ADENDA N° 1

LLAMADO A LICITACION POR LICITACION Nº 02/2017 POR SUBASTA A LA BAJA ELECTRONICA - AD REFERENDUM

SERVICIO DE SEGURO MEDICO
LPN (EXPEDIENTE N° 300.632 ID N° 321.843)

Asunción, 25 de enero de 2017.

Señores
OFERENTES
Presente

La Unidad Operativa de Contrataciones de la Presidencia de la República, Gabinete Civil, de conformidad a lo establecido en el (Art. 22, Ley 2051/03) procede a efectuar la adenda al Pliego de Bases y Condiciones para el llamado a Licitación Pública Nacional N° 02/2017 por Subasta a la Baja Electrónica - Ad Referéndum para el "Servicio de Seguro Médico" dichos documentos formaran parte a los documentos ya solicitados en el presente Pliego.

LOS SIGUIENTES PUNTOS QUEDAN REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

PUNTO 1

SECCION III
REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS

TITULAR CASADO: su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por unión de hecho)
Hijos/as hasta los veintitrés (23) años de edad, (sin límites de cantidad de hijos)
Hijos/as discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad.
Hijastros/as hasta los veintitrés (23) años (deberá presentar certificado de nacimiento del hijastro comprobando la filiación con el cónyuge o conviviente que también resultare ser del grupo familiar)

El divorcio vincular declarado por sentencia judicial podrá extinguir la calidad de beneficiario/a, a decisión del titular.

- **Observación – (hijos hasta los 23 años de edad):** debe interpretarse hasta los 23 años. A partir de los 24 años pasa a ser parte de los adherentes del titular)

TITULARES SOLTEROS/AS CON HIJOS: serán incluidos como miembros del grupo familiar a sus hijos hasta los veintitrés años (23) años si los tuviere.
Los hijos recién nacidos, formarán parte del grupo familiar del titular, desde el momento de su nacimiento en forma automática, en cualquier momento y sin límites de tiempo durante la vigencia del Contrato.

- **Observación – (hijos hasta los 23 años de edad):** debe interpretarse hasta los 23 años. A partir de los 24 años pasa a ser parte de los adherentes del titular)

TITULARES SOLTEROS/AS SIN HIJOS.

BENEFICIARIOS ADHERENTES/ OPCIONAL/ A CUENTA DEL TITULAR

Titular casado

- **Hijos con más de 23 años:** abonarán directamente una prima al contratista de hasta **veinte por ciento (20%)** del valor abonado por el grupo familiar. (sin límite de edad).

- **Observación – (hijos hasta los 23 años de edad):** debe interpretarse hasta los 23 años. A partir de los 24 años pasa a ser parte de los adherentes del titular)

- **Padres – Madres:** abonarán directamente al contratista una prima de hasta el **veinte por ciento (20%)** del valor abonado por el grupo familiar.

- **Suegros – Suegras:** abonarán directamente al contratista una prima de hasta **treinta por ciento (30%)** del valor abonado por el grupo familiar.

- **Hermanos:** abonarán directamente una prima al contratista una prima de hasta **20%** (veinte por ciento) del valor abonado por el grupo familiar. (sin límite de edad).

Titular soltero con hijos

- **Hijos con más de 23 años:** abonarán directamente una prima al contratista de hasta **veinte por ciento (20%)** del valor abonado por el grupo familiar. (Sin límite de edad).

  - **Observación – (hijos hasta los 23 años de edad):** debe interpretarse hasta los 23 años. A partir de los 24 años pasa a ser parte de los adherentes del titular).

- **Padres – Madres:** abonarán directamente al contratista una prima de hasta el **veinte por ciento (20%)** del valor abonado por el grupo familiar.

- **Suegros – Suegras:** abonarán directamente al contratista una prima de hasta **treinta por ciento (30%)** del valor abonado por el grupo familiar.

- **Hermanos:** abonarán directamente una prima al contratista una prima de hasta **20%** (veinte por ciento) del valor abonado por el grupo familiar. (sin límite de edad).

Titular soltero sin hijos

- **Padres – Madres:** abonarán directamente al contratista una prima de hasta el **veinte por ciento (20%)** del valor abonado.

- **Hermanos**: abonarán directamente una prima al contratista una prima de hasta **veinte por ciento (20%)** del valor abonado por el grupo familiar. (sin límite de edad).

OTROS ADHERENTES:
Podrá incluirse como beneficiarios a quienes tengan una relación de parentesco por consanguinidad ascendente y descendente solamente los **Abuelos, nietos y sobrinos,** para cuyo caso abonarán directamente a la contratista una prima de hasta el **treinta y cinco por ciento (35%)** del valor abonado por el grupo familiar.

La incorporación al seguro por parte de los beneficiarios adherentes, estará a cargo de cada titular. La opción de incluir adherentes y el compromiso de pago por los servicios recibidos en tal carácter será responsabilidad exclusiva de cada titular quien deberá abonar por tales servicios directamente a la Aseguradora, ya sea por débito automático o a través del centro de cobranzas que la misma indique. **El Gabinete Civil de la Presidencia de la República, deja expresamente establecido que solo tiene compromiso de pago por los titulares (entiéndase grupo familiar) y que no asume compromiso alguno de documentaciones requeridas ni del pago por los adherentes.**

Tratándose de un servicio de Medicina Pre-paga, el proveedor podrá suspender o excluir a todo adherente que no tenga sus pagos al día. El proveedor no podrá suspender o excluir a ningún adherente, salvo por razón de retraso en el pago del servicio.

El plazo para las incorporaciones de adherentes será de hasta noventa (90) días hábiles, desde la inclusión del beneficiario titular. No regirá el presente plazo, para los casos de nombramiento de personal o traslados definitivos, dentro del marco de movilidad laboral en la función pública, dispuesto en la Ley N° 1626/2000, donde el plazo de incorporación de los adherentes (90 días) hábiles se computará a partir del día siguiente de la fecha del acto administrativo de nombramientos o traslado definitivo del personal. Tampoco regirá el citado plazo en caso de nacimientos de hijos del Beneficiario. (Debe interpretarse en lo que respecta al grupo familiar del funcionario. (Cónyuge o conviviente e hijos nacidos) y Adherentes de los funcionarios recién incorporados.

CONDICIONES GENERALES DE LA PRESTACION:

1- El Proveedor deberá contar con los mismos sanatorios y médicos en las distintas especialidades, durante la vigencia del Contrato de Prestación del Servicio de Seguro Médico. Si por causas fortuitas o de fuerza mayor, los sanatorios y/o médicos deban ser excluidos del listado presentado para este llamado, el Proveedor queda comprometido a reemplazar por uno del mismo nivel o capacidad.

2- El Proveedor del Servicio de Seguro Médico, deberá contar con un personal administrativo especial, a fin de suministrar información o diligenciar documentaciones, en cuanto al servicio, para los Titulares y sus respectivos Adherentes.

3- La Convocante podrá en cualquier momento, dentro del plazo establecido para la ejecución del Contrato, realizar una auditoria médica, a fin de dar seguimiento a los casos de intervenciones o internaciones, que fueran necesarios.

4- El Proveedor y la Convocante se comprometen a suscribir adendas del contrato, previa conformidad de ambas partes durante la vigencia del contrato.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
Unidad Operativa de Contrataciones
Dirección Administrativa

5-El Proveedor que resulte adjudicado deberá contar con una cuenta corriente y/o caja de ahorro habilitada en un Banco de plaza, o en su defecto, hallarse en condiciones de poder habilitar una cuenta corriente y/o caja de ahorro a su nombre, a fin de poder hacer efectivo el Pago Directo a Proveedores y Acreedores vía acreditación en cuenta bancaria según las disposiciones del Decreto N° 7781/2006, para las Contrataciones con Organismos de la Administración Central.

6- El Gabinete Civil de la Presidencia de la República la inclusión y/o exclusión de los funcionaros en cualquier momento y sin límites de tiempo durante la vigencia del Contrato.

7- El Proveedor deberá remitir en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la adjudicación, el nombre de la persona que será el nexo entre el Gabinete Civil de la Presidencia de la República y la Aseguradora, que recibirá los documentos para la emisión de los carnets identificatorios.

8- El Proveedor proporcionará a cada *BENEFICIARIO* (entiéndase grupo familiar y adherentes), dentro de los quince (15) días hábiles, posteriores a la firma del Contrato, una tarjeta de identificación nueva de carácter intransferible, que lo acredita como tal y que deberá exhibir toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnóstico cubierto. La tarjeta identificadora deberá correr por cuenta del Proveedor, y de forma gratuita para los Beneficiarios. La tarjeta de identificación, deberá contener los datos de números telefónicos del proveedor, para casos de urgencia, reserva de turno y trámites administrativos.

9- La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa, en cuyo caso la renovación correrá por cuenta de la empresa aseguradora, de igual forma podrá recibir asistencia médica con la presentación de la cédula de identidad.

10- El proveedor entregará a cada titular, una cartilla con información de los servicios, listado de todos los Profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados.

11- Las visaciones de las órdenes médicas, podrán realizarse en todos los casos, en forma personal, vía correo electrónico o vía fax.

12- Las dudas que puedan surgir en la interpretación de las relaciones, deben ser resueltas aplicando "in dubio pro asegurado" es decir, el principio con arreglo al cual los supuestos de dudas en el presente contrato de seguro, deben ser resueltos en favor al asegurado.

13- El Gabinete Civil de la Presidencia de la República, facilitará al proveedor la nómina de funcionarios y su grupo familiar dentro de las 24 horas posteriores a la firma del contrato a los que deberá dar de alta para la prestación del servicio. Para las sucesivas altas y bajas de funcionarios y su grupo familiar la convocante deberá comunicar al proveedor entre el 1 y 5 de cada mes.

14- El proveedor deberá remitir en forma mensual, datos estadísticos, en cuanto a la siniestralidad de todos los servicios médicos utilizados por el titular, su grupo familiar y sus adherentes, a fin de facilitar las auditorias de los servicios respectivos. Dicha información podrá ser remitida en formato digital.

15- El Proveedor se compromete a proporcionar a los auditores médicos, administrativos y jurídicos, designados por el Gabinete Civil de la Presidencia de la República, todas las informaciones y documentaciones que sean solicitadas para el desempeño de sus funciones. Los auditores designados acompañaran los eventos cuando fuere necesario.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

Los Sanatorios que brinden servicios de internación sanatorial deben calificar con Categoría Nivel 3 otorgada por la Superintendencia de Salud, y contar con UTI Niños y adultos por separado - 3 tres para niños y 3 tres para adultos -; siendo así un mínimo de 6 (seis) UTI.

El nivel de categorización otorgado por el M.S.P y B.S.: para Asunción, 2 (dos) establecimientos de la categoría correspondiente al **"Nivel 3".** En cuanto a los demás centros asistenciales ofrecidos deberán presentar **"Nivel 1"**.

Cobertura requerida para el interior, para Ciudad del Este, Pedro Juan Caballero, Coronel Oviedo, Salto del Guaira y Encarnación, deberá contar con categoría correspondiente al **"Nivel 1",** los demás para: consultas, emergencias, urgencias e internaciones.

Observación: En el caso de no existir Sanatorio habilitado en algunas localidades, presentar manifestación bajo declaración jurada del oferente, o adjuntar certificación o informe del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

A) **INTERNACIONES:**

Con cobertura inmediata en sala VIP, siempre que haya disponibilidad, en por lo menos cinco (5) centros asistenciales o institutos habilitados por el proveedor a libre elección del asegurado y/o del médico tratante en Asunción de los cuales dos (2) deberán contar con la Categoría III, según categorización de la Superintendencia de Salud, que cuente con Centro de Diagnóstico interno con atención de veinticuatro (24) horas, que incluyan Servicios de Rayos, Ecografías, Tomografías y Ecocardiografías, UTI para niños y adultos, Laboratorio y Servicio de Hemodinamia (al menos en un centro asistencial, con certificación de equipo en funcionamiento).
Las salas de internaciones deberán contar con baño privado, teléfono, T.V., alimentación del paciente, ambiente climatizado, oxigenoterapia en la habitación, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes) hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado deba internarse.
Uno de los centros asistenciales o institutos deberá contar con Servicio de Resonancia las veinticuatro (24) horas.

Contar como mínimo con un (1) Centro de Eximer Láser (certificación de equipo en funcionamiento), debe ser un centro especializado en oftalmología y un (1) Sanatorio o Clínica Exclusivo para traumatología, tanto de urgencia, para internaciones, procedimientos, estudios y tratamientos y otros que brinden los mismos servicios. **Asimismo, debe contar como mínimo con dos (2) centros asistenciales habilitados por área geográfica o Departamentos.**

Desde el primer día de internación, *EL SANATORIO* deberá proveer al grupo familiar y o Adherentes, cada veinticuatro (24) horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables 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 correspondiente. Todos los análisis correspondientes de la Sangre, plasma y/o derivados, así como de transfusiones, y materiales de uso descartable, deberán ser realizados sin costo alguno para EL BENEFICIARIO TITULAR Y SUS ADHERENTES.

C) TERAPIA INTENSIVA: (adultos y niños) Cobertura del cien por ciento (100%).

Tiempo de internación como máximo por treinta y cinco (35) días por cada evento y sin límites de eventos al año. Transcurrido los 35 días se tendrá un arancel preferencial **del cincuenta por ciento (50%) hasta el alta del paciente.**

Honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería, nutrición enteral y parenteral, y todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes).

Cobertura de medicamentos y descartables hasta ***Cincuenta millones de Guaraníes (Gs. 50.000.000)***, inclusive para las cirugías de alta complejidad. En ningún caso, el Centro de Internación en Terapia Intensiva, podrá requerir garante o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al *BENEFICIARIO* por la prestación de este servicio.

Desde el primer día de internación, EL SANATORIO deberá proveer al grupo familiar, cada veinticuatro (24) horas, un extracto detallado de los medicamentos, consultas, descartables cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

Contar con los equipos médicos para procedimientos de diagnóstico o terapéuticos permanentes en tiempo según estándares de la especialidad.

En el caso de que el paciente necesite sangre, plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer a los mismos y solicitar posteriormente al grupo familiar la reposición correspondiente.

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 precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los medicamentos y descartables utilizados serán aquellos que cuenten con autorización de la institución pública correspondiente.

Esta cobertura corresponde a cada uno del grupo familiar, es decir, el titular y cada uno de sus adherentes.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA * Unidad Operativa de Contrataciones * Dirección Administrativa

F) OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE

• Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, la utilización de Rayos X, Ecógrafo, Colchones de aire–agua, Carpa de Oxígeno, Cuna Térmica, Tomógrafo, Electrocardiógrafo, Ecocardiografo, Bomba de contrapulsación intraaórtica, Saturador de Oxígeno, Equipo de Video endoscopia, Equipo de Video laparoscopia, Equipo de artroscopia, Microscopio, Monitor – Monitoreo Fetal, Bomba de infusión, Gastos de traslados de equipos y recargos por fuera de hora, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco, Inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el beneficiario titular, su grupo familiar y sus adherentes.

• Exámen médico preventivo anual, y todos los exámenes preventivos recomendados por el MSPBS, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, mamografía y ecografía, tendrá una cobertura total sin costo para el Beneficiario titular, su grupo familiar y sus adherentes. También deberá incluir para los casos de los niños en edad escolar, así como la emisión de certificados solicitados por sus colegios, y para los casos de menores con problemas de salud que les impida la realización de ejercicios físicos y que deban demostrarse fehacientemente con dicho certificado expedido por el profesional médico.

• Cobertura de medicamentos por valor de ***Dieciocho millones de Guaraníes (Gs. 18.000.000.-)***, por evento, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas y servicio de urgencias, para el beneficiario titular, su grupo familiar y sus adherentes. Material descartable se trata de productos de un solo uso o de usar y tirar (*jeringas, gasas, algodón, alcohol*) utilizado por valor de ***Ocho millones de Guaraníes (Gs. 8.000.000.)***, por evento.

A los efectos de este Contrato se considerará materiales descartables/desechable (pañales, apósitos, vendas, termómetros, alcohol en gel, tapabocas y otros materiales que pudiere necesitar el paciente en el momento). Cualquiera sea la naturaleza de los mismos, incluye oxigeno terapia, y cualquier principio activo utilizable en problemas de salud sin excepción, e inmuno terapia, en las internaciones ya sean clínicas, quirúrgicas, parto y/o cesárea (madre y por cada hijo/s recién nacidos); Urgencias; casos de terapia intensiva e intervenciones quirúrgicas que no requieran internación, para el beneficiario titular, su grupo de familia y sus adherentes. Para los casos de Alta Complejidad (Cardiocirugía, Vascular periférico y Neurocirugía) la cobertura de medicamentos y materiales descartables se regirá por el anexo correspondiente.

• ***SERVICIOS AMBULATORIOS***: aquellos prestados sin internaciones permanentes, tratamientos post operatorios, curaciones y otros similares para el beneficiario titular, su grupo familiar y sus adherentes, dentro de los centros asistenciales y habilitados con cobertura total.

• **MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS** en general por valor de **Diez millones de Guaraníes (Gs. 10.000.000).**

• **CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE SHAVER**, Materiales para cirugía articular por valor **Diez millones de Guaraníes (Gs. 10.000.000).**

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

• **ELECTROCARDIOGRAMA** de reposo y de esfuerzo (Ergometría), Holter, Electroencefalograma, Audiometrías, con cobertura total a cargo del *Proveedor.*.

• **PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS**, con endoscopios rígidos (videolaparoscópios, uroscopios, etc.), y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico, cirugía o de tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesista, contraste y extracción de cuerpos extraños. Además, deben estar cubiertas las especialidades de gastroenterología, urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, laparoscopia y artroscopia, (incluyendo uso de equipos, video, etc.). Cobertura Total.
Todos los servicios contemplados en el contrato podrán ser realizados en los centros habilitados por el oferente, sean de internación o no, a libre elección del beneficiario.

K) COBERTURAS EN EL EXTERIOR - SEGURO DE VIAJERO:

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, para casos de urgencias, durante viajes al exterior, al titular y sus acompañantes beneficiarios sin límites de días de cobertura. Traslado asistido hasta un centro médico en el territorio nacional, para casos de *alta complejidad con cobertura total.* ***Se considerará pertinente la comunicación entre las empresas tercerizadas contratadas para prestar los servicios estipulados por el PBC, considerando la urgencia o premura para los casos complejos.***

Nueva fecha del llamado será de la siguiente manera:

Fecha Inicio de Propuesta: 02/02/2017 a las 09:00 hrs.

Fecha Fin de Propuesta: 03/02/2017 a las 09:00 hrs.

Etapa Competencia: 03/02/2017 a las 09:10

Plazo de presentación de Ofertas: 06/02/2017 a las 09:00 hrs.

Apertura de Sobres: 06/02/2017 a las 09:15 hrs.

Así mismo recordamos que las modificaciones y enmiendas realizadas formarán parte de las Especificaciones Técnicas del llamado y por consiguiente, serán de observación y aplicación por parte de los oferentes.

Atentamente.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA * Dirección Administrativa * Unidad Operativa de Contrataciones

Lic. Jhimmy Urquhart
Encargado de Despacho
Dirección de U.O.C
Presidencia de la República