

Consultas Realizadas

Licitación 292074 - CONTRATACION DE SERVICIO MEDICO Y SANATORIAL INTEGRAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CSJ - CONTRATO ABIERTO - SBE

Consulta 1 - A. EXPERIENCIA:

Consulta	Fecha de Consulta	10-04-2015
a. Evidencia documentada mediante la presentación de contratos, acompañados de las constancias de satisfacción emitidas por las empresas que hayan contratado el servicio y que avalen la experiencia específica en la prestación de servicios de medicina prepaga (Seguro Médico). La facturación de los contratos presentados, correspondientes a los años 2012, 2013 y 2014, deberán ser agrupados por separado, según el año correspondiente, debiendo cumplir el volumen de facturación de cada año, mínimamente el 30% del monto máximo a Contratar. CONSULTA; La exigencia del cumplimiento del 30% del monto máximo ofertado en cada año, del últimos tres años (2012, 2013 y 2014), para evaluar experiencia del oferente de haber prestado servicios satisfactorios a empresas, resulta poco objetivo en cuanto a la finalidad del requisito y aun más evidencia un direccionamiento del llamado, puesto que esto limita la posibilidad de libre concurrencia de la mayoría de las Medicinas Pre-Pagas del país, violando el Art. 4 de la Ley 2051/03 y concordantes, y limitando a la presentación sólo de una o dos empresas del rubro, considerando la escasa cantidad de entidades y/o empresas de gran envergadura a NIVEL NACIONAL que han accedido a la prestación de servicios médicos en tal corto periodo de tiempo, y a más de ellos, los contratos se distribuyen entre distintas empresas de Medicina Pre-Paga. Por lo tanto, solicitamos que la exigencia para evaluar la experiencia específica en la prestación de servicios de medicina prepaga (Seguro Médico), sea reformulada considerando lo expuesto, a modo de respetar el ART 4 PRINCIPIOS GENERALES INCISO C) IGUALDAD Y LIBRE COMPETENCIA, DE LA LEY 2051.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Debido a la complejidad del servicio solicitado, la institución se mantiene en lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones, teniendo en cuenta el volumen de empleados a cubrir, se debe contar con una empresa altamente solvente.		

Consulta 2 - 1. CENTROS ASISTENCIALES

Consulta	Fecha de Consulta	10-04-2015
A. EN ASUNCIÓN a. Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratorios y radiológicos, urgencias y de EMERGENCIAS, 24 horas, en Asunción. El Contratista deberá habilitar como mínimo 6 (SEIS) centros asistenciales en Asunción, de los cuales, como mínimo 3 (TRES) deben ser del Nivel III y 3 (tres) del Nivel II y según la categorización de la Superintendencia de Salud. B. EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS: a. Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratorios y radiológicos, urgencias y de emergencias, 24 horas, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales capitales departamentales. En caso de no contar con dichos servicios en las capitales departamentales como Boquerón, Alto Paraguay y Presidente Hayes u otras ciudades de los Departamentos solicitados en el presente pliego de bases y condiciones, se deberá prever traslado al Centro Asistencial más próximo del Convenio. CONSULTA; Atendiendo que no se visualizan las ciudades por cada departamento, y a los efectos de la correcta presentación de los Formularios, solicitamos nos aclaren las ciudades de los departamentos a ser requeridos?		
Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Remitirse a la Adenda N° 03/15.		

Consulta 3 - 5. CAPACIDAD EN MATERIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD HABILITADOS POR LA PRESTADORA

Consulta	Fecha de Consulta	10-04-2015
Requisitos Mínimos ESTE ES EL LISTADO DE PROFESIONALES CON EL QUE SE DEBE CONTAR Y SE DEBERA REDACTAR CONFORME EL FORMULARIO N° 10. CONSULTA; Atendiendo que la denominación de Psiquiatría Pediátrica, no cuenta con una Sociedad Científica propiamente dicha, solicitamos que la exigencia sea excluida, a fin de que las especialidades requeridas sean acorde a la disponibilidad de sociedades científicas del país.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Remitirse a la Adenda N° 03/15.		

Consulta 4 - 12. INTERNACIONES, COBERTURA TOTAL

Consulta	Fecha de Consulta	10-04-2015
k. Unidad de Terapia Intensiva Materno Infantil pediatría, neonatología y adultos. CONSULTA; Atendiendo la inexistencia de la denominación y/o clasificación de Terapia Intensiva Materno Infantil Pediatría, en las unidades de terapia intensivas, conforme al Manual de Categorización y Acreditación expedida por la Superintendencia de Salud, solicitamos la corrección y exclusión de la exigencia citada precedentemente.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si bien, no está dentro Manual de Categorización y Acreditación expedida por la Superintendencia de Salud, en la práctica existen centros asistenciales que cuentan con terapia intensiva infantil y pediátrica.		

Consulta 5 - 23. OTRAS CONSIDERACIONES

Consulta	Fecha de Consulta	10-04-2015
a. Debe contar con un mínimo de 5 (cinco) centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 (tres) en las principales ciudades de Gran Asunción y 1 en el interior del país, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación. CONSULTA; Atendiendo que el PBC establece cobertura en servicios de fisioterapia en pacientes internados, solicitamos nos aclaren si la cantidad requerida se refiere a la presentación de centros asistenciales que cuenten con dichos servicios?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Este apartado corresponde a los Centros Especializados en Fisioterapia para tratamientos ambulatorios, debiendo contar los centros de internación con su área de fisioterapia para pacientes internados.		

Consulta 6 - 29. COBERTURAS CON ARANCELES PREFERENCIALES

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
Solicitamos nos aclaren, que los eventos citados en el ítem 29, son eventos que no se encuentran a cargo de la prestadora de servicios, atendiendo que en el mismo se citan eventos que habitualmente no se cubren por la naturaleza de los mismos, como por ejemplo; "Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por Instituciones oficiales o científicas"?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Estas son coberturas con Arancel Preferencial, en virtud a que justamente no son coberturas comunes, dada la excepcionalidad de las mismas, la convocante solicita una atención especial debido al volumen del contrato.		

Consulta 7 - 15. TERAPIA INTERMEDIA

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
Solicitamos nos aclaren si la cobertura establecida en el ítem 15. Terapia intermedia, es de hasta 30 días de internación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si, es de 30 (TREINTA) días por evento, conforme se establece en el Sección III, numeral 15, inc. a) del Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 8 - 1.- Pag.15 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
1. Beneficiarios: Cobertura para grupo Familiar e Individual. En caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la institución, el seguro será abonado SOLAMENTE POR UNO DE ELLOS, incluyendo al otro funcionario/a al grupo FAMILIAR/INDIVIDUAL.- CONSULTA: Entendemos que en caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la institución, SOLO uno ellos tomará el seguro como titular, y el otro integrará ese mismo grupo. Es decir que no se admitirá que un funcionario/a integre dos planes/grupo del Seguro médico para funcionarios de la Corte Suprema de Justicia. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
SI, es correcta la interpretación, debido a que cada funcionario formara parte de UN SOLO GRUPO FAMILIAR/INDIVIDUAL.		

Consulta 9 - 2.- Pag.16 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS. OBSERVACIONES GENERALES

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
No se aplicará ninguna norma interna para los adherentes, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad, que es exclusiva para la titular o cónyuge/concubina titular, hijas beneficiarias e hijas adherentes.- CONSULTA: Conforme lo previsto en el Pliego, la cobertura de maternidad estaría dada en forma exclusiva sólo para la titular o cónyuge/concubina titular, esto en razón de que se establece que el recién nacido será considerado parte del grupo FAMILIAR/INDIVIDUAL de forma inmediata; y como las hijas (hasta los 21 años y la que ingresan posteriormente como adherentes) no tienen un grupo familiar/individual propio sino que forman parte del grupo del titular funcionario judicial, los recién nacidos hijos de estas beneficiarias no podrían formar parte del plan ni siquiera como adherentes. Favor confirmar el alcance de esta excepción.-		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Conforme se establece claramente en el Pliego de Bases y Condiciones, la cobertura de maternidad abarca también a las HIJAS BENEFICIARIAS Y/O HIJAS ADHERENTES, quedando todo lo referente a los gastos y/o tratamiento del recién nacido a cargo del titular.		

Consulta 10 - 3.- Pag.16 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS. OBSERVACIONES GENERALES

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
Los funcionarios judiciales que formen parte del presente contrato, y que hayan accedido al beneficio jubilatorio durante la vigencia del presente contrato, podrán realizar las gestiones necesarias para mantener la relación contractual con la prestadora del servicio médico, con los mismos beneficios y prestaciones, haciéndose cargo el Funcionario Jubilado del pago del canon mensual, en un plano de igualdad conforme lo establecido para los TITULARES del presente contrato, manteniendo el mismo costo para el funcionario jubilado. Con relación a su GRUPO FAMILIAR/INDIVIDUAL, también podrán realizar gestiones para que los mismos continúen con el seguro, con los mismos beneficios y prestaciones, pero con un costo establecido por la prestadora, haciéndose cargo el Funcionario jubilado del pago mensual. La prestadora se encuentra obligada a atender la solicitud del Funcionario Jubilado y a su grupo FAMILIAR/INDIVIDUAL; en caso de que el Funcionario Jubilado desea proseguir con el seguro bajo su absoluta responsabilidad, quedando la Convocante ajena a este acuerdo.- CONSULTA: Teniendo en cuenta que el FUNCIONARIO JUBILADO integra el grupo familiar/individual, el costo está dado para el GRUPO, por lo que no se puede discriminar por integrante, salvo los adherentes. Por lo que entendemos que el costo para el caso del funcionario judicial activo que durante la vigencia del contrato se jubila, el costo para este caso (FUNCIONARIO ACTIVO que se JUBILA y SU GRUPO FAMILIAR/INDIVIDUAL) se mantendrá, salvo para sus adherentes que será de un costo establecido por la prestadora, haciéndose cargo el Funcionario jubilado del pago mensual. Ahora bien, para el caso de ex FUNCIONARIOS y que se encuentre JUBILADOS y que quieran ingresar con su GRUPO FAMILIAR/INDIVIDUAL, el costo será determinado por la prestadora, haciéndose cargo el Funcionario jubilado del pago mensual. A tal efecto deberán suscribir un contrato individual con la Prestadora estableciendo el mismo plan respecto del alcance de la cobertura, pero con un costo y condiciones de plazos de pago diferenciadas, ya que la Convocante ajena a este acuerdo.-. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
El costo se mantiene para el Grupo Familiar/Individual, pudiendo la prestadora establecer costo para los Adherentes.		

Consulta 11 - 4.- Pag.16 y 17 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
LAS INCORPORACIONES DE NUEVOS TITULARES y su grupo deberá ser realizada por la contratante dentro de los primeros 10 (diez) días de cada mes para su incorporación al servicio. Las comunicaciones de las inclusiones de adherentes serán realizadas por la Dirección General e Administración y Finanzas y la Dirección General de Recursos Humanos en representación de la institución, la cobertura y facturación de los servicios será inmediata con la sola presentación de la cédula de identidad (período vigente hasta la obtención del carnet del asegurado), mismo procedimiento será aplicado para los casos de nuevos funcionarios incorporados con sus adherentes y beneficiarios.- 5. La Identificación: a. La prestadora de servicios: proveerá a todos los beneficiarios de los carnets identificadores. Los beneficiarios del presente contrato antes de la entrega de los carnets, podrán empezar a utilizar los servicios con la presentación de la cédula de identidad... LA PRESTADORA dispone de un plazo de 15 (quince) días para entregar a la CONTRATANTE los carnets identificadores, para cada uno de los beneficiarios que integren la nómina inicial.- CONSULTA: Existiría un problema práctico para el cumplimiento de este requerimiento de que Los beneficiarios del presente contrato antes de la entrega de los carnets, podrán empezar a utilizar los servicios con la presentación de la cédula de identidad, esto porque es imposible para los prestadores en convenio sobre todo con este volumen- poder comprobar que realmente se trata de un beneficiario del Poder Judicial; recién con la emisión del Carnet de identificación, ellos pueden tener certeza de que la persona es beneficiaria, adjuntando además su Cédula de identidad. Por lo que consultamos si la utilización de los servicios recién debería darse a partir de la entrega de los carnets, a fin de evitar contingencias y/o reclamos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Remitirse a la Adenda N° 03/15.		

Consulta 12 - 5.- Pag.18 SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
6. CONDICIONES GENERALES DE LA PRESTACION h. La cobertura solicitada será para la totalidad de los funcionarios de la Corte Suprema de Justicia. En ningún caso podrá ser rechazado del seguro el titular o su grupo FAMILIAR/INDIVIDUAL o Adherente, aduciendo enfermedades contraídas con anterioridad. Las coberturas deberán ser brindadas en su totalidad, dentro de los límites del contrato.- CONSULTA: En el punto 4b (pag.17) se establece que los adherentes que se incorporen pasados los 30 (treinta) días de la incorporación del titular deberán llenar una Declaración Jurada de salud al momento de su ingreso. Por lo tanto y considerando la exigencia de dicho documento, entendemos que quedaría establecido que los adherentes sí tendrán limitación en las enfermedades preexistentes. Es esto correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Solo los adherentes que ingresen pasado los 30 (treinta) días, del ingreso del titular al contrato, serán los que presentaran declaración jurada de salud y podrán tener algún tipo de limitación en las enfermedades preexistentes.		

Consulta 13 - 6.- Pag.18 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
6. CONDICIONES GENERALES DE LA PRESTACION i Los siguientes estados clínicos y tratamientos como crisis hipertensivas, crisis asmáticas, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas y enfermedades congénitas, están cubiertos.- CONSULTA: Queda entendido que la cobertura referida sería de acuerdo a las cobertura dentro del alcance establecido en el Pliego de bases y condiciones. Es esto correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si, es correcta, todas estas afecciones y/o complicaciones derivadas de las mismas, deberán ser cubiertas en su totalidad conforme a la cobertura establecida en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 14 - 7.- Pag.18 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
6. CONDICIONES GENERALES DE LA PRESTACION m. En caso de discrepancias en la definición y/o aplicación de las prestaciones contractuales, las mismas serán dirimidas en los Tribunales de la capital solicitando informe no vinculante al MSP y BS.- CONSULTA: Conforme surge del Pliego en las Condiciones especiales del Contrato CGC 9.5. se establece claramente el mecanismo de solución de conflictos en concordancia con las disposiciones de la Ley 2051/03, habiéndose optado por el procedimiento del avenimiento y el arbitraje. Por lo que entendemos que este mecanismo debería ser aplicado antes de recurrir a los Tribunales, además de solicitar el informe al MSP y BS y tratándose de un servicio relacionado con prestaciones médicas, cualquier discrepancia debería previamente ser revisada y consensuada por auditoría médica de ambas partes. Es correcta esta interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si, es correcta la interpretación.		

Consulta 15 - 8.- Pag. 21,24, 26, 27 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
P. 21. 9. Honorarios Profesionales. i. Transfusiones sanguíneas.- P.24. 12 Internaciones. f. 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/INDIVIDUAL la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS y ADHERENTES, esto deberá incluir los honorarios del médico transfusionista. P.26. 14. Terapia intensiva. e. 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/INDIVIDUAL la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS y/o ADHERENTES.- P. 27.15. Terapia Intermedia. e. 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/INDIVIDUAL la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno para EL ASEGURADO, SUS BENEFICIARIOS y/o ADHERENTES. CONSULTA: En relación a las transfusiones sanguíneas y la provisión de Sangre, plasma y/o derivados, entendemos que la cobertura estaría dada hasta un tope de 10 (diez) transfusiones por evento. Es correcta esta interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Remitirse a la Adenda N° 03/15.		

Consulta 16 - 9.- Pag.24 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS. 12 Internaciones

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
g. Cobertura de medicamentos por valor de QUINCE MILLONES DE GUARANIES (G. 15.000.000) por evento sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partes y cesáreas, para el beneficiario titular, su GRUPO FAMILIAR/INDIVIDUAL y adherentes. Material descartable y/o desechables utilizados por valor de CINCO MILLONES DE GUARANIES (G. 5.000.000) por evento - CONSULTA: Conforme se consultó, la cobertura de maternidad (partos y cesáreas) estaría limitado sólo para la titular o cónyuge/concubina titular, por lo que debería excluirse en ese punto a las hijas del grupo/ adherentes. Es correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Conforme se establece claramente en el Pliego de Bases y Condiciones, la cobertura de maternidad abarca también a las HIJAS BENEFICIARIAS Y/O HIJAS ADHERENTES, quedando todo lo referente a los gastos y/o tratamiento del recién nacido a cargo del titular.		

Consulta 17 - 10.- Pag.25 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS. 12 Internaciones

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
i. La internación y cirugías de malformaciones congénitas, tales como pie bot, hidrocefalia, ano imperforado, hernias, labio leporino, criptorquidia, hipertrofia de clitoris, extrofiaepispadia, estrechez de píloro, cataratas, estrabismo y cualquier otra malformación, para beneficiarios nacidos durante la vigencia de este contrato contarán con cobertura completa.- CONSULTA: Queda entendido que la cobertura referida sería por evento y de acuerdo al alcance establecido en el Pliego de bases y condiciones. Es esto correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si, es correcta la interpretación.		

Consulta 18 - 11- Pag.25. 26. SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
14. Terapia Intensiva. a. Con cobertura del 100% hasta 30 (treinta) días por evento, por cada titular, beneficiario y/o adherente en: oxigeno terapia.y los descartables, desechables y medicamentos en general.- c. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta G. 25.000.000 (GUARANIES VEINTICINCO MILLONES). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día del ingreso en este servicio.- 15. Terapia Intermedia. a. Con cobertura del 100% hasta 30 (treinta) días por evento, por cada titular, beneficiario y/o adherente en: oxigeno terapia.y los descartables, desechables y medicamentos en general.- b. Cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables hasta G. 25.000.000 (GUARANIES VEINTICINCO MILLONES). Se tendrá en cuenta para la cobertura de medicamentos, descartables y/o desechables desde el día del ingreso en este servicio.- CONSULTA: Queda entendido que la cobertura referida respecto de oxigeno (medicamento), medicamentos en general, descartables y/o desechables sería por evento y de acuerdo al tope previsto de G. 25.000.000 en ambos servicios de terapia. Es esto correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si, es correcta la interpretación.		

Consulta 19 - 12.- Pag.27 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
21. OTROS SERVICIOS. CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS CON COBERURA TOTAL 5.Vacunas y su aplicación, en los vacunatorios en convenio con LA PRESTADORA en consultorio y procedimientos, test de APGAR.- CONSULTA: Teniendo en cuenta que se establece que la aplicación de las vacunas serán realizadas en los vacunatorios en convenio con La Prestadora, entendemos que la expresión en consultorio se refiere al consultorio habilitado en el vacunatorio. Es esto correcto? En cuanto al test de APGAR, es un procedimiento que se realiza al momento del nacimiento y no en consultorio/vacunatorio, por lo que entendemos que fue consignado erróneamente en este ítem. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
El test de APGAR, debe ser cubierto en forma total, independiente en el lugar donde se haya incluido en el Pliego de Bases y Condiciones. Las vacunas serán cubiertos en los centros habilitados por la prestadora.		

Consulta 20 - 13.- Pag.30 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
. 21. OTROS SERVICIOS. CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS CON COBERTURA TOTAL 27. Cirugía oftalmológica, extracción de cuerpos extraños y cataratas con lentes y todos los materiales necesarios (incluye ejercicios ortópticos, curvas de presión, dilatación de pupila y fondo de ojo).- CONSULTA: Entendemos que la cobertura prevista en este punto está en relación y se refiere a los Honorarios Profesionales. Es esto correcto?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Remitirse a la Adenda N° 03/15.		

Consulta 21 - 14.- Pag.30 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
21. OTROS SERVICIOS. CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS CON COBERURA TOTAL 31. Laserterapia en general. Medicina Nuclear. 32. Procedimientos terapéuticos con Laser. - Panfotocoagulación - Fotocoagulación en sector - Mini Panfotocoagulación - Tratamiento Laser de la Degeneración Periferia - Tratamiento Laser de la Maculopatía - Tratamiento Laser de la Corioretinopatía Central CONSULTA: Entendemos que el punto 31 y 32 están relacionados, es decir que los procedimientos cubiertos por laser son los detallados en el punto 32. Es correcta la interpretación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
A fin de evitar inconvenientes, se aclara que no están cubiertas en el punto 31. Laserterapia en general, las cirugías estéticas y selectivas (las que puedan ser realizadas por el método convencional).		

Consulta 22 - 15.- Pag.33 . SECCION III A. REQUISITOS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
25. MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD k. Tomografías computarizadas, cuando superen el número establecido m. Este listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos. CONSULTA: Estos puntos no resultan claros, ya que la tomografía computarizada no es un estudio de alta complejidad, por lo que consideramos que se consignó erróneamente en este ítem y que se aplicaría de conformidad con lo establecido en el punto 33.a Medicina por imágenes de la pag.35- En cuanto a la limitación del listado, entendemos que el ítem de Medicina de Alta Complejidad estaría dado para las especialidades consignadas en los puntos 25f, 25g, 25h, 25 j, y 25 l. Es correcto?		
Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Solamente en los casos de Alta Complejidad no tendrán límites las Tomografías.		

Consulta 23 - 16.- Pag.52 . SECCION IV CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO (CEC)

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
CGC 26.1. Aplicación de multas: En caso de negligencia, actuaciones de mala fe o la comprobada falta de prestación de los servicios, por parte del Contratista. Se entenderá como falta de prestación la negativa comprobable de un prestador a dar algún servicio a cualquier persona asegurada. El Administrador del Contrato designado por la Contratante será el encargado de informar a la Dirección General de Administración y Finanzas y a la Prestadora, según corresponda, todo lo referente a la aplicación de las multas. a) Por cada 2 (dos) notificaciones de reclamo a la empresa prestadora del servicio. b) En caso que se comprobare de que los incumplimientos notificados con anterioridad no fueron corregidos en tiempo y forma por el contratista.. CONSULTA: Estos puntos no resultan claros, ya que se debería determinar el alcance de negligencia mala fe negativa de un prestador a dar algún servicio a cualquier persona asegurada. Esto en razón de que la Contratista administra el plan de cobertura médica, no presta directamente el servicio, por lo tanto cuando caería su actuar dentro de estos términos? Por otro lado, cuando se habla de 2 notificaciones de reclamo? A que se refiere? Ya que muchas veces los reclamos pueden ser infundados, y se prestaría a la imposición de multas injustas o injustificadas. Debería establecerse más claramente el procedimiento para la aplicación de estas multas.-		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
La aplicación de las multas, será llevada a cabo de acuerdo a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones en el punto citado en la consulta, el administrador del contrato contara con la colaboración de analistas médicos y administrativos los cuales luego de hacer el análisis correspondiente a cada caso dictaminaran si las quejas y/o reclamos son válidos. En cuanto al alcance ya que la contratista administra el plan de cobertura médica, deberá a su vez fiscalizar y controlar los procedimientos y prestación por parte de sus Administrados en caso de existir reclamos a fin de subsanar los inconvenientes de ser necesario.		

Consulta 24 - LPN PAC 03/2015 PARA FUNCIONARIOS DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICA - AD REFERENDUM

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
El plazo para la incorporacion de adherentes con costo sera de 30 (treinta) dias a contar desde la fecha de inicio de la ejecucion de los servicios? El adherente con Costo, debe permanecer en esta condicion hasta la finalizacion del contrato? La prestadora de Servicios Medicos, establecera en regimen de negociacion los costos para Los Funcionarios Judiciales que hayan accedido al beneficio jubilatorio y para su Grupo Familiar/Individual, y para los adherentes con Costo? Aclarar el alcance de las clausulas que hacen referencia a los jubilados. Los adherentes que se incorporen pasando los 30 dias de la incorporacion del titular, podran no ser admtidos? El plazo de entrega de los carnets identificatorios, copia del contrato , listado de profesionales medicos en convenio y otros profesionales, es de 60 dias? Cual es el limite a la atencion medica a domicilio previsto en la clausula.....del PBC? Los tratamientos yo dietas a cubrirse ordenadas por los Endocrinologos, Dietologos y/o Nutricionistas, seran aquellos previsto estrictamente por razones medicas? En el Punto 25, Medicina de Alta Complejidad, en el item b, Favor especificar cuales son las protesis no incluidas en el contrato.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
- A) NO, los adherentes podrán ser incluidos durante la vigencia del contrato en cualquier periodo. - B y D) NO, deberán estar como mínimo, por el periodo de 12 (doce) meses, si son incluidos 11 (once) meses o menos antes de la finalización del contrato, deberán estar hasta la finalización del mismo, y podrán ser admitidos cuando el titular lo disponga. - C) Ya fue aclarado en la consulta N° 10. El costo se mantiene para el Grupo Familiar/Individual, pudiendo la prestadora establecer costo para los Adherentes. - E) Remitirse a la Adenda N° 03/15. - F) No existe límite de atención domiciliaria. - G) Si, son las estrictamente por razones médicas. - H) Ninguna prótesis está incluida en el contrato.		

Consulta 25 - CONSULTA

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
a. Debe contar con un mínimo de 5 (cinco) centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento en Asunción y por lo menos 3 (tres) en las principales ciudades de Gran Asunción y 1 en el interior del país, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación. CONSULTA; Solicitamos nos aclaren si es correcta la interpretación que la cantidad requerida para la zona de Gran Asunción, es de por lo menos de tres centros que cuenten con el servicio de fisioterapia?		
Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Si es correcta su interpretación.		

Consulta 26 - LPN PAC 03 2015 PARA FUNCIONARIO DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Consulta	Fecha de Consulta	14-04-2015
ACLARACION:El PBC en el ítem EXPERIENCIA y CAPACIDAD TECNICA dice: ...EXPERIENCIA: a. Evidencia documentada mediante la presentación de contratos, acompañados de las constancias de satisfacción emitidas por las empresas que hayan contratado el servicio y que avalen la experiencia específica en la prestación de servicios de medicina prepaga (Seguro Médico). La facturación de los contratos presentados, correspondientes a los años 2012, 2013 y 2014, deberán ser agrupados por separado, según el año correspondiente, debiendo cumplir el volumen de facturación de cada año, mínimamente el 30% del monto máximo a Contratar. Entendemos que el objeto de la presente condición es la de que las empresas oferentes cuenten con la experiencia suficiente para atender un contrato con una cartera de 13.000 titulares mas los beneficiarios. Sin embargo el tenor de la exigencia esta fuera de contexto ya que considerando el valor de la cobertura exigida el precio a ofertar sera de un valor que implicaria que se debiera contar con una facturación minima por mes que conllevaria a que el principio de libre competencia y concurrencia se vea seriamente lesionado. Consideramos que para que la convocante tenga la tranquilidad que la empresa oferente y eventualmente adjudicada reúne las condiciones y solvencia tecnica para afrontar este PBC debería exigir un minimo de cantidad de titulares (30% de la cantidad de titulares) , con constancia de satisfaccion emitidas por las empresas que hayan contratado el servicio y no un minimo de facturación. El monto que se haya o se este facturando por esos contratos, no debería ser un elemento decisivo durante la evaluación, ya que pueden existir contratos con un valor cuota muy importante y sin embargo no atenderse a una masa importante de titulares. Sin embargo si es esencial a estos efectos el que la empresa demuestre que ha podido cumplir con los servicios a un minimo por ejemplo equivalente al 30% de titulares y contar con la constancia de satisfaccion de quienes reciben esos servicios. El respaldo financiero de la empresa oferente resulta de por si de los ratios que se deben incluir en la oferta. En conclusion la clausula asi como esta redactada entendemos lesiona los principios de libre competencia y concurrencia por ende solicitamos se modifique en el sentido mencionado.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	05-05-2015
Debido a la complejidad del servicio solicitado, la institución se mantiene en lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones, teniendo en cuenta el volumen de empleados a cubrir, se debe contar con una empresa altamente solvente.		