

Consultas Realizadas

Licitación 285400 - CONTRATACIÓN DE SEGURO MEDICO

Consulta 3 - LPN N 11/2014 SERVICIO DE SEGURO MEDICO AD REFERENDUM PLURIANUAL

Consulta	Fecha de Consulta
	11-01-2015
<p>13) Cuando dice El recién nacidosin ningún trámite adicional a los recién nacidos hijos de quién se refiere (entendemos hijo de funcionarios/as) ya que para la inclusión de otros recién nacidos habilitados por el PBC se requiere pago por el nuevo beneficiario y la misma deberá ser solicitada por el responsable de pago.</p> <p>14) En caso de que el parto haya sido atendido en sanatorio no habilitado o no haya sido cubierto por el seguro, hijo de concubina no declarada, hijo de esposa no asegurada, etc.) , cómo la prestadora se enterará de ese nacimiento para integrarlo al grupo familiar, si no debe existir ningún trámite previo (ni siquiera una comunicación)?. Solicitamos se considere una comunicación mínima con documentos que demuestren que el niño/a a ser atendido está amparado por el contrato.</p> <p>15) Beneficiarios Grupo Familiar Pag.11 El recién nacidosin ningún trámite adicional A qué se refiere a ningún trámite adicional? Ya que mínimamente se requiere el nombre del recién nacido para incorporarlo al grupo familiar, además se debe considerar que cuando los nacimientos se llevan a cabo en Sanatorios de las periferias o Interior no existen maneras de tomar conocimiento que un grupo familiar ha tenido un nuevo miembro por esa razón consideramos que debe ser responsabilidad de los padres de la criatura en informar y solicitar la inclusión de sus hijos.</p> <p>16) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se indica que "El recién nacido será considerado como parte del grupo familiar de forma automática y con todas las coberturas contempladas para el asegurado sin ningún trámite adicional". ¿Esto significa que el feto no puede ser considerado como parte del grupo familiar y por lo tanto los tratamientos e intervenciones realizadas a él no serán cubiertos?</p> <p>17) Beneficiarios Pág. 11: dónde dice En caso de existir y su cónyuge, a sus padres y hermanos menores de 20 años, hasta cuantos hermanos puede incorporar?</p> <p>18)Beneficiarios Pág. 11: Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado (como se comprueba el divorcio vincular en una unión de hecho?. puede volver con la misma esposa o debe ser con otra?).</p> <p>19) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se indica que "El titular y cada integrante del grupo familiar deben ser considerados como asegurado y por lo tanto beneficiario individual de todo lo estipulado en el presente contrato". Se podría agregar que: esta cláusula rige salvo aclaración o especificación en contrario escrita en el contrato</p> <p>20)En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se menciona que el titular con divorcio vincular declarado ante el MH incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos. ¿Cómo se gestiona esta inclusión?</p> <p>21) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se hace referencia a que si el titular con divorcio declarado ante el MH o viudo volviere a contraer matrimonio formal, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado. ¿A qué efectos será considerado casado?, si el casado puede tomar beneficiarios como soltero?</p> <p>22) La sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, explica que en caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución uno de ellos puede incluir como beneficiarios a su/s hijo/a/s hasta el día que cumplan los 25 años, hijos con discapacidad metal y/o física sin límites de edad y su cónyuge a sus padres y hermanos hasta los 20 años. ¿Esto implica que ambos cónyuges NO pueden incluir a sus padres?,</p> <p>23) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, se indica que "cada beneficiario</p>	

titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes (padres, hijos, suegros, hermanos) con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios". ¿Los adherentes están limitados a estos casos?

24) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, Observación se especifica que "el plazo máximo para las incorporaciones será hasta 60 días posteriores de la fecha de incorporación del titular, dentro de los servicios contratados", solicitamos que se aclare que esta posibilidad se dará siempre y cuando el contrato esté vigente y el plazo de cobertura nunca excederá del plazo del contrato.

Respuesta	Fecha de Respuesta
	15-01-2015
<p>13) Se aclara que es para los recién nacidos hijos de titulares. 14) Para los casos que el parto haya sido atendido en Sanatorio no habilitado o no haya sido cubierto por el seguro, hijo de concubina no declarada, hijo de esposa no asegurada, se podrá requerir la constancia de nacido vivo. 15) Remitirse al PBC. 16) El feto debe ser considerado como parte del grupo familiar 17) Sin límite a los hermanos hasta 20 años 18) Remitirse al punto 26 de las condiciones generales de prestación de la Adenda 2 19) Remitirse al PBC 20) Remitirse al punto 26 de las condiciones generales de prestación de la Adenda 2 21) Remitirse al PBC en los puntos señalados 22) Remitirse al PBC 23) Remitirse al PBC 24) Remitirse al PBC</p>	

Consulta 5 - LPN Nº 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta
	12-01-2015
<p>1) Criterios de Evaluación Pág. 7 1.10 dice: Una vez verificada la documentación y analizada la pertinencia de cada uno de los documentos sustanciales mencionados, en caso de que alguno de los oferentes omita la presentación de los mismos o la presente en forma irregular, la oferta será descalificada. Pregunta: Se refiere a los documentos sustanciales enumerados del 1.1 al 1.4?</p> <p>2) En el mismo sentido en pág. 7. Dice La Convocante a través de su Comité de Evaluación se reserva el derecho de solicitar los documentos formales que sean necesarios y de solicitar aclaraciones a los oferentes (se solicitará por escrito en donde se establecerá el periodo de entrega de los mismos, no inferior a 1 día hábil de haber sido recibida la solicitud). Pregunta: Cuales son los documentos formales que podrán ser solicitados en el periodo de evaluación?</p> <p>3) Experiencia y capacidad técnica. punto 2.2.1.3. Pág. 8: Donde dice: La prestadora deberá contar, pudiendo esta ser ampliada durante dicho periodo. Pregunta: Teniendo en cuenta que la cotización de la oferta está basada en lo solicitado de principio en el PBC, la ampliación de infraestructura podrá darse solo a criterio de la Prestadora, caso contrario se deberá permitir el reajuste en las cuotas por la implicancia de la ampliación solicitada.</p> <p>4) Experiencia y capacidad técnica. punto 2.2.1.4. Pág. 8: A qué se refiere cuando dice La experiencia mínima en la prestación de servicios similares.. a servicios similares por el tipo de cobertura, similares por ser licitaciones públicas, similares por el número de beneficiarios o similares por ser servicios pre pagos?</p> <p>5) Experiencia y capacidad técnica. punto 2.2.1.5. Pág. 8: Donde dice de al menos 2600 asegurados se refiere a titulares o beneficiarios en general contando los integrantes de los grupos familiares y adherentes pagos?</p> <p>6) Experiencia y capacidad técnica. punto 2.2.1.6. Pág. 8: Cuando dice Debe presentar sus tres últimas constancias de auditoría médica y contable a qué se refiere?. Qué entidad es la encargada de emitir dichas constancias? , Se refiere a la auditoría contable que realiza anualmente la superintendencia de salud?</p> <p>7) 2.3 Capacidad técnica:- punto 2.3.1.2. Pág. 8 Teniendo en cuenta que la cobertura contratada es aplicable solo en el territorio nacional a qué se refiere con listado de países con sus respectivos hospitales. Si se refiere a prestadores para coberturas de seguro del viajero, los datos que se pueden proporcionar son los números de teléfonos de los países donde se cuenta con Asistencia médica.</p>	

8) Capacidad técnica pág. 9. Listado del plantel de profesionales médicos adheridos a la prestadora, conforme a lo requerido en el PBC, adjuntando cedula de identidad de los mismos.

Debido a la dificultad de contar con copia de cédulas de identidad de todos los profesionales, sobre todo los de planteles de sanatorios del interior, ¿se podría Postergar este requisito para el momento de la firma del contrato?

9) Pág. 13 En la sección III - Requisitos de los bienes y/o servicios requeridos, en el punto Condiciones Generales de Prestación, 2) se menciona que 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 o cualquier disposición interna que mengüe los derechos reconocidos en el presente instrumento. Recomendamos remover dicha cláusula e incorporar un compromiso de que el prestador deberá advertir al Sanatorio de dicha obligación de abstención.

10) Pág. 11 Beneficiarios

Respecto al respaldo de los parentescos o relaciones que según el PBC habilita al ingreso para el beneficio de la cobertura médica, solicitamos sean remitidas a la prestadora copias de las mismas o se permita el acceso a dicha información a fin de certificar tal condición.

11) Beneficiarios Grupo Familiar

Entendemos que para el caso de unión de hecho o concubinato el o la titular deberá presentar la Información sumaria de testigos expedida por el juez competente?

12) Cuando habla de hijos con discapacidad mental y/o física, a qué tipo de discapacidad se refiere, que condiciones deberá reunir esa discapacidad para otorgar este beneficio?. Quién determinará el grado de discapacidad?

13) Cuando dice El recién nacidosin ningún trámite adicional a los recién nacidos hijos de quién se refiere (entendemos hijo de funcionarios/as) ya que para la inclusión de otros recién nacidos habilitados por el PBC se requiere pago por el nuevo beneficiario y la misma deberá ser solicitada por el responsable de pago.

14) En caso de que el parto haya sido atendido en sanatorio no habilitado o no haya sido cubierto por el seguro, hijo de concubina no declarada, hijo de esposa no asegurada, etc.) , cómo la prestadora se enterará de ese nacimiento para integrarlo al grupo familiar, si no debe existir ningún trámite previo (ni siquiera una comunicación)?. Solicitamos se considere una comunicación mínima con documentos que demuestren que el niño/a a ser atendido está amparado por el contrato.

Respuesta	Fecha de Respuesta	15-01-2015
<p>1) Lo mencionado en el punto 1.5 se refiere a los documentos sustanciales mencionados del 1.1 al 1.4. 2) Todos aquellos documentos que no sean de caracter sustancial y que el comite considere necesario. 3) Remitirse a la Adenda 2 4) Experiencia minima en cobertura y numero de beneficiarios establecidos en el PB. 5) Titulares 6) Remitirse a la Adenda 2 7) REmitirse al PBC 8) si 9) Remitirse al PBC 10) REmitirse al PBC 11) Remitirse al PBC 12) Remitirse al PBC 13)Se aclara que es para los recien nacidos hijo de titulares 14) Para los casos que el parto haya sido atendido en sanatorio no habilitado o no haya sido cubierto por el seguro, hijo de concubina no declarada, hijo de esposa no asegurada, se podra requerir la constancia de nacido vivo.</p>		

Consulta 6 - LPN Nº 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta	12-01-2015
<p>15) Beneficiarios Grupo Familiar Pag.11 El recién nacidosin ningún trámite adicional A qué se refiere a ningún trámite adicional? Ya que mínimamente se requiere el nombre del recién nacido para incorporarlo al grupo familiar, además se debe considerar que cuando los nacimientos se llevan a cabo en Sanatorios de las periferias o Interior no existen maneras de tomar conocimiento que un grupo familiar ha tenido un nuevo miembro por esa razón consideramos que debe ser</p>		

responsabilidad de los padres de la criatura en informar y solicitar la inclusión de sus hijos.

16) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se indica que "El recién nacido será considerado como parte del grupo familiar de forma automática y con todas las coberturas contempladas para el asegurado sin ningún trámite adicional". ¿Esto significa que el feto no puede ser considerado como parte del grupo familiar y por lo tanto los tratamientos e intervenciones realizadas a él no serán cubiertos?

17) Beneficiarios Pág. 11: dónde dice En caso de existir y su cónyuge, a sus padres y hermanos menores de 20 años, hasta cuantos hermanos puede incorporar?

18) Beneficiarios Pág. 11: Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado (como se comprueba el divorcio vincular en una unión de hecho?. puede volver con la misma esposa o debe ser con otra?).

19) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se indica que "El titular y cada integrante del grupo familiar deben ser considerados como asegurado y por lo tanto beneficiario individual de todo lo estipulado en el presente contrato". Se podría agregar que: esta cláusula rige salvo aclaración o especificación en contrario escrita en el contrato

20) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se menciona que el titular con divorcio vincular declarado ante el MH incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos. ¿Cómo se gestiona esta inclusión?

21) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, Grupo Familiar, se hace referencia a que si el titular con divorcio declarado ante el MH o viudo volviere a contraer matrimonio formal, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado. ¿A qué efectos será considerado casado?, si el casado puede tomar beneficiarios como soltero?

22) La sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Beneficiarios, explica que en caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución uno de ellos puede incluir como beneficiarios a su/s hijo/a/s hasta el día que cumplan los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y su cónyuge a sus padres y hermanos hasta los 20 años. ¿Esto implica que ambos cónyuges NO pueden incluir a sus padres?,

23) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, se indica que "cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes (padres, hijos, suegros, hermanos) con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios". ¿Los adherentes están limitados a estos casos?

24) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, Observación se especifica que "el plazo máximo para las incorporaciones será hasta 60 días posteriores de la fecha de incorporación del titular, dentro de los servicios contratados", solicitamos que se aclare que esta posibilidad se dará siempre y cuando el contrato esté vigente y el plazo de cobertura nunca excederá del plazo del contrato.

25) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, se explica que "el titular podrá realizar incorporaciones y/o baja de beneficiarios adherentes en forma semestral, hasta un plazo máximo de 30 días hábiles". Cuando inicia el cómputo de dicho plazo?

26) En la sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, se menciona que "el proveedor y/o la prestadora de servicios, no podrá unilateralmente excluir a ningún adherente, por reglamentación interna, solo suspender temporalmente el servicio por falta de pago, previa comunicación escrita con anticipación de 5 (cinco) días hábiles por parte de la Prestadora al titular".

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Hacienda no se hace cargo del abono de las cuotas por los adherentes pagos y que existiendo pleno conocimiento de los Titulares responsables de estas cuentas que ante la falta de pago no se pueden seguir prestando los servicios consideramos ya innecesaria la comunicación escrita para la suspensión de los mismos, más aún que una vez cancelada las cuotas pendientes inmediatamente quedan restablecidos los servicios. Por lo que solicitamos se elimine la comunicación con anticipación de 5 (cinco) días hábiles por parte de la Prestadora al titular.

27) La sección III, Requisitos de los Bienes y/o Servicios Requeridos, en Adherentes, aclara que "No se aplicará ninguna norma interna para estos tipos de beneficiarios (Adherentes), que menoscaben la cobertura en el presente contrato". ¿A qué se refiere el texto con "norma interna"?

28) Beneficiarios pág. 12: El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa y/o bajo tutoría declarada, lo que deberá ser demostrado fehacientemente en carácter de beneficiario. El Ministerio

de Hacienda facilitará la nómina de acuerdo a las condiciones generales de prestación. A que se denomina dependencia directa y como se demuestra?

Respuesta	Fecha de Respuesta
	15-01-2015
15) Remitirse al PBC 16) El Feto debe ser considerado como parte del grupo familiar 17) Sin limite a los hermanos hasta 20 años 18) Remitirse al punto 26 de las condiciones generales de prestacion de la Adenda 2 19) Remitirse al PBC 20) Remitirse al punto 26 de las condiciones generales de prestacion de la Adenda 2 21) Remitirse al PBC en los puntos señalados 22) Remitirse al PBC 23) REmitirse al PBC. 24) Remitirse al PBC 25) A partir de la firma del contrato 26) Remitirse al PBC 27) Remitirse al punto 10 de las condiciones generales de prestacion de la Adenda 2 28) Remitirse al punto 26 de las condiciones generales de prestacion de la Adenda 2	

Consulta 7 - LPN Nº 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta
	12-01-2015
<p>29) Beneficiarios Pág. 12: Cuando dice Titular casadopodrá optar por incluir a los padres.en reemplazo de su cónyuge. Teniendo en cuenta que el reemplazar a una persona (cónyuge) por dos personas mayores (padres) puede ser motivo de un aumento sustancial de la cotización de este pliego, necesitamos se nos aclare al respecto lo siguiente: en reemplazo de la cónyuge se incluirán al padre y madre del titular o solo al padre o la madre?, esta elección se podrá realizar sólo al inicio del contrato o se podrá variar de una opción a otra durante la vigencia del contrato (primero se opta por la cónyuge, luego se reemplaza a esta por los padres, luego se vuelve a optar por la esposa, etc.)?</p> <p>30) Adherentes. Pág. 12. Donde dice. Los hermanos solteros del titular y los hijos mayores solteros de 25 años del titularcuál es el límite de edad para la inclusión de hermanos? Solo los hijos con 25 años pueden adherirse o a partir de 25 años, en este caso hasta qué edad?</p> <p>31) CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Pág 13 Los BENEFICIOS y la COBERTURA de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos (se entiende que excepto los casos excluidos); y serán brindados en los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por la prestadora?</p> <p>32) Condiciones Generales de Prestación. Punto 8) Pág. 14. Teniendo en cuenta que la impresión de carnet se podrá realizar una vez conocida la adjudicación y recibida la nómina de beneficiarios resulta imposible la entrega a las 48hs debido a la gran cantidad de funcionarios que tiene la Institución por lo que solicitamos por lo menos 15 días para la entrega inicial de los nuevos carnets, para las inclusiones sucesivas en el transcurso del contrato si es factible cumplir con las 48hs solicitadas.</p> <p>33) Punto 13) pág. 14. Donde dice El plantel médico de los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberán estar a disposición del beneficiario en forma permanente, no pudiendo requerir el profesional médico, el sanatorio adherido y Centros Habilitados, ningún pago extra al beneficiario, aludiendo razones de orden interno con EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS. Teniendo en cuenta que no todos los médicos que hacen consultorios en los distintos sanatorios trabajan con prepagas no podemos comprometernos que estarán a disposición permanente de los asegurados, por lo que sí podemos confirmar que los planteles de médicos de guardia de los sanatorios estarán a disposición de los asegurados en los días que corresponden sus guardias, y estarán disponibles al llamado o requerido por alguna urgencia, se deberá tener en cuenta que los profesionales establecen sus días y horarios de atención, la prestadora no los puede obligar a estar a disposición en forma permanente; para ello se presentará con la oferta la nómina de profesionales con lo que se contará para la prestación efectiva de los servicios. Por lo que consultamosse puede dar por cumplido este punto enumerando los médicos con sus especialidades que prestarán servicios sin cargo dentro de cada sanatorio o centro. ?</p> <p>34) Punto 17. Pág. 15 : donde dice El plantel administrativo de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados, a fin</p>	

de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas. Se considerará como responsabilidad de la Prestadora del Servicio la expedición oportuna y efectiva de todas las visaciones y coberturas que sean requeridas, tanto en la sede sanatorial propia, así como en los centros asistenciales adheridos, y en todos los servicios que se contemplen en el presente contrato, siendo causal de imposición de sanciones el incumplimiento del presente punto. Asimismo, deberá proveer la nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes.

Se entiende que es imposible que TODO el plantel este a disposición las 24 hs. del día los 365 días del año. La contratista se puede comprometer a mantener un plantel debidamente capacitado para otorgar los servicios requeridos, por lo que solicitamos se dé por cumplido este punto comunicando los números telefónicos a los cuales se puede recurrir para cada situación que se presente.

35) Condiciones generales de prestación. Punto 19) Pág. 15. La prestadora no puede responsabilizarse por los trámites administrativos al momento del alta en todos los prestadores del país. A lo sumo se puede solicitar a los prestadores prioricen los trámites de los funcionarios de Hacienda pero sin la imposición de un término perentorio tan corto como lo es 01 hora. Los trámites administrativos pueden llegar a durar varias horas dependiendo del lugar de internación, cantidad de altas del momento, etc., por lo que solicitamos la exclusión de este párrafo por ser de cumplimiento imposible.

36) Condiciones generales de prestación. Punto 21) Pág. 15. Donde dice ..la provisión de oxígeno en todas sus aplicaciones dentro de los límites del contrato se refiere al límite de medicamentos?

37) Condiciones generales de prestación. Punto 23) Pág. 15. Al momento de la evaluación, qué importancia tendrán las posibles mejoras introducidas, si el de menos costo cumplen con todas las condiciones mínimas?. Se entiende que si no se anexa una hoja de mejoras todas las coberturas serán hasta los límites mínimos?

38) Condiciones generales de prestación. Punto 25) Pág. 15. En qué plazo Hacienda entregará la nómina de funcionarios y sus respectivos grupos familiares para iniciar el nuevo contrato?.

En qué plazo se comunicará las altas y bajas para cada mes posterior al inicio del contrato?. Se debe entender que en ningún caso las altas o bajas podrán darse una vez iniciado el nuevo mes ya que los asegurados siguen utilizando los servicios mientras

Respuesta	Fecha de Respuesta
	15-01-2015
29) Remitirse a la Adenda 2	
30) Los hijos a partir de 25 años, inclusion de los hermanos solteros sin limites de edad.	
31) Se entiende que todos los servicios requeridos deberan ser brindado con la cobertura correspondiente enel contrato.	
32) Remitirse a la Adenda 2	
33) Remitirse al PBC	
34) La prestadora debera tomar los recaudos necesarios para que el personal administrativo se encuentre a disposicion las 24 horas del dia, a fin de dar respuesta en el punto 17 de las condiciones generales de prestacion de la Adenda 2	
35) Remitirse al PBC.	
36) Si	
37) Remitirse a la Adenda 2	
38) Remitirse a la Adenda 2	

Consulta 8 - LPN Nº 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta
	12-01-2015
39) Condiciones generales de prestación. Punto 30) Pág. 15. A qué se refiere que la prestadora en todo momento..dispensen un trato adecuado, cálido y con solvencia .. La apreciación de que el trato ha sido adecuado y cálido es absolutamente subjetivo e imposible de medir, por lo que nadie puede hacerse responsable de que el mismo satisfaga a todas las personas en el grado en que lo desean. La prestadora pondrá a disposición de los beneficiarios profesionales debidamente certificados que serán responsables del tratamiento médico dado a sus pacientes pero la calidez de cada uno tiene que ver con características personales imposibles de controlar. Solicitamos la exclusión de este párrafo por ser de cumplimiento imposible.	
40) Condiciones generales de prestación. Punto 31) Pág. 15. Los profesionales médicos darán servicios de acuerdo a las necesidades de los pacientes. La cobertura o no de los mismos por parte de la prestadora, se dará como respuesta a la orden médica y su consiguiente trámite administrativo, (el médico expide una orden por la cual la prestadora emitirá una determinada cobertura), pero los profesionales no pueden conocer las condiciones de todos los contratos de todas las prepagas a las cuales prestan servicios.	

Solicitamos la exclusión de este párrafo por improcedente

41) Cobertura. Pág. 16.

Cuando dice Se entenderá por Evento. Concluyendo con el alta del paciente. Se refiere al alta sanatorial dada por el médico tratante?

42) En la sección III - Requisitos de los bienes y/o servicios requeridos, en el punto Condiciones Generales de Prestación, 14) se indica que "EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá poner a disposición de los beneficiarios un plantel médico para todas las especialidades, debiendo estar todas y cada una de ellas cubiertas durante la vigencia del presente contrato". ¿Podrían confirmar que en este punto no se incluyen las especialidades relacionadas a los servicios excluidos?

43) La sección III - Requisitos de los bienes y/o servicios requeridos, en el punto Condiciones Generales de Prestación, 28) especifica que los estados clínicos y tratamientos como: crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas y enfermedades congénitas, criocirugía, estarán cubiertos. ¿Esto significa una cobertura del 100% hasta los límites establecidos en el contrato?

44) En Programa de Suministros, Asistencia Médica-Sanatorial Integral, B) Honorarios profesionales, se hace referencia a la cobertura total en "Psiquiatría: Consultas, tratamientos ambulatorios y en internaciones". Sin embargo, en Servicios sin cobertura se menciona a enfermos mentales ya sean depresivos o excitados (hasta cierto tiempo a convenir). ¿Esto significa que se cubren todos los servicios psiquiátricos a excepción de aquellos que impliquen depresión o excitación? ¿Lo indicado entre paréntesis implica que la empresa deberá prestar cobertura en la rama de psiquiatría en términos a ser acordados luego de la eventual firma del contrato?

45) Solicitamos la modificación del plazo de vigencia de la garantía de fiel cumplimiento de contrato a un plazo equivalente a la duración del contrato. Cualquier multa que deba ser requerida por la Contratante puede ser descontada de los pagos mensuales que son realizados a mes vencido, por lo que no tiene sentido contar con una cobertura de cumplimiento de un contrato ya fenecido.

46) Programa de suministros. A) Internaciones- Pág. 17

Donde dice Cobertura de medicamentos nacionales e importados. Por valor de G 35.000.000.- por evento se entiende que la cobertura es hasta ese límite sumando todos los conceptos enumerados (medicamentos, oxígeno, descartables?).

47) En la pág. 23 puntos F) se establece una Cobertura de medicamentos nacionales. Por valor de G 40.000.000.- . Favor aclara cual será el límite de cobertura en internaciones:

G 35.000.000.- (establecido en pág. 17) ó G 40.000.000.- (establecido en pág. 23)?.

48) Pág. 18 Donde dice : En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Solicitamos que se establezca en el presente contrato, la obligatoriedad por parte de los familiares de reponer a la brevedad la sangre administrada.

49) Honorarios Profesionales Pág. 19 Mastología Incluyendo reducción mamaria por hipertrofia mamaria con repercusión en sistema osteomuscular y certificada por traumatólogo, realizada con fines terapéuticos. Se Entiende Realizada Por Mastologo?

50) Honorarios profesionales: Nefrología (adulto y pediátrico) incluyendo hemodiálisis en los casos agudos (hasta cuatro por año por beneficiario) + Diálisis peritoneal. SE REFIERE A CASOS DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA?

51) Honorarios profesionales: PET SCAND (1 por beneficiario) se entiende por todo lo que dure el contrato?

52) Honorarios Profesionales: EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, se compromete a aceptar y contratar la nominación o el listado de profesionales que proveerá LA CONTRATANTE en su oportunidad hasta el cumplimiento del Contrato. Se supone siempre que el médico acepte, esté debidamente certificado y trabaje con aranceles de sociedad o se llegue a un acuerdo económico que haga factible su contratación?

53) Punto B) Honorarios profesionales Pág. 20. Dentro del cuadro de honorarios cubiertos figura Laser a qué se refiere ya que este ítem es precisamente referido a honorarios?

Respuesta	Fecha de Respuesta
	15-01-2015
39) Remitirse a la Adenda 2	
40) Remitirse a la Adenda 2	
41) Si	
42) Se entiende que debiera estar a disposicion de los beneficiarios un plantel medico para todas las especialidades	
43) Si	
44) En el punto 1 cobertura total en Psiquiatria remitirse a la Adenda 2 y en lo referente a sercicios sin cobertura remitirse	

al PBC.

45) La obligación de extender la vigencia de la Caución por un tiempo mayor al contrato se encuentra establecida en la cláusula 17 de las condiciones generales del contrato.

46) Remitirse a la Adenda 2

47) REmitirse a la Adenda 2

48) Remitirse a la Adenda 2

49) Si

50) REmitirse a la Adenda 2

51) PET SCAN, 1 por beneficiario por lo que dure el contrato

52) Si

53) REmitirse a la Adenda 2

Consulta 9 - LPN N° 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta	12-01-2015
<p>54) Pág. 21 C) TERAPIA INTENSIVA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA: (adultos y niños) El tiempo de internación por un periodo mínimo de 25 días por cada evento, sin límites Uso de incubadora y luminoterapia: hasta el alta del paciente. EN EL PUNTO ANTERIOR DICE 25 DIAS. Favor aclarar.</p> <p>55) Pág. 22 E) SERVICIOS DE URGENCIAS: Los centros asistenciales deberán Implementar un protocolo de recepción y clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia del caso. Debe estar integrado por guardias de urgencias en los servicios asistenciales, compuesto de médicos clínicos, cirujanos, obstetras y pediatras para dar respuesta adecuada a las demandas del servicio, las 24 hs. y todos los días, aún domingos y feriados, además de los mismos, se deberá contar con profesionales médicos de las subespecialidades como ser: ginecología, traumatología, cardiología o la convocatoria de ellos o cualquier otro profesional en la mayor brevedad posible. No todos los centros usan protocolos de recepción y clasificación ni cuentan con todos los especialistas solicitados en la urgencia. De ser esta una exigencia no se podrá contar con prestadores en la mayoría de las ciudades del gran Asunción ni interior. La mayoría de los centros tienen médicos de guardia clínicos, algunos clínicos y pediatras y, unos pocos de las especialidades solicitadas. En cuanto a la categorización de pacientes se puede sugerir la implementación del mismo, por lo que solicitamos se de por cumplido poniendo a disposición de los funcionarios todos los recursos con que cuentan cada Sanatorio según la categorización otorgada por la Superintendencia de Salud.</p> <p>56) Punto F) Otros servicios cubiertos integralmente. Pág 23. Dónde dice Deben estar cubiertos y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado en este servicio a qué servicio se refiere? Suponemos que al estar cubiertos integralmente los medicamentos y descartables se refiere al servicio de urgencia, es decir que el ítem debería ser: Otros servicios cubiertos integralmente en el servicio de urgencia ya que se encuentra a continuación de ese ítem. Favor aclarar.</p> <p>57) Consideramos que a partir del párrafo Examen médico preventivo y hasta concluir este punto se debería poner otro encabezado ya que el título dice Otros servicios cubiertos integralmente pero se establecen límites para medicamentos, materiales de osteosíntesis, etc. o sea que se existe una contradicción que debe ser aclarada ya que puede generar dudas en la interpretación del contrato.</p> <p>58) Punto G) Visitas domiciliarias. Pág. 23 Donde dice que las visitas domiciliarias no urgentes deberán ser realizadas en toda la zona de la capital y cabeceras departamentales, se entiende que en aquellas cabeceras que cuenten con el servicio (detallado en lista de prestadores) , ya que no todas las poseen?)</p> <p>59) Punto J) Seguro del viajero. Pág. 24. Se entiende que esta cobertura es sólo para casos de urgencias y en ningún caso para tratamientos programados en el extranjero es decir: Cobertura para urgencias, consultas e internaciones DE URGENCIA, estudios laboratoriales DE URGENCIA. para viajes al exterior (cada prestadora indicará los países cubiertos y los límites de esas coberturas?). Se entiende que la comunicación por parte del asegurado deberá reunir ciertos requisitos (aportar datos solicitados, 48 h hábiles previas al viaje y en las oficinas administrativas correspondientes).</p> <p>60) ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS Pag.25 Cobertura total en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato) que hayan sido declarados y/o diagnosticadas en la ficha y chequeo médico de admisión. Respecto a este punto consultamos de que manera y en qué tiempo el Ministerio remitirá a la Prestadora las declaraciones de Salud de todos los beneficiarios a fin de aplicar lo establecido en el PBC? Pues solo las declaradas tendrán cobertura</p>		

61) Medicina de alta complejidad- Pág. 25.

Donde dice .tendrá una cobertura de medicamentos,.será hasta la suma de G 50.000.000.- se entiende que este límite es para la suma de medicamentos + descartables + drogas oncológicas, etc. y no para cada ítem por separado?).

62) Al definirse evento cada internación y al estar cubiertas drogas oncológicas hasta G 50.000.000.- por evento, significa que esa cobertura se aplicará cada vez que el paciente se interne? Que significa que para los casos de quimioterapia podrá ser utilizado dicho límite independientemente de la cantidad de sesiones?. Se entiende que para los casos de quimioterapia la cobertura de medicamentos, descartables, etc (hasta G 50.000.000.-) se dará una vez al año?

63) Cuando dice: Colocación de Marcapasos 100% incluye el aparato en sí y sus complementos?.

64) Teniendo en cuenta el elevado costo de los stents y alta frecuencia de uso, necesitamos se aclare en el punto que dice colocación de stent 100% si se incluye la cobertura de los mismos ? .

65) Favor aclarar cómo debe interpretarse que en este ítem de alta complejidad se cubran laserterapia, desprendimiento de retina, facoemulsificación, lente intraocular en un 80 % pero a su vez se establezca Cirugía oftalmológica especializada (cobertura 100%). Favor aclarar a qué se refiere la Cirugía Oftalmológica especializada.

66) Como se debe interpretar que Medicina nuclear tenga cobertura del 80% por estar dentro del ítem de alta complejidad pero en pág. 26 Medicina por imágenes y estudios de diagnóstico figure con una cobertura del 70%?

Respuesta	Fecha de Respuesta
	15-01-2015
54) En los casos de terapia intensiva el tiempo de internacion es por un periodo minimo de 25 dias por cada evento sin limite de eventos, en el caso de incubadora y luminoterapia es hasta el alta de paciente.	
55) Remitirse al PBC	
56) REmitirse al PBC	
57) Remitirse al PBC	
58) REmitirse al PBC	
59) Remitirse al PBC	
60) REmitirse a la Adenda 2	
61) El punto especifica claramente que es en todo concepto y por evento.	
62) Remitirse al PBC	
63) Remitirse al PBC	
64) REmitirse al PBC	
65) REmitirse a la Adenda 2	

Consulta 10 - LPN N° 11/2014 ID 285400 Servicio de Seguro Médico

Consulta	Fecha de Consulta
	12-01-2015
67) El listado de especialidades o eventos de alta complejidad enumerados es limitativo?. Qué cobertura se darán a eventos de alta complejidad no especificados en este ítem?.	
68) Servicios sin coberturas. Pág. 26 Por tener un alto impacto en la cotización del pliego, favor aclarar si la lista de servicios sin cobertura enumerados es limitativa.	
69) Servicios sin coberturas. Pág. 26 Favor aclarar si dentro de este listado también se incluyen otros eventos no cubiertos por los contratos de medicina prepagas tales como: Cirugías bariátricas y/o metabólicas y sus consecuencias Cirugías robóticas SIDA y sus consecuencias Laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros) con fines estéticos Tratamientos con fines estéticos, aunque no sean realizados por cirujanos plásticos Comunicaciones telefónicas. Internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, cámara	

hiperbárica.

Internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada.

Necropsias.

Toxicomanías

Órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función Tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias

Pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad)

Transporte aéreo de pacientes (excepto lo cubierto por asistencia al viajero).

Medicina ortomolecular

Terapias de sustitución renal

Cirugías plásticas reparadoras de alteraciones producidas por la edad, maternidad, curas de adelgazamiento, etc,

RTU por láser

Dermopigmentación láser

Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos intraútero.

70) Pág. 27. Donde dice Recoger las quejas y las sugerencias que permitan mejora la calidad de los servicios y la conducta de los beneficiarios Ante quién? la prestadora podrá denunciar conductas inapropiadas de los beneficiarios y qué medidas se tomarán al respecto?

71) Pág. 33 Condiciones de Pago.

1.1. EL PROVEEDOR, presentará la solicitud de pago a través de la Dirección Administrativa, por escrito y adjuntará a dicha solicitud las facturas que deberán estar debidamente llenadas. Estas deberán estar acompañadas del acta de conformidad por los servicios, refrendada por el responsable del Dpto. de Bienestar y Capacitación dependiente de la Dirección Administrativa.-----

Considerando que el Acta de conformidad es un documento emanado del M.H. no puede ser condición para la presentación de la factura ya que esta última está vinculada exclusivamente a la nómina confirmada por el Ministerio para cada mes y el importe de cuota establecido, por lo que solicitamos se excluya este requisito a la hora de presentación de la factura.

72) Pág. 34 Donde dice Las Multas aplicables en caso de negligencia, actuaciones de mala fe o la falta de prestación de los servicios por parte de la Contratista y comprobada por el Comité de Seguro Médico y/o Asesor Médico de la Contratante, será del 5% (cinco por ciento) del valor mensual del servicio correspondiente al programa afectado. Se entenderá como falta de prestación la negativa comprobable de un prestador a dar algún servicio a cualquier asegurado o la deficiencia de una prestación. QUE SE ENTIENDE POR DEFICIENCIA DE UNA PRESTACION y actuaciones de mala fe y de qué forma serán medidas o comprobadas? Entendemos que programa afectado se refiere al monto mensual correspondiente al beneficiario o adherente. Solicitamos sea incluida una norma en virtud de la cual sea necesario un procedimiento de descargo de la contratista respecto a la supuesta negligencia, actuación de mala fe o falta de prestación ante el comité de seguro médico de la contratante, en forma previa a la decisión de aplicación de cualquier multa.

73) Pág. 34 Donde dice Asimismo, será aplicada una multa del 1 %(uno por ciento) del valor mensual del servicio, correspondiente al programa afectado, por cada 2 (dos) apercibimientos por escrito de la Contratante, con respecto a las quejas comprobadas por el Comité de Seguro Médico y/o Asesor Médico en relación con la prestación del Servicio en el mes, en cuanto a lo estipulado en el Pliego de Bases y Condiciones y el Contrato. A estos efectos también serán considerados los cobros indebidos por prestaciones correspondientes establecidas en el Contrato sin perjuicio de los reembolsos pertinentes. Qué tipo de quejas serán pasibles de apercibimientos teniendo en cuenta que las mismas son ABSOLUTAMENTE SUBJETIVAS Solicitamos la eliminación de dicha cláusula en razón a que las multas ya son establecidas en el párrafo anterior y a que el apercibimiento señalado en esta cláusula carece de regla alguna para su aplicación.

74) Adherentes pág. 12: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión. Quién decide la incorporación efectiva?

Respuesta	Fecha de Respuesta
66) REmitirse a la Adenda 2	15-01-2015
67) A los no especificado se le dara la misma cobertura	
68) Remitirse al PBC	
69) Remitirse al PBC	
70) REmitirse a la Adenda 2	

- 71) REmitirse a la Adenda 2
- 72) Remitirse al PBC
- 73) Remitirse al PBC
- 74) Remitirse al PBC