ADENDA Nº 01
LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL Nº 02/18
"ADQUISICIÓN DE SEGURO MEDICO PARA FUNCIONARIOS DE LA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS"
ID. 340031

La SENAD de conformidad al Art. 22 de la Ley Nº 2051/03 inciso "b" y el Art. 40 del Decreto Nº 21.909, que reglamenta la citada Ley y en uso de sus atribuciones, emite la siguiente Adenda a fin de modificar la fecha tope de consultas, la fecha y hora tope de respuestas, la fecha de inicio de la propuesta, la fecha de finalización de la propuesta, la fecha y hora de la etapa competitiva, la fecha de entrega física, la fecha de la apertura física. Igualmente se modifica la experiencia, capacidad técnica y las especificaciones técnicas:

SECCIÓN II. CRITERIOS DE EVALUACION Y REQUISITOS DE CALIFICACION

2. REQUISITOS PARA CALIFICACION POSTERIOR

(b). Experiencia y Capacidad Técnica

Experiencia:

- ✓ El Oferente deberá presentar copia de contratos ejecutados de provisión de servicio de seguro médico, por un monto equivalente al 50 % como mínimo del monto total ofertado en la presente licitación dentro de los tres últimos años (2015, 2016 y 2017). Podrán presentar la cantidad de contratos y recepciones finales que fueren necesarios para acreditar el volumen o monto solicitado.
- ✓ Debe contar con al menos 3 (tres) contratos de prestación en medicina pre paga con organizaciones de al menos 500 asegurados y sus respectivas constancias de servicio satisfactorio en los años 2015, 2016 y 2017.

Capacidad Técnica

- ✓ Listado de países con sus respectivos números de contactos en los cuales los beneficiarios del seguro pueden hacer uso del servicio ofrecido.
- ✓ Listado de farmacias con descuentos del 30 % para medicamentos nacionales y 20 % para medicamentos importados (Con Carácter de Declaración Jurada).

SECCIÓN III. REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS

1. Especificaciones Técnicas

BENEFICIARIOS: Son Beneficiarios de este contrato las personas que figuren en la lista suministrada por la SENAD al Oferente Adjudicado (Funcionarios Permanentes y Contratados por la SENAD y sus grupos familiares). La cobertura y derechos que confiere el contrato serán para los beneficiarios titulares, sus grupos familiares y adherentes y todos tendrán los mismos derechos estipulados en el contrato, con excepción de la cobertura de maternidad, que será garantizada para las titulares, cónyuges del titular e hijas solteras del titular, hasta el día que cumpla los 20 (Veinte) años de edad. Se excluye de esta cobertura las adherentes pagas.

Grupo Familiar

Titular casado/a, su conyugue (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho debidamente certificado), sus hijos hasta el día en que cumplan 20 años, hijos discapacitados mentales y/o físicos debidamente documentados sin límites de edad. Serán sin cargo hasta 04 (cuatro) hijos. A partir del quinto hijo se abonará una cuota equivalente al 12, 5% del precio adjudicado por cada Titular.

Titular con divorcio vincular y **Titular Viudo/a** declarados ante la SENAD incluirán como miembros del grupo familiar a sus hijos/as, hasta el día en que cumplan 20 años de edad, hijos discapacitados mentales y/o físicos debidamente documentados sin límites de edad. Serán sin cargo hasta 04 (cuatro) hijos. A partir del 5to se abonará una cuota equivalente al 12, 5% del precio adjudicado por cada Titular. En caso de no tener hijos podrán incluir a uno de sus padres, el que no podrá ser sustituido por el otro durante la vigencia del contrato, salvo en caso de fallecimiento del que fuera registrado inicialmente. En caso de contraer matrimonio pasarán a la categoría correspondiente.

Titular soltero/a, incluirá como miembros del grupo familiar a sus hijos/as hasta el día en que cumplan 20 años, hijos discapacitados mentales y/o físicos debidamente documentados sin límites de edad. Serán sin

cargo hasta 04 (cuatro) hijos. A partir del 5to se abonará una cuota equivalente al 12, 5% del precio adjudicado por cada Titular por cada hijo. En caso de contraer matrimonio pasará a la categoría correspondiente.

Titular soltero/a, en caso de no tener hijos podrá incluir a uno de sus padres, el que no podrá ser sustituido por el otro durante la vigencia del contrato, salvo en caso de fallecimiento del que fuera registrado inicialmente. En caso de contraer matrimonio pasará a la categoría correspondiente.

En caso de existir algún funcionario/a casado/a también con otro funcionario/a de la SENAD uno de ellos podrá incluir como beneficiario sin cargo a hasta 4 (cuatro) hijos, menores de 20 años, y el cónyuge podrá incluir a uno de sus padres, el que no podrá ser sustituido por otro padre durante la vigencia del contrato, salvo en caso de fallecimiento del que fuera registrado inicialmente.

Los topes de medicamentos, descartables y oxígeno se aplicarán una vez por evento y hasta dos eventos por año, para todo servicio que requiera el paciente desde el ingreso hasta el alta y comprende lo utilizado en sala, quirófano, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad del Terapia Intermedia y Alta Complejidad.

Adherentes (sin derecho maternidad)

Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) podrá solicitar la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios (a excepción del servicio de maternidad).

Podrán ser adherentes:

Padre y/o madre del titular, mediante el pago de una cuota mensual equivalente al 50% (cincuenta por ciento) del precio adjudicado hasta que cumpla los 60 años de edad; del 60 % (sesenta por ciento) para aquellos padres que tengan entre 60 hasta 70 años de edad, y del 70 % (setenta por ciento) para los padres cuya edad sea mayor a 70 años, cada uno.

Los hermanos solteros del Titular hasta el día que cumplan los 20 años de edad y los **hijos solteros del Titular** desde los 20 años de edad cumplidos hasta el día que cumplan los 30 años de edad, podrán adherirse pagando una cuota del 60 % (sesenta por ciento) del precio adjudicado por cada titular, cada uno.

Hijos del Titular menores de 20 años: A partir del 5to hijo podrán adherirse pagando una cuota mensual equivalente al 12,5 % (Doce punto Cinco por ciento) del precio adjudicado por cada titular, cada uno.

La opción de incluir **BENEFICIARIOS ADHERENTES** será responsabilidad exclusiva de cada **TITULAR** y las cuotas serán abonados por cada **TITULAR** en forma directa a la **PRESTADORA DE SERVICIOS**, ya sea por débito automático o en efectivo (El mismo será acordado entre el **TITULAR** con la **PRESTADORA DE SERVICIOS**). La **SENAD** solo tiene compromiso contractual de pago por los **TITULARES Y GRUPOS FAMILIARES**, registrado en la cobertura conforme a las condiciones establecidas para el efecto.

Los **BENEFICIARIOS ADHERENTES** permanecerán en esta condición desde su incorporación hasta el vencimiento del contrato o en su defecto hasta el día en que el **TITULAR** del seguro sea desvinculado laboralmente de la Institución por cualquiera de las causas establecidas en la Ley.

La **PRESTADORA DE SERVICIOS** no podrá unilateralmente excluir a ningún **ADHERENTE**, por reglamentación interna, sólo suspender temporalmente el servicio por falta de pago, hasta la regularización del mismo. Si la mora en el pago por un adherente fuera superior a 30 (treinta) días, el mismo será dado de baja sin posibilidad de volver a ingresar durante la vigencia de este contrato.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

Se concede la **VIGENCIA INMEDIATA** en todos los servicios. Una vez firmado el contrato, se notificará a la **PRESTADORA DE SERVICIOS** que el mismo ya ha sido suscripto y a partir de esa notificación entrará en vigencia la utilización de los servicios (previamente la SENAD comunicará el listado de funcionarios y grupos familiares con todos los datos necesarios).

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN

1. Los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos o no cubiertos en todos los servicios, no podrán ser superiores a los fijados para la venta por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los **SANATORIOS ADHERIDOS EN CONVENIO** con la **PRESTADORA DEL SERVICIO**, se

abstendrán de imponer al paciente, para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad (tales como filmaciones, toma fotográfica u otros similares) o cualquier disposición interna que minimice los derechos reconocidos en el presente instrumento.

2. Los **BENEFICIOS** y la **COBERTURA** de este contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos (excepto los no cubiertos) y serán realizados en los centros habilitados por la prestadora del servicio.
3. La Utilización de los equipos propios de los sanatorios y centros de diagnósticos habilitados, aplicados en las especialidades médicas del presente contrato tendrán una cobertura total por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. Los equipos que deban ser alquilados o sean propiedad del profesional tendrán una cobertura del 30%, por parte de la prestadora del servicio.
4. El **CARNET IDENTIFICATORIO** junto con la cédula de identidad actualizada, serán válidos para la utilización de los servicios en todos los **CENTROS HABILITADOS** (sanatorios, farmacias, Etc.) en convenio en el Territorio Nacional.
5. Los prestadores médicos, sanatoriales, urgencias, imágenes, análisis de laboratorio, consultas, etc., propuestos por la **PRESTADORA DE SERVICIOS** brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el contrato. La prestadora de servicios dispondrá los sanatorios, centros de estudios y otros prestadores en los cuales los beneficiarios podrán recibir las atenciones requeridas. Sólo las consultas ambulatorias y de urgencias no requerirán autorización previa.
6. Para los implantes de prótesis **LA PRESTADORA DE SERVICIOS** está obligada a la presentación de constancias de calidad de los materiales a utilizar, es decir la misma deberá ser de la mejor calidad independientemente del precio, informando al paciente o familiar de esta situación, con los documentos comprobatorios, quienes se reservan el derecho de aceptarlos.
7. LA PRESTADORA DE SERVICIOS proveerá a todos los TITULARES de una copia de la SECCION III REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS (coberturas) del Contrato suscripto, además del listado de prestadores en convenio con indicación de especialidades, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados, dentro del plazo no mayor a 60 días de haber firmado el contrato.
8. Los **CARNETS IDENTIFICATORIOS** deberán tener únicamente los datos del asegurado para cada caso (asegurado titular, asegurado del grupo familiar y asegurados adherentes); no se deberá incluir en el mismo la denominación y el logo de la SENAD y se entregarán a cada beneficiarios, sin costo, en un plazo no mayor a 15 días de recibida la nómina respectiva. Antes de la entrega de los carnets los beneficiarios accederán a los servicios con la sola presentación de la cédula de identidad actualizada.
9. La **PRESTADORA DE SERVICIOS** no podrá limitar los derechos de los beneficiarios por medio de reglamentaciones internas a sus contratados y/o proveedores, es decir, no limitará la solicitud de exámenes, análisis, consultas, etc. a sus profesionales médicos o proveedores de servicio que ocasionen menoscabo a los beneficios contenidos en la cobertura.
10. Todo medicamento o insumo que no se haya utilizado íntegramente por el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del **BENEFICIARIO** y tendrá que ser entregado y retirado por el mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.
11. **El sanatorio habilitado** y cuando así lo requiera cada **BENEFICIARIO**, entregará el estado de cuenta de la cobertura con todos los detalles de los gastos imputados.
12. **LA PRESTADORA DE SERVICIOS** deberá poner a disposición de los **BENEFICIARIOS** un plantel médico para todas las especialidades solicitadas, debiendo estar todas y cada una de ellas cubiertas durante la vigencia del presente contrato.
13. La **PRESTADORA DE SERVICIOS** deberá contar con personal administrativo a disposición del **BENEFICIARIO** en forma permanente (24 horas), incluyendo sábados, domingos y feriados con el objeto de cumplir con la cobertura sanatorial de los servicios requeridos, las gestiones para las visaciones de estudios y coberturas. Se considerará como responsabilidad de la **PRESTADORA DE SERVICIOS** la expedición oportuna y efectiva de todas las visaciones y coberturas que sean requeridas.
14. Los médicos y otros profesionales de la salud que realicen atenciones en consultorios particulares habilitados en la guía de prestadores en los horarios establecidos, en ningún caso solicitarán cobro de sus consultas (excepto en caso de profesionales con co-pago); procedimientos, tratamientos, estudios (según Anexos) y controles con cobertura, los cuales estarán garantizados con la vigencia del contrato.
15. En cuanto al alta del paciente, los trámites administrativos no deberán demorar más del tiempo usualmente necesario después de que los profesionales médicos involucrados firmen el alta correspondiente.
16. Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y provistas por el mismo.
17. Se contempla como propio de cada servicio (Internaciones, parto, terapia intensiva e intermedia, quirófano, ambulancias, etc.) la provisión de oxígeno en todas sus aplicaciones dentro de los límites de medicamentos del contrato para cada servicio.

18. La provisión de materiales descartables/desechables será dentro de los límites del contrato. Los insumos propios del servicio de habitación tales como jabón, papel higiénico, provisión de sábanas, toallas para el paciente, serán a cargo de la **PRESTADORA** sin costo para el asegurado.
19. Las dudas que pueda surgir en la interpretación de las relaciones deber ser resueltas aplicando el principio "in dubio pro asegurado", es decir, el principio con arreglo al cual los supuestos de duda en el presente contrato de seguro deben ser resueltos a favor del asegurado.
20. La cobertura solicitada será para la totalidad de los funcionarios de la SENAD que estén incluidos en el listado previsto por la misma a la Prestadora.
21. En ningún caso podrá ser rechazado del seguro el titular o su grupo familiar o adherente, aduciendo enfermedades contraídas con anterioridad. Las coberturas deberán ser brindadas en su totalidad, dentro de los límites del contrato.
22. Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de la **PRESTADORA DE SERVICIOS** y centros habilitados y figuren en la guía de profesionales presentados con la oferta serán sin cargo para el beneficiario para servicios amparados por este contrato.
23. La SENAD facilitará a la **PRESTADORA DE SERVICIOS,** al inicio del contrato la nómina de funcionarios y su grupo familiar a las que deberá dar de alta para la prestación del servicio. Para las sucesivas altas de funcionarios y su grupo familiar para la prestación del servicio, bastará la comunicación mensual de las mismas, por parte de la SENAD. Con la misma periodicidad se comunicarán las bajas de funcionarios y su grupo familiar que deberán descontarse, en la parte que corresponda, del pago del servicio. La comunicación de la incorporación de nuevos titulares y su grupo familiar y/ o bajas deberán ser realizada por la Contratante antes de finalizar el mes, a efectos de iniciar o suspender la cobertura el día 1 (uno) del siguiente mes.
24. Los siguientes estados clínicos y tratamientos como crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas, están cubiertos dentro de los límites del contrato.
25. En caso de discrepancias en la definición y/o aplicación de las prestaciones contractuales, se estará conforme a lo que establezca la dependencia especializada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, posición que deberá ser aceptada por las partes.
26. La prestadora de servicio deberá mantener la capacidad y la calidad para satisfacer los servicios en cuanto a infra estructura y atención profesional, tanto para el Gran Asunción como en el Interior de la República, en forma plena conforme a la oferta que resulte adjudicada, en especial en lo relacionado a la saturación en la atención de los beneficiarios.
27. Los datos de los funcionarios permanentes y contratados deberán ser tratados con absoluta discreción. La base de datos que será creada por la **PRESTADORA DE SERVICIOS** no deberá vincular el nombre y apellido de los asegurados con el lugar de trabajo "SENAD", a fin de preservar los datos de los mismos, considerando las tareas realizadas.

COBERTURA

Se entenderá como cobertura "por evento", a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se haya resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgico. Para fines de cobertura se considerará evento al motivo principal de la internación.

Centros de Diagnóstico y Laboratorios de Análisis Clínicos: este servicio debe cubrir a los pacientes que concurren a los centros o laboratorios en forma programada o en casos de urgencias las 24 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables para las determinaciones químicas y microbiológicas (screening toxicológico en orina y en sangre exclusivamente para titulares y a pedido de la SENAD).

Los laboratorios y centros de diagnósticos serán de reconocida trayectoria y serán determinados por la prestadora de servicios, en el área de Asunción, Gran Asunción e interior del país, los cuales serán comunicados por escrito a la CONTRATANTE.

Si el paciente se encuentra imposibilitado físicamente de acudir al laboratorio las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados por la **PRESTADORA DE SERVICIOS**, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica, siendo dicho servicio a cargo de la **PRESTADORA DE SERVICIOS**. Los recargos por traslados a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la **PRESTADORA DE SERVICIOS.**

PROGRAMA DE SUMINISTROS
ASISTENCIA MEDICA – SANATORIAL INTEGRAL

A) INTERNACIONES

Con cobertura inmediata, en centros asistenciales designados y habilitados por la prestadora del servicio, en habitación individual, baño privado, teléfono, televisión, dieta oral del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales detallados en los Anexos, hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse y la cobertura se dará según lo establecido en los diferentes ítems del presente plan de cobertura.

Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas (excepto las excluidas) además de la utilización de los equipos propios de los sanatorios. Los equipos alquilados o que sean propiedad del profesional, tendrán una cobertura de hasta el 30 % (treinta por ciento) a cargo de la prestadora.

Estarán cubiertos los procedimientos endoscópicos (excepto los excluidos y según Anexo de estudios) y laparoscópicos con fines de diagnóstico (según Anexos) y tratamiento, con endoscopios rígidos y flexibles, incluyendo honorarios médicos y de anestesia para las especialidades de cirugía general adultos y niños, gastroenterología, urología, neumología, ginecología y traumatología (incluyendo uso de equipos y video propios de los centros habilitados. Los equipos que serán alquilados o sean de propiedad del profesional que ha realizado el estudio, tendrá una cobertura de hasta el 30% (treinta por ciento) a cargo de la prestadora.

Cobertura de **medicamentos** nacionales e importados y oxígeno en todas sus aplicaciones, por valor de veinte millones guaraníes **(Gs. 20.000.000)** por evento y en todo concepto, sea por intervenciones clínicas, quirúrgicas, alta complejidad, partos y cesáreas para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes (excepto maternidad para adherentes pagos). Cobertura de **materiales descartables**- desechables y de uso personal utilizados, por valor de tres millones quinientos mil guaraníes **(Gs. 3.500.000).**

En el caso de que el paciente requiera Sangre, Plasma y/o derivados, El Sanatorio o Centro Asistencial deberán proveer la misma, según disponibilidad y posteriormente los familiares o allegados deberán hacer la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la sangre, plasma y/o derivados, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO. La cobertura incluye honorarios, descartables y estudios serológicos.

Desde el primer día de internación EL SANATORIO deberá proveer al familiar del paciente, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En ningún caso, el centro de internación podrá requerir garante o aval alguno ya sea personal o en efectivo al beneficiario por la prestación de los servicios, antes de agotadas las coberturas correspondientes. El centro de internación tendrá derecho a solicitar un depósito previo en caso de cirugías programadas con coberturas parciales o para cubrir prótesis y similares.

B) HONORARIOS PROFESIONALES:

Cobertura inmediata en consultorios e internaciones clínicas o quirúrgicas (dentro de los límites del plan) y servicios de urgencias, estudio de diagnósticos (según anexos) y procedimientos cubiertos en las siguientes especialidades, sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos a excepción de aquellos de alto riesgo tales como automovilismo, boxeo, artes marciales, etc.

Clínica Médica. Inspección médica solicitada la institución	Toxicología	Alergología adultos y niños

Cirugías general menor y mayor convencionales y video laparoscópicas	Anestesiología y Analgesias en partos	Cirugía plástica reparadora funcional en eventos agudos (no estética)
Cirugía cardiaca (adultos y pediátricos) y hemodinamia según apartado de Alta Complejidad	Anatomía Patológica (incluyendo biopsias de todo tipo)	Geriatría
Cardiología clínica y pediátrica + asistencia operatoria a solicitud del cirujano (pacientes ASA III o superior)	Psiquiatría: consultas y tratamientos ambulatorios	Mastología
Pediatría y neonatología consultas, inspección médica en general solicitada por Instituciones. Vacunaciones sin cargo para el asegurado según esquema obligatorio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y provistas por el mismo	Coloproctología	Hepatología
Ginecología y Obstetricia	Oncología clínica Quimioterapia: honorarios hasta 10 sesiones y medicamentos según alta Complejidad	Radioterapia curativa: cobertura del 50%
Otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. Endoscopia nasal diagnóstica	Infectología (adulto y pediátrico)	Diabetología
Traumatología y ortopedia (adulto y pediátrico). Cirugía de manos . Fisioterapias en general (onda corta, ultrasonido, magnetoterapia) hasta 10/beneficiario/año	Oftalmología: ejercicios ortópticos hasta 10 beneficiario/año	Dermatología (adultos y niños) Incluye extracción de nevus (lunares). No incluye procedimientos con fines estéticos.
Fisioterapia neurológica: hasta 10 beneficiario/año	Hematología (adulto y pediátrico)	Reumatología

Urología (adulto y pediátrico): litotripsias (endoscópicas, quirúrgicas y percutáneas según apartado de Alta Complejidad). Estudios endoscópicos: ver anexo de estudios cubiertos	Nefrología (adulto y pediátrico) incluyendo hemodiálisis en los casos de insuficiencia renal aguda (hasta dos por año por beneficiario)	Dietología-Nutrición (consultas y tratamiento elaboración de dietas con fines médicos) + honorarios por preparados de nutrición enteral y parental en internaciones.
Según apartado de Alta Complejidad: Clínica neurológica y cirugía del sistema nervioso periférico y central, incluyendo las de columna	Neumología (adulto y pediátrico) fisioterapia pulmonar hasta 10/beneficiario/año	Fonoaudiología (evaluaciones y rehabilitación: hasta 10 sesiones/beneficiario/año)
Gastroenterología (adulto y pediátrico): endoscopías diagnósticas (según anexos) y de tratamiento. Gastrostomía (no incluye KIT)	Hemoterapia (transfusionista) + incluye cobertura de materiales y descartables utilizados además de los estudios serológicos	Endocrinología
Según apartado de Alta Complejidad: cirugía torácica	Cirugía Oncológica (incluye derecho operatorio)	Cirugía Pediátrica
Flebología (várices): solo consultas	Psicopedagogía: consultas (evaluación diagnóstica) tratamientos: hasta 10 sesiones/beneficiario/año.	Otoneurología
Psicología Clínica: adultos y niños. Tratamientos hasta 10sesiones/beneficiario/año, incluye test psicológico elemental.	Transfusionista	

Las consultas, en especialidades médicas que no se registren en el cuadro que antecede, tendrán un arancel del 100 % (cien por ciento) a cargo del asegurado.

La **PRESTADORA DE SERVICIOS**, deberá gestionar la contratación de los profesionales requeridos por la Contratante.

Los profesionales médicos de la lista de la **PRESTADORA DE SERVICIOS** estarán a disposición del **BENEFICIARIO** en forma permanente, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales que se registra en la lista de la **PRESTADORA DE SERVICIOS**, salvo causas de disponibilidad fundadas en las l eyes laborales vigentes.

Cualquier modificación del listado de profesionales deberá ser comunicada con antelación a la Contratante y el profesional excluido será inmediatamente reemplazado por otro de igual especialidad.

Servicio de Reintegros

El beneficiario y su grupo familiar, podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro y la cobertura se realizará por el sistema de reembolso hasta Gs. 100.000 (Guaraníes cien mil), por mes por grupo familiar.

La solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarse hasta 30 días posteriores de la consulta y el pago o reembolso se realizará dentro de los 30 días posteriores a la solicitud y presentación de la factura original.

Los puntos que no hayan sido modificados por la presente Adenda, siguen invariables y con plena vigencia.

Se remite la presente Adenda, que consta de 08 (ocho) hojas como complemento del Pliego de Bases y Condiciones, la cual pasa a formar parte de la misma y deberá presentarse como contenido del sobre debidamente numerado y rubricado por el Representante de la firma oferente.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
REPUBLICA DEL PARAGUAY
DIRECCION U.O.C.
SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS

Lic. Alcides Gamarra Colman
Director de la UOC
SENAD