ADENDA Nº 02/ 2016

Ref.: LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 06/2016 "SERVICIO DE MEDICINA PREPAGA PARA FUNCIONARIOS DE LA GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO CENTRAL – AD REFERENDUM – PLURIANUAL 2017-2018" ID Nº 318.700

De nuestra mayor consideración:

Le comunicamos que hemos realizados modificaciones al PBC:

Donde Dice:

Sección III. Suministros Requeridos

ESPECIFICACIONES TECNICAS

Se entenderá por grupos familiares, al titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho debidamente legalizado), sus hijos hasta los 18 años de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular. Se estima la cantidad de noventa (90) titulares casados.

EL PLAZO PARA LAS INCORPORACIONES DE ADHERENTES ES DE 120 (CIENTO VEINTE) DÍAS DESDE LA INCLUSION DEL BENEFICIARIO TITULAR.
LOS ADHERENTES PAGADOS DEBERAN PERMANECER HASTA LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO O HASTA QUE EL TITULAR SEA DESVINCULADO DE LA ENTIDAD (EN CASO DE DARSE LA MISMA ANTES DE LA FINALIZIÓN DEL CONTRATO) Y LOS TITULARES SERAN RESPONSABLES DEL PAGO DE LAS CUOTAS CORRESPONDIENTES POR LAS CUALES SUSCRIBIRAN UN CONTRATO TOTALMENTE INDEPENDIENTE AL CONTRATO CON LA CONVOCANTE, RESPETANDO LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.

Para la prestación del servicio de estudios laboratoriales, diagnósticos por imágenes, rehabilitación, estudios especializados y otros, la contratista deberá habilitar los mismos con las coberturas respectivas en los siguientes lugares, con las cantidades señaladas como mínimo y la utilización de los mismos estará a libre elección del asegurado.

Localidad	Locales habilitados para todos los servicios señalados
ASUNCION	3 (TRES)
SAN LORENZO	1 (UNO)
FERNANDO DE LA MORA	1 (UNO)
LUQUE	1 (UNO)
LAMBARE	1 (UNO)

Antes de proceder a la adjudicación la convocante podrá realizar una visita a los sanatorios y centros habilitados a fin de verificar que los mismos cuenten con la infraestructura solicitada en los términos de referencia.

D) TERAPIA INTERMEDIA

Hasta el alta del paciente.

Se entenderá que la cobertura es por persona, y se regirá en las mismas condiciones que el ítem anterior, siempre que el paciente ingrese y se retire de la unidad bajo esta modalidad.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 48 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables (incluyendo termómetros) u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición obligatoria correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones y los medicamentos o descartables que sean necesarios para el efecto, deberán ser cubiertos por EL SANATORIO.-

Debe entenderse que la cobertura de medicamentos y descartables se aplica por evento y se computa desde cero, por cada vez que el paciente se interne por otro evento, sin importar la cantidad de eventos mientras dure el contrato.

O) COBERTURA EN FARMACIAS, OPTICAS Y OTROS

La prestadora deberá presentar un plan de cobertura farmacéutica con descuento de hasta el 50% en compras, hasta que la suma del descuento llegue al monto de Gs. 1.500.000, por cada año de contrato y por cada beneficiario (incluyendo el titular y cada miembro de su grupo familiar), en medicamentos nacionales o importados.

Debe Decir:

Se entenderá por grupos familiares, al titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho debidamente legalizado), sus hijos hasta los 21 años de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular. Se estima la cantidad de noventa (90) titulares casados.

EL PLAZO PARA LAS INCORPORACIONES DE ADHERENTES ES DE 90 (NOVENTA) DÍAS DESDE LA INCLUSION DEL BENEFICIARIO TITULAR.
LOS ADHERENTES PAGADOS DEBERAN PERMANECER HASTA LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO O HASTA QUE EL TITULAR SEA DESVINCULADO DE LA ENTIDAD (EN CASO DE DARSE LA MISMA ANTES DE LA FINALIZIÓN DEL CONTRATO) Y LOS TITULARES SERAN RESPONSABLES DEL PAGO DE LAS CUOTAS CORRESPONDIENTES POR LAS CUALES SUSCRIBIRAN UN CONTRATO TOTALMENTE INDEPENDIENTE AL CONTRATO CON LA CONVOCANTE, RESPETANDO LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTAS ESPECIFICACIONES TECNICAS.

Para la prestación del servicio de estudios laboratoriales, diagnósticos por imágenes, rehabilitación, estudios especializados y otros, la contratista deberá habilitar los mismos con las coberturas respectivas en los siguientes lugares, con las cantidades señaladas como mínimo y la utilización de los mismos estará a libre elección del asegurado.

Localidad	Locales habilitados para todos los servicios señalados
ASUNCION	3 (TRES)
SAN LORENZO	1 (UNO)
FERNANDO DE LA MORA	1 (UNO)
LUQUE	1 (UNO)
LIMPIO	1 (UNO)

Antes de proceder a la adjudicación la convocante podrá realizar una visita a los sanatorios y centros habilitados a fin de verificar que los mismos cuenten con la infraestructura solicitada en los términos de referencia.

D) TERAPIA INTERMEDIA

Se entenderá que la cobertura es por persona, y se regirá en las mismas condiciones que el ítem anterior, siempre que el paciente ingrese y se retire de la unidad bajo esta modalidad.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada 48 horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables (incluyendo termómetros) u cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición obligatoria correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones y los medicamentos o descartables que sean necesarios para el efecto, deberán ser cubiertos por EL SANATORIO.-

Debe entenderse que la cobertura de medicamentos y descartables se aplica por evento y se computa desde cero, por cada vez que el paciente se interne por otro evento, sin importar la cantidad de eventos mientras dure el contrato.

O) COBERTURA EN FARMACIAS, OPTICAS Y OTROS

La prestadora deberá presentar como mínimo 2 (dos) cadenas de Farmacias con un plan de cobertura farmacéutica con descuento de hasta el 50% en compras, hasta que la suma del descuento llegue al monto de Gs. 1.500.000, por cada año de contrato y por cada beneficiario (incluyendo el titular y cada miembro de su grupo familiar), en medicamentos nacionales o importados.

Atentamente.

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO CENTRAL
Unidad Operativa de Contratación

Abog. Martin Daniel Ruiz Cáceres
Director Interino DUOC
Gobernación Departamento Central