitos:

- **Apellido y Nombre del paciente**
- **Fecha de internación y Días probables de internación, para los caso de internación**
- **Diagnóstico probable**
- **Firma y sello del médico tratante.**

5.1. Para las internaciones programadas, la presentación de la orden de internación, deberá ser realizada por el beneficiario ante la prestadora en forma física o por cualquier medio tecnológico., con antelación al suceso, a efectos de la emisión de la cobertura correspondiente para su presentación al centro asistencial. En el caso de internaciones programadas se deberá presentar los estudios de diagnóstico que respaldan el evento. En caso de urgencias o emergencias, el centro asistencial deberá realizar las gestiones ante la prestadora de servicios (Pre- Paga)

5.2 Para las internaciones de urgencias, feriados, sábados o domingos y fuera de hora de oficina, la cobertura de internación se deberá de solicitar por cualquier medio al personal de guardia de la prestadora de servicios.

Donde Dice:

Tendrá cobertura total (100%), la inclusión de los honorarios profesionales, **paramédicos,** internaciones, estudios de imágenes realizados en centros de diagnósticos, análisis clínicos laboratoriales, tratamientos ambulatorios y otros necesarios para la debida atención médica.

Debe Decir:

Tendrá cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, **paramédicos,** internaciones, estudios de imágenes realizados en centros de diagnósticos, análisis clínicos laboratoriales, tratamientos ambulatorios y otros necesarios para la debida atención médica, **conforme a lo establecido para cada servicio.**

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES - Dirección General de Administración y Finanzas - Dirección de la U.O.C.

Donde Dice:

Cinco Laboratorios (propios y/o contratados); que deberá contar con la Apertura y/o Re-inscripción y Funcionamiento del Laboratorio de Análisis Clínicos y Bacteriológicos,

otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y de los cuales cuatro deberán contar con el Certificado de Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC), en los últimos tres años (2012, 2013 y 2014).

Debe Decir:

Cinco Laboratorios (propios y/o contratados); que deberá contar con la Apertura y/o Re-inscripción y Funcionamiento del Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Bacteriológicos, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y de los cuales cuatro deberán contar con el Certificado de Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC), correspondiente al año 2014.

Donde Dice:

El beneficiario y su grupo familiar, podrán consultar y realizar tratamientos y estudios con médicos que no se encuentren en el listado de profesionales del seguro, y cuyo reembolso el prestador del servicio está obligado a retribuir hasta 24 veces por año, **hasta un máximo G. 150.000 por cada consulta/tratamiento/estudio específico en consultorio.**

Debe Decir:

El beneficiario y su grupo familiar, podrán consultar y realizar tratamientos con médicos que no se encuentren en el listado de profesionales del seguro, y cuyo reembolso el prestador del servicio está obligado a retribuir hasta 20
veces por año, para consultas en consultorios y hasta 10 sesiones de tratamientos en consultorio por año **hasta un máximo G. 150.000 por cada consulta/tratamiento en consultorio.**

Donde Dice:

- **Cantidad Mínima de especialistas por Especialidad: cuatro (4)**
  Toxicología

Debe Decir:

- **Cantidad Mínima de especialistas por Especialidad: dos (2)**
  Toxicología

Donde Dice:

VISITAS DOMICILIARIAS.

Visitas con carácter no urgente (hasta 2 por grupo familiar por mes), dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente). Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y hasta un radio circundante de 30 kilómetros. Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, ***con cobertura total***, para casos de pacientes imposibilitados.
En los casos de toma de muestras laboratoriales a domicilio, serán sin cargo para el beneficiario, siempre que se trate de pacientes, comprobados **mediante certificado médico,** con incapacidad de concurrir al Centros de Laboratorio.

Debe Decir:

VISITAS DOMICILIARIAS: Se Excluye del LOTE No. 1, porque el mismo forma parte de la cobertura requerida para el lote número 2.

Visitas con carácter no urgente, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente). Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y hasta un radio circundante de 30 kilómetros. Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, ***con cobertura total***, para casos de pacientes imposibilitados o el traslado de los mismos a centros especializados para la realización de los estudios y procedimientos para lo cual la contratista deberá contar con todas las comodidades necesarias.
En los casos de toma de muestras laboratoriales a domicilio, serán sin cargo para el beneficiario, siempre que se trate de pacientes, comprobados **mediante certificado médico,** con incapacidad de concurrir al Centros de Laboratorio, o el traslado de los mismos a centros especializados para la realización de los estudios y procedimientos para lo cual la contratista deberá contar con todas las comodidades necesarias.

Donde Dice:

MATERNIDAD: (COBERTURA INMEDIATA, TOTAL Y SIN LIMITE PARA LA TITULAR, BENEFICIARIAS Y ADHERENTES)

En caso de recién nacido en forma Prematura o a término, deberá tener una cobertura inmediata y "total" incluyendo, todos los medicamentos, todo tipo de nutrición independientemente al medio o forma de suministro, descartables, desechables (pañal), incluido termómetros y **demás necesarios**, además de incubadora, luminoterapia y demás equipamientos, **hasta el alta del mismo,** conforme a las indicaciones del profesional tratante, **en caso de terapia intensiva, la cobertura de medicamentos y descartables se regirá**

conforme al inciso "C" de este apartado, no obstante el tiempo de internación en UTI, será con cobertura hasta el alta del paciente, contados desde el primer día de internación.

Debe Decir:

MATERNIDAD: (COBERTURA INMEDIATA, TOTAL Y SIN LIMITE PARA LA TITULAR, BENEFICIARIAS Y ADHERENTES)

En caso de recién nacido en forma Prematura o a término, deberá tener una cobertura inmediata y "total" incluyendo, todos los medicamentos, todo tipo de nutrición independientemente al medio o forma de suministro, descartables, desechables (pañal), incluido termómetros, equipamientos y demás necesarios, conforme a las limitaciones del PBC, en caso medicamentos y descartables y demás necesarios se regirá la cobertura conforme al inciso "C" de este apartado, en cuanto a LUMINOTERAPIA/INCUBADORA; hasta 25 días con cobertura total del 100% de internación sin límite de eventos por años, a partir del día 26 (veinte y seis) la cobertura será del 50 % (cincuenta por ciento) a cargo del beneficiario/aseguradora (según convenio) y el 50% restante a cargo de la prestadora de servicios y hasta un máximo de cuarenta días.

Donde Dice:

MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES

La prestadora permitirá interconsultas con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura y sin límites con el plantel de médicos habilitados por la prestadora , por evento. Y hasta diez consultas por evento con profesional que no pertenezca al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de EL SANATORIO.

Debe Decir:

MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES

La prestadora permitirá interconsultas con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura **hasta 20 interconsultas por evento** con el plantel de médicos habilitados por la prestadora , por evento. Y hasta **diez consultas por evento** con profesional que no pertenezca al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de **la PRESTADORA, conforme a bs aranceles estipulados por la Sociedad Científica del Paraguay (reconocida).**

Donde Dice:

OTRAS CONSIDERACIONES

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 excepciones, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante.

En caso de que el paciente cuente con seguro del INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, la Prestadora de Servicios podrá autorizar el ingreso de medicamentos del IPS, mediante el convenio respectivo.

Debe Decir:

OTRAS CONSIDERACIONES

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 excepciones, para que la Prestadora se haga cargo del paciente, indicando su traslado o continuidad en dicho centro, conforme a las indicaciones del profesional tratante.

Donde Dice:

ENFERMEDADES CRÓNICAS, CONGÉNITAS, PREEXISTENTES, NEOPLASICAS:

Cobertura total en consultas e internaciones clínicas sin límite. Las internaciones en terapia intensiva e intermedia se regiran de acuerdo a lo establecido en el ítem **c) UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA e INTERMEDIA : (adultos y niños)**.

Enfermedades, **crónicas, congénitas, preexistentes** neoplásicas y malformaciones congénitas: en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25%, los siguientes eventos quirúrgicos con arancel preferencial a beneficio del asegurado.

Para el presente ítem, la cobertura médica estará dada en base a las limitaciones establecidas

en el PBC, sean estos medicamentos, descartables, estudios de diagnósticos, estudios laboratoriales y otros.

Debe Decir:

ENFERMEDADES CRÓNICAS, CONGÉNITAS, PREEXISTENTES, NEOPLASICAS:

Cobertura total en consultas y **35 días de internaciones clínicas por evento por año**. Las internaciones en terapia intensiva e intermedia se regiran de acuerdo a lo establecido en el ítem **c) UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA e INTERMEDIA : (adultos y niños)**.

Enfermedades, **crónicas, congénitas, preexistentes** neoplásicas y malformaciones congénitas: en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25%, los siguientes eventos quirúrgicos con arancel preferencial a beneficio del asegurado.

Para el presente ítem, la cobertura médica estará dada en base a las limitaciones establecidas en el PBC, sean estos medicamentos, descartables, estudios de diagnósticos, estudios laboratoriales y otros.

Donde Dice:

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS TOTALMENTE

Fonoaudiología
Psicología consultas y tratamiento
Psicopedagogía: consulta y tratamiento

Debe Decir:

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS TOTALMENTE

Fonoaudiología
Psicología consultas y tratamiento
Psicopedagogía: consulta y tratamiento
Psiquiatría, consultas y tratamiento

Consultas y tratamiento: 20 veces al año por asegurado y por especialidad.

Donde Dice:

RECLAMOS (APLICABLE A TODOS LOS ÍTEMS)

Todos los beneficiarios con sus adherentes, tendrán el derecho de reclamar en caso de que el servicio requerido en estas Especificaciones Técnicas, no sean cumplidas. Para tal caso, se adhiere al presente pliego, un formato de nota de quejas-reclamos, el cual deberá ser llenado según el motivo de la queja. Esta nota será remitida al Departamento de Bienestar, Accesibilidad e Inclusión dependiente de la Dirección de Recursos Humanos, los que procederán a remitir a la contratista la/s queja/s correspondiente/s a modo tal que la misma en el lapso de 3 días hábiles realice el descargo correspondiente. Si dicho descargo es insuficiente a criterio de la Contratante al cumplirse tres quejas, reclamos sin que cuenten con la debida justificación, se considerara una falta administrativa. Dicha situación, desde la solicitud de descargo a la contratista, deberá ser comunicada a la Dirección de la Unidad Operativa de Contratación.

CGC 26.1.:
FALTAS ADMINISTRATIVAS
Serán consideradas faltas administrativas las situaciones estipuladas en el PBC.

APERCIBIMIENTOS

Por cada cinco (5) faltas Administrativas se remitirá a la contratista Un (1) Apercibimiento.

MULTAS

Por cada tres (3) apercibimientos, se aplicara una multa equivalente será del 5% (cinco por ciento) del valor mensual del servicio correspondiente a la factura del mes en que se produjo el tercer apercibimiento.

En caso de negligencia, impericia, imprudencia, actuaciones de mala fe o la falta de prestación de los servicios por parte de la Contratista y comprobadas por la Contratante, en forma directa será aplicada una multa del 5% (cinco por ciento) del valor mensual del servicio correspondiente a la factura del mes en que se produjo la multa.

El monto total de la multa podrá sobrepasar el porcentaje establecido como garantía de fiel cumplimiento de contrato equivalente al diez por ciento (10%) sobre el valor total del contrato. LA CONTRATANTE queda autorizada a deducir la multa, en forma automática y sin interpelación judicial o extrajudicial, de la factura presentada por EL CONTRATISTA.

No obstante, de producirse esta situación, la contratante queda facultada a rescindir el contrato correspondiente.

Debe Decir:

RECLAMOS

Todos los beneficiarios titulares, tendrán el derecho de reclamar en caso de que el servicio requerido en estas Especificaciones Técnicas, no sean cumplidas. Para tal caso, deberá remitir la queja al Departamento de Bienestar, Accesibilidad e Inclusión dependiente de la Dirección de Recursos Humanos, los que procederán a remitir a la Contratista la/s queja/s correspondiente/s a modo tal que la misma en el lapso de 5 días hábiles realice el descargo correspondiente.

CGC 26.1.:
APERCIBIMIENTOS

Por cada incumplimiento de las obligaciones de cobertura establecidas en el PBC, declarada como tal por la autoridad competente en forma fundada y previo cumplimiento de las garantías constitucionales que rigen el debido proceso, se hará un (1) Apercibimiento.

La Contratista podrá recurrir las decisiones que resuelven concluir en un Apercibimiento ante la Contratante, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de comunicada la decisión. La Contratante resolverá el recurso dentro de lo cinco (5) días hábiles de interpuesto el recurso. En caso de que la Contratante no resolviera en este plazo, el recurso tendrá sanción ficta positiva, haciendo lugar al recurso interpuesto. En caso de que la Contratista aun entendiera conculcados sus derechos contractuales, podrá recurrir ante la DNCP dentro del plazo establecido por la Ley 2051/03. Una vez transcurridos los plazos establecidos en la presente cláusula sin que la Contratista hubiera deducido recurso alguno, el Apercibimiento quedará firme.

MULTAS

Por cada cinco (5) Apercibimientos, fehacientemente comunicados a la Contratista, la Convocante podrá aplicar una multa equivalente a un monto de hasta el cinco por ciento (5%) del valor mensual del servicio correspondiente a la factura del mes en que se produjo el tercer apercibimiento, monto que guardará proporcionalidad con las erogaciones generadas a los beneficiarios por el incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la Contratista.

LA CONTRATANTE podrá deducir el monto de la multa del monto mensual facturado, en forma automática, una vez cumplidas las disposiciones establecidas en la presente cláusula. En caso de que los incumplimientos de contrato fueran graves, la Contratante podrá solicitar la rescisión del contrato, previo cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 2051/03, sus modificatorias y reglamentaciones.

Dirección de la U.O.C. · Dirección General de Administración y Finanzas · MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

Donde Dice:

1) Los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos y/o facturados, no podrán ser superiores a los de las farmacias de plaza o comercio del ramo, según el precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **El sobrecosto en los precios de los medicamentos comprobados fehacientemente sin que medie justificación valida a criterio de la contratante, será considerada como falta administrativa y su reincidencia en este caso será motivo de multa.**

Debe Decir:

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

Donde Dice:

Los beneficiarios podrán solicitar la inclusión de profesionales médicos para formar parte del plantel de especialistas; la prestadora deberá proceder a las gestiones correspondientes para iniciar la negociación y si hubiere acuerdo entre el profesional y la prestadora de servicios , la misma deberá comunicar los profesionales incluidos en la cartilla del Ministerio, en caso de que no exista acuerdo, deberá informar a la contratante. El plazo de comunicación desde la solicitud realizada por la contratista no deberá exceder de 30 días corridos, caso contrario será considerada como una **falta administrativa.**

Debe Decir:

Los beneficiarios podrán solicitar la inclusión de profesionales médicos para formar parte del

plantel de especialistas; la prestadora deberá proceder a las gestiones correspondientes para iniciar la negociación y si hubiere acuerdo entre el profesional y la prestadora de servicios, la misma deberá comunicar los profesionales incluidos en la cartilla del Ministerio, en caso de que no exista acuerdo, deberá informar a la contratante. El plazo de comunicación no deberá exceder 30 días corridos.

Donde Dice:

La solicitud de reembolso por parte del Titular, Beneficiario o Adherente, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 15 días corridos posteriores a la solicitud de reembolso, contados desde la presentación de la totalidad de documentaciones requeridas el cual se efectuará los días hábiles y en horario de oficina, caso contrario será considerada como una **falta administrativa**.

Debe Decir:

La solicitud de reembolso por parte del Titular, Beneficiario o Adherente, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 15 días corridos posteriores a la solicitud de reembolso, contados desde la presentación de la totalidad de documentaciones requeridas el cual se efectuará los días hábiles y en horario de oficina. **Para la solicitud del reembolso, la factura a presentar, debe estar al nombre de la Prestadora de Servicios, especificando el RUC de la misma.**

Donde Dice:

Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, mediante correo electrónico o vía fax, en caso de existir una "no cobertura", la empresa prestadora de servicios (Pre paga) deberá realizar las explicaciones correspondientes al asegurado por cualquier medio tecnológico. En caso de no realizar las explicaciones correspondientes al asegurado como máximo hasta el día siguiente hábil, se considerara una **falta administrativa.**

Debe Decir:

Las visaciones de las órdenes de estudios de diagnóstico, son obligatorias, las cuales se

deberán efectuar en la oficina de la Prestadora, mediante correo electrónico o vía fax, en caso de existir una "no cobertura", la empresa prestadora de servicios (Pre paga) deberá realizar las explicaciones correspondientes al asegurado por cualquier medio tecnológico.

Donde Dice:

Atención Domiciliarias: Se requiere en aquellos casos que no constituye una emergencia o urgencia, las 24 horas de los 365 días del año. Esta deberá ser atendida por Médico Clínico o Pediatra que se traslada en Unidad Especial conducida por un Auxiliar-Enfermero y equipada con determinada aparatología, con el fin de brindar una mejor atención. El Servicio de Atención Domiciliaria será prestado en un tiempo no mayor de 1 (una) hora, contando desde la recepción de la llamada (indefectiblemente). Caso contrario será considerado como una falta administrativa.

Debe Decir:

Atención Domiciliarias: Se requiere en aquellos casos que no constituye una emergencia o urgencia, las 24 horas de los 365 días del año. Esta deberá ser atendida por Médico Clínico o Pediatra que se traslada en Unidad Especial conducida por un Auxiliar-Enfermero y equipada con determinada aparatología, con el fin de brindar una mejor atención. El Servicio de Atención Domiciliaria será prestado en un tiempo no mayor de 1 (una) hora, contando desde la recepción de la llamada (indefectiblemente).

OBSERVACION: CORRESPONDE AL LOTE NRO. 2

Donde Dice:

CONSULTAS (100%)

En consultorios en día y hora de atención normal, con cobertura total.

Los turnos para consultas y/o tratamientos no deberá en ningún caso exceder los 8 (ocho) días corridos para la nueva consulta y/o tratamiento. El profesional que inicia un tratamiento al asegurado deberá de agendar o derivar a otro profesional el caso del paciente, si fuese necesario, para dar continuidad o finalizar el tratamiento correspondiente.

La contratista podrá derivar con cualquier profesional al asegurado con el fin de cumplir con el plazo establecido precedentemente, no obstante, en caso que el asegurado no acepte dicha derivación y manifieste que desea ser atendido por un profesional específico, el plazo será

como máximo de 15 días corridos.

Observación: Caso contrario será considerado una falta administrativa.

Debe Decir:

CONSULTAS (100%)

En consultorios en día y hora de atención normal, con cobertura total.

Los turnos para consultas y/o tratamientos no deberá en ningún caso exceder los 8 (ocho) días corridos para la nueva consulta y/o tratamiento. El profesional que inicia un tratamiento al asegurado deberá de agendar o derivar a otro profesional el caso del paciente, si fuese necesario, para dar continuidad o finalizar el tratamiento correspondiente.

La contratista podrá derivar con cualquier profesional al asegurado con el fin de cumplir con el plazo establecido precedentemente, no obstante, en caso que el asegurado no acepte dicha derivación y manifieste que desea ser atendido por un profesional específico, el plazo será como máximo de 15 días corridos.

OBSERVACION: CORRESPONDE AL LOTE NRO. 3

Donde Dice:

URGENCIAS (100%)

Deberá disponer de un servicio de guardia las 24 horas, para casos de urgencias y emergencias, sin costo para el beneficiario. En caso de constatarse la falta de atención en urgencia o emergencia durante las 24 horas del día, será considerado una falta administrativa El costo de Atención de las urgencias en el interior se hará por Sistema de reembolso (a cargo del seguro), hasta la suma de Gs. 170.000 y como máximo 2 veces en el mes.

Debe Decir:

URGENCIAS (100%)

Deberá disponer de un servicio de guardia las 24 horas, para casos de urgencias y emergencias, sin costo para el beneficiario. El costo de Atención de las urgencias en el interior se hará por

Sistema de reembolso (a cargo del seguro), hasta la suma de Gs. 170.000 y como máximo 2 veces en el mes.

OBSERVACION: CORRESPONDE AL LOTE NRO. 3

Donde Dice:

***** CONVENIO ENTRE LA PRESTADORA DEL SERVICIO MÉDICO SANATORIAL INTEGRAL (PRE-PAGA) Y LA ASEGURADORA DEL EXCESO DE GASTOS MÉDICOS:**

Esta Cartera de Estado actualmente cuenta con cobertura médica Pre- paga y a su vez con un seguro por excesos de gastos médicos. Las obligaciones de cobertura por exceso de gastos médicos son exigibles a la aseguradora a partir de que la pre- paga niegue la cobertura por sobrepasar la cobertura otorgada conforme a las disposiciones del PBC.

La pre-paga deberá poner a conocimiento y disposición de la aseguradora y de la contratante, toda información y documentación relacionada a un exceso de gastos médicos conforme a las disposiciones del PBC, a modo tal que la empresa aseguradora tenga conocimiento sobre dicha situación y pueda hacerse cargo de los costos que le corresponden.
La pre paga y la aseguradora deberán trabajar coordinadamente a modo tal de cumplir las obligaciones correspondientes en la proporción que le corresponda a cada una en relación a cualquier evento relacionado con algún asegurado, es decir deberán satisfacer toda obligación en tiempo y forma conforme a las condiciones contractuales que corresponden a cada una sin necesidad de solicitar ningún aval al asegurado.

Además la pre paga queda obligada a facilitar a la aseguradora la cartilla de prestadores a fin de que esta última pueda realizar con ellos las gestiones que fueran necesarias para cubrir los eventos que correspondan, conforme al contrato suscripto entre la aseguradora y la convocante.

Debe Decir:

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES · Dirección de la U.O.C. · Dirección General de Administración y Finanzas

a. La pre paga queda obligada a facilitar a la aseguradora la cartilla de prestadores a fin de que esta última pueda realizar con ellos las gestiones que fueran necesarias para cubrir los eventos que correspondan, conforme al contrato suscripto entre la aseguradora y la convocante.

b. La Prepaga facilitara la información, ha pedido expreso de la Aseguradora: el Nombre, Nro. de Teléfono, Direccion y la identificación del encargado del prestador en donde se efectué un exceso de gastos, mediante los medios de comunicación disponibles e indicados entre las partes, a fin de que la Aseguradora se encargue de los gastos que incurra el beneficiario, en el caso que corresponda, conforme a su especificaciones del llamado licitatorio al cual se encuentre obligado.

Donde Dice:

Respecto a los Centros Asistenciales, la Prestadora de Servicio deberá contar en:

- Asunción y gran Asunción (mínimo 20), con por lo menos un centro asistencial en las siguientes ciudades; San Lorenzo, Luque, Limpio, Lambaré, MRA y Fernando de la Mora) de los cuales mínimamente se deberá contar con:

- **Tres (tres) centros asistenciales de Nivel 3"- Alta Complejidad, según categorización de la Superintendencia de Salud**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Cinco (5) establecimientos con categoría correspondiente al "Nivel 2"- Mediana Complejidad según categorización de la Superintendencia de Salud**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Cinco (5) cinco centros asistenciales deberán contar con Unidad de Terapia Intensiva Adultos.**
- **Tres (3) establecimientos con Unidad de Terapia Intensiva Niños**
- **(1) Centro Médico Exclusivo Pediátrico y Especializado para niños, para URGENCIAS, CONSULTAS E INTERNACIONES en la ciudad de Asunción**

Debe Decir:

Respecto a los Centros Asistenciales, la Prestadora de Servicio deberá contar en:

- Asunción y gran Asunción (mínimo 20), con por lo menos un centro asistencial en las siguientes ciudades; San Lorenzo, Luque, Limpio, Lambaré, MRA y Fernando de la Mora) de los cuales mínimamente se deberá contar con:

- **Tres (tres) centros asistenciales de Nivel 3"- Alta Complejidad, según categorización de la Superintendencia de Salud**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Cinco (5) establecimientos con categoría correspondiente al "Nivel 2"- Mediana Complejidad según categorización de la Superintendencia de Salud**, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Cinco (5) cinco centros asistenciales deberán contar con Unidad de Terapia Intensiva Adultos.**

- **Dos (2) establecimientos con Unidad de Terapia Intensiva Niños**

(1) Centro Médico Exclusivo Pediátrico y Especializado para niños, para URGENCIAS, CONSULTAS E INTERNACIONES en la ciudad de Asunción

Fecha tope de Entrega de Sobres: 13 de Enero de 2016 – Hasta las 09:00 hs.
Fecha de Apertura de Sobres: 13 de Enero de 2016 – 09:10 hs.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección General de Administración y Finanzas
Dirección de la U.O.C.

Abog. Rodrigo Irala Jara
Director de la Unidad Operativa de Contrataciones