

Consultas Realizadas

Licitación 345279 - Contratación de Seguro Médico para funcionarios del Ministerio de Hacienda

Consulta 1 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 9 Si el recién nacido hijo de titular, naciere en los Sanatorios adheridos a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas para el asegurado, pero de igual manera el titular deberá realizar la comunicación al MH para oficializar el vínculo, y esta a su vez a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días desde la fecha del nacimiento.</p> <p>Pregunta: De no comunicarse oficialmente en el tiempo citado el menor será dado de baja?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 1: La contratante colaborará con la prestadora en la oficialización de la comunicación pertinente. No se aplica la baja, por falta de cumplimiento de este requisito.</p>		

Consulta 2 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 9 El titular con divorcio vincular declarado ante el MH, incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta la finalización del mes en cumplan los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y si el titular divorciado/a no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de sus padres sin costo. Para la inclusión de adherentes padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%). Si el mismo volviere a contraer matrimonio, unión de hecho o concubinato, volverá a su condición de casado/a.</p> <p>Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 2: Siempre que el titular divorciado no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.</p>		

Consulta 3 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 9 El Ministerio de Hacienda facilitará a EL PROVEEDOR la nómina de funcionarios y su grupo familiar de acuerdo a las condiciones generales de prestación, en caso de duda de la nómina remitida por el MH, EL PROVEEDOR podrá solicitar una aclaración antes de la incorporación respectiva.</p> <p>Pregunta: Puede entenderse que como aclaración se solicita y se provea a la prestadora la documentación respaldatoria?.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 3: En caso que la duda encuentre su justificación, la Contratante analizará el pedido y remitirá la información pertinente.</p>		

Consulta 4 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 9 El titular viudo/a declarado/a ante el MH, incluirá como miembros y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta la finalización del mes en que cumplan los 25 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad, y si el titular viudo/a no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de los padres sin costo. Para inclusión de adherentes padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%). Si el mismo volviere a contraer matrimonio, unión de hecho o concubinato, volverá a la condición de casado/a.</p> <p>Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 4: Siempre que el titular viudo no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.</p>		

Consulta 5 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 9 Si el titular soltero no tiene hijos en su grupo familiar podrá incluir a uno de los padres sin costo.</p> <p>Pregunta: Se entiende: en caso que el titular no tuviera hijos menores de 25 años dentro de su grupo familiar, ya que puede tenerlos y no incluirlos con la intención de incluir a un padre</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 5: Siempre que el titular soltero no tenga hijos beneficiarios sin costo en su grupo familiar podrá incluir a un padre sin costo.</p>		

Consulta 6 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 10 En caso de existir algún funcionario/a casado/a (matrimonio) también con funcionario/a de la Institución ambos podrán incluir a un padre sin costo en caso de no tener hijos, y si tuviesen hijos en común uno de ellos incluirá a los hijos y el otro a un padre como beneficiario sin costo. Para inclusión de adherentes pagos padres en este grupo será en las mismas condiciones que los solteros (20%).</p> <p>Pregunta: se entiende que los hijos en común podrán ser inscriptos por uno de los padres (no por los dos para sumar coberturas) pero, en caso de que ambos tengan hijos propios cada uno incluirá a sus hijos y uno a los hijos en común no incorporándose, en este caso ningún padre.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 6: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 7 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 10 El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa que sea padre o madre y/o bajo tutoría/guarda declarada Pregunta : 1 favor aclarar el término dependencia directa. 2. Se entiende que se puede incorporar una sola persona en total en calidad de dependencia?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 7: 7.1: Dependencia Directa: El Ministerio de Hacienda reglamentará los requisitos para adquirir este beneficio y comunicará a la adjudicada. 7.2. Se encuentra limitada hasta una persona bajo dependencia directa.		

Consulta 8 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 10 Adherentes: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios, para estos casos se aplicará el porcentaje descrito más abajo: P: entendemos mismos beneficios excepto maternidad		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 8: La maternidad solo se exceptúa para los hermanos adherentes pagos.		

Consulta 9 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 10 Adherentes: Cada beneficiario titular (funcionario permanente y contratado) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios, para estos casos se aplicará el porcentaje descrito más abajo: Pregunta: se entiende que el pago de los porcentajes señalados es por persona.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 9: Es correcta la interpretación.		

Consulta 10 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 10 Para los que cambian su estado civil y excluyen a beneficiarios de su grupo familiar, podrán gestionar la incorporación como adherentes pagos a sus beneficiarios dentro del plazo de 30 días, de recepcionada la modificación del estado civil. Rigiendo para el mismo caso lo estipulado en el apartado del párrafo que antecede, en relación a los plazos de inclusión y modalidad de pago. Pregunta: en caso de modificación del estado civil, cuál será el tiempo que tiene el funcionario para declarar esa modificación?. Podemos considerar , por ejemplo en caso de matrimonio 30 días?.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 10: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 11 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag.12 Los BENEFICIOS y la COBERTURA de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos; y serán brindados en los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por EL PROVEEDOR en el territorio nacional, con la sola identificación del carnet brindado por la misma junto con la cédula de identidad.</p> <p>Pregunta: se entiende para todos los casos que gocen de cobertura, exceptuándose aquellos que no estén comprendidos dentro de los ítems citados y los citados en Servicios sin Cobertura?.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 11: Se entiende para los casos de servicios citados sin coberturas.</p>		

Consulta 12 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 12 La Utilización de los equipos e instrumentales empleados en las especialidades médicas del presente contrato, tendrán cobertura total, por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto de derechos o aranceles. En cambio, los equipos especializados proveídos por el médico tratante sean descartables o no, serán cubiertos hasta un valor de Gs. 10.000.000 por evento por cada especialidad.</p> <p>Pregunta: se entiende que gozarán de cobertura 100% todos los equipos e instrumentales que sean propiedad de los centros habilitados?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 12: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 13 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 12 Para los implantes de prótesis EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, está obligado a la presentación de constancias de la calidad de los materiales a utilizar, es decir la misma deberá ser de la mejor calidad independientemente del precio, informando al paciente o familiar de esta situación, con los documentos comprobatorios.</p> <p>Pregunta: quién determina que material es mejor que otro? Quién dice cuál es el de mejor calidad?. Se podría interpretar como el recomendado por el profesional para cada paciente?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 13: La PRESTADORA deberá demostrar la calidad de la prótesis y en caso de duda será supervisado por la Auditoría Médica del MH.</p>		

Consulta 14 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 13 El plantel médico del Staff de los sanatorios y centros habilitados que figuran en el listado de profesionales proveído por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberán estar a disposición del beneficiario, 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.</p> <p>Pregunta: se entiende salvo en casos de médicos con co-pago o por procedimientos o insumos no contemplados con cobertura (EJ: DIU)</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 14: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 15 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag.14 Los médicos que realicen atenciones en consultorios particulares habilitados en la guía, en ningún caso solicitarán cobro de sus consultas, procedimientos, tratamientos, estudios, controles, etc., los cuales están garantizados con la cobertura de este contrato.</p> <p>Pregunta: se entiende salvo en casos de médicos con co-pago o por procedimientos o insumos no contemplados con cobertura (EJ: DIU, procedimientos estéticos, etc).</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 15: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 16 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 14 Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad de este, a saber: BCG, SABIN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, PENTAVALENTE (Difteria, tos ferina, tétanos, Haemophilus influenza tipo b y Virus de la Hepatitis B), Hepatitis A, Varicela y HPV (virus del papiloma humano) y las que solicite el Profesional Pediatra con carácter obligatorio por indicación del Ministerio de Salud Pública. En caso que el titular optare por vacunar a su hijo en consultorio no habilitado por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, la misma será con cargo al beneficiario. EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá garantizar la provisión permanente de las vacunas en los Centros Vacunatorios Habilitados en la lista de prestadores los que sean determinados obligatorios por el MSP y BS. En caso de que el Centro habilitado por EL PROVEEDOR no cuente con las vacunas, el asegurado deberá comunicar a EL PROVEEDOR para que esta le asigne otro centro de vacunación y si esta no cuenta con vacunas podrá recurrir a un Centro Privado, debiendo EL PROVEEDOR realizar el reembolso respectivo en el plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la solicitud de reembolso. Idem pag 27</p> <p>Pregunta. Se entiende que el pediatra puede estar habilitado pero no como centro de vacunación.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 16: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 17 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 14 Se contempla como propio de cada servicio (internaciones, parto, terapia intensiva e intermedia, quirófano, alta complejidad, ambulancias, urgencias, asistencia domiciliaria de emergencia y de control, etc.) la provisión de oxígeno en todas sus aplicaciones con cobertura por el valor de Gs. 25.000.000 (veinte y cinco millones) por evento. En caso de que se agote la cobertura de la provisión de oxígeno hasta el monto estipulado, se utilizara el tope destinado a medicamentos y descartables. Pag 14 y 15</p> <p>Pregunta: se entiende que siempre que, para ese evento, no se haya usado hasta el tope la cobertura en concepto de medicamentos y descartables.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 17: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 18 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 15 El Ministerio de Hacienda facilitará a EL 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 titulares, el Ministerio de Hacienda deberá comunicar a EL PROVEEDOR en los primeros 5 días hábiles de cada mes. Para el grupo familiar de los titulares se puede hacer la inclusión en cualquier momento de la vigencia del contrato y la habilitación de los mismos será en las primeras 24 horas (día hábil) de recibida la comunicación oficial, siendo causal de imposición de sanciones el incumplimiento del presente punto. En caso de inclusiones de familiares y/o adherentes, la comunicación por parte de la contratante será por las vías habilitadas en el pliego como ser: vía correo electrónico y por medio impreso. En ningún caso, se aplicarán las coberturas en forma retroactiva a prestaciones de servicios anteriores a la inclusión efectuada. El primer pago será en efectivo y prorrateado según la fecha de su alta efectiva. Idem pag 22</p> <p>Pregunta: en caso de que durante los primeros 5 días hábiles del mes un funcionario o familiar haga uso del seguro y luego se comunique su baja, quien abonará los gastos emanentes de esa utilización?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 18: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 19 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios. Diariamente, a la mañana, al inicio de jornada, El PROVEEDOR deberá proveer el listado de funcionarios y familiares del M.H. internados en los Sanatorios adheridos, de manera a facilitar las auditorias de los servicios respectivos.</p> <p>Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 19: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 20 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
----------	-------------------	------------

Pag. 15 Las altas sanatorias y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante.

Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito?

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta 20: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.

Consulta 21 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
----------	-------------------	------------

Pag. 15 Las dudas que puedan surgir en la interpretación de las relaciones deben ser resueltas aplicando el principio in dubio pro asegurado, es decir, el principio con arreglo al cual los supuestos de duda en el presente contrato de seguro deben ser resueltos en favor al asegurado.

Pregunta : Se entiende dudas razonables y debidamente fundamentadas?; ya que el PBC es elaborado por la contratante y debiera ser lo suficientemente claro para que la prestadora la cotice adecuadamente.

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta 21: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.

Consulta 22 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
----------	-------------------	------------

Pag. 15 COBERTURA:

Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, que estarán cubiertos en consultorios e internaciones, tratamientos, procedimientos, control y estudios propios de las especialidades.

Preguntas: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%, teniendo en cuenta que existen eventos con coberturas parciales?.

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta 22: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.

Consulta 23 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 16 Servicios Sanatoriales convencionales, en sala, urgencias, UTI (adultos y niños) y de alta complejidad con cobertura total, incluidos alimentación vía oral del paciente, cuidados de enfermería, todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y de diagnóstico. Pensión Sanatorial, derechos operatorios, etc.		
P: Se entiende en eventos con cobertura y hasta los topes establecidos?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 23: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 24 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag.16 En caso de lactantes la cobertura nutricional incluirá la leche maternizada.		
Pregunta: se entiende leche maternizada convencional y durante la internación?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 24: Se refiere a todos los tipos de leches maternizadas que existen en el mercado para lactantes internados con situaciones clínicas patológicas y no patológicas.		

Consulta 25 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 16 En Urgencias cubre primera dosis de antibiótico más descartables indicado por el profesional médico para tratamiento ambulatorio.		
Pregunta: se entiende primera dosis inyectable (IM o IV)?.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 25: Incluye todas las formas o medios de tratamiento.		

Consulta 26 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 16 Servicios de paramédicos, ambulancias y traslados. Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores habilitados por la contratista), de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales, centro de atención médica ambulatoria para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones, etc.), que serán con cobertura total para el asegurado.		
Pregunta: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 26: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 27 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 17 INTERNACIONES: Con cobertura inmediata, en centros asistenciales habilitados por el seguro, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta oral del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión de lo enunciado en el apartado de medicina por imágenes y estudios de diagnósticos) hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse. Idem pag 26</p> <p>Pregunta:1 se entiende estudios y análisis que se realicen en el territorio nacional y en centros habilitados? A nivel local pueden existir estudios o análisis que sólo se realicen en centros públicos o con prestadores con los cuales el seguro no tenga convenio.</p> <p>Pregunta:2 Se puede establecer que en estos casos la cobertura sea por reintegro?.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 27: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 28 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 17/18 Se deberá incluir media pensión (almuerzo o cena) para un acompañante hasta el valor de Gs. 20.000 (guaraníes veinte mil). Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, instrumentales quirúrgicos, además de la utilización de electrocardiógrafo, rayos X del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, video, nebulizaciones, aplicación de ultrasonidos, infrarrojo, fisioterapia, etc.</p> <p>Pregunta: 1. se entiende en eventos con cobertura?.</p> <p>Pregunta: 2. Se entiende los instrumentales propios de los centros habilitados y hasta G 10.000.000.- los que sean propiedad de terceros?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 28: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 29 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 18, 22, 26 Cobertura de medicamentos nacionales e importados, incluida la alimentación enteral, materiales descartables-desechables y de uso personal incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) por valor de Gs. 40.000.000 (guaraníes cuarenta millones), por evento y en todo concepto, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. No incluye elementos de aseo personal como: Bolsa de agua caliente-frío, baño fácil, ProdentPlac, toallas húmedas, desodorante, dentífrico, etc; no incluye elementos de órtesis como triflow y dispositivos anti escara de silicona. Faja blinding cobertura del 50% (no incluye en parto y cirugía video laparoscópica). Idem pag 22, 26</p> <p>Pregunta: Se entiende que las marcas no son limitativas y la no cobertura abarca a productos similares de otras marcas pero usadas para el mismo fin?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 29: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 30 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 18 En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar 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 BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 30: No aplica.		

Consulta 31 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 18 En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar 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 BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales Pregunta: teniendo en cuenta que la sangre no se puede comprar, se entiende que la provisión antes de la presentación de los donantes se hará siempre y cuando se cuente con stock necesario.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 31: El servicio deberá ser garantizado por la PRESTADORA tal como lo establecen las Especificaciones Técnicas.		

Consulta 32 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 18 En caso de agotar cobertura se someterá a la Auditoría Médica del MH para analizar las controversias suscitadas, y en caso de no contar con la misma, se pondrá al tanto al titular del seguro previo a la realización de cualquier servicio para que este autorice la continuidad del mismo. Tomando en cuenta la urgencia del caso, dicho plazo no deberá exceder las 48 hs. Preguntas: se entiende que los servicios prestados durante el tiempo que dure la auditoria y que excedan la cobertura, no podrán ser desconocidos por el familiar.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 32: La responsabilidad que asume el Ministerio de Hacienda se limita a las condiciones establecidas en las especificaciones técnicas, motivo por el cual no puede responder sobre responsabilidades ajenas.		

Consulta 33 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 18 Anatomía Patológica: incluyendo biopsia de todo tipo. Incluye además estudios de materiales pequeños, medianos y grandes; incluyendo biopsia extemporánea. Estudios histoquímicos y marcadores tumorales. Estudios cromosómicos. Pregunta. Se entiende estudios realizados en el país y con prestadores habilitados?		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 33: Los límites de coberturas están descritos en las Especificaciones Técnicas.		

Consulta 34 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 18 Cirugías convencionales y no convencionales (cubre cirugía video laparoscópicas, endoscópicas y láser)		
Pregunta : Se entiende laserterapias en los Items taxativamente establecidas en los ítems correspondientes?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 34: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 35 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 19 Oncología: consultas, cirugías, quimioterapia.		
Pregunta: se entiende que las cirugías se cubrirán según lo detallado en el ítem M de la pag 25?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 35: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 36 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 19 Cirugía torácica		
Se entiende que honorarios 100% se aplicará en las cirugías torácicas menores, ya que las mayores están comprendidas en el ítem de alta complejidad?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 36: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 37 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 19 Cirugía Endovasculares. Será cubierta hasta el monto en cirugías convencionales.		
Pregunta: Entendemos que estos procedimientos se cubrirán según o establecido en la alta complejidad y, salvo los detallados con otra cobertura serán cubiertos hasta el 70% de la cirugía convencional?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 37: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 38 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 21 El listado mencionado precedentemente no es taxativo sino meramente enunciativo. Las atenciones de especialidades que no figuran en el listado precedente, se ajustarán a los términos del contrato, es decir, cobertura del 100% en honorarios por estudios de diagnósticos, tratamientos, controles, procedimientos propios de las especialidades en consultorios e internaciones, salvo aquellas aranceladas en este contrato.</p> <p>Pregunta: Se entiende en especialidades no detallada en el apartado servicios sin cobertura.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 38: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 39 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario.</p> <p>Comentario: entendiendo como plantel al personal de una institución, se aclara que los profesionales médicos, salvo los médicos de guardia y de los centros de la periferia de Asunción e interior, ejercen su profesión de forma independiente y que no todos los que alquilan un consultorio o frecuentan un determinado centro o sanatorio trabajan para las prepagas ni se desempeñan como empleados. Los profesionales médicos dentro de Asunción, deben estar en la guía de profesionales para que estén habilitados. Pregunta: Se entiende por profesionales habilitados aquellos mencionados en la lista de prestadores y los que sean dependientes de cada Sanatorio?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 39: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 40 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 22 Servicios de Reintegros: podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 3 (tres) veces por mes por grupo familiar (incluido el adherente), y la cobertura se realizará por el sistema de reintegros hasta Gs. 250.000, por consulta.</p> <p>Pregunta: Se entiende consultas realizadas en el consultorio de un médico, en horario normal y en especialidades no contempladas dentro del ítem servicios sin cobertura.?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 40: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 41 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 22 TERAPIA INTENSIVA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA: (adultos y niños) Cobertura máxima hasta 25 días por cada evento, sin límites de eventos. Deberán estar cubiertos los Honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería, y todos los medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta la excepción en lo enunciado en el apartado de medicina por imágenes y de estudios de diagnóstico).</p> <p>Pregunta: 1 Honorarios profesionales: se entienden al jefe de la unidad y médicos de guardia interconsultas de médicos habilitados sin co-pago? 2. Equipos: hace referencia a los equipos propios de la unidad? 3. Se entiende todos los estudios y determinaciones procesadas en el país y en centros habilitados?</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 41: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 42 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag.24: Disponer ambulancias para traslados de casos de pacientes internados a otros centros asistenciales y/o de diagnóstico, pacientes de alta complejidad, urgencias, emergencias, en el alta del paciente por indicación médica. Unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia. Incluye el traslado de ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencia y/o urgencia, el cual deberá estar a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA DE SERVICIOS, para el titular, grupo familiar y los adherentes.</p> <p>Pregunta: se entiende que el traslado desde el interior es para casos que no puedan ser solucionados en la zona.</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 42: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 43 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 24 El Sanatorio y/o Centro Asistencial proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta la total recuperación de los pacientes.</p> <p>Pregunta : se entiende dentro de las coberturas y topes y dentro del plazo de vigencia de servicios de este contrato</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 43: Las prestaciones encuentran su límite de cobertura y vigencia en los términos del contrato.</p>		

Consulta 44 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 24 Deben estar cubiertos la utilización de estudios de diagnósticos, medicina por imágenes, laboratoriales requeridos, monitoreo cardiaco, monitoreo fetal, inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicios de enfermería, toma de presión arterial, materiales descartables-desechables, de uso personal (incluyendo termómetro), y medicamentos nacionales e importados y otros que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención en este servicio, con cobertura inmediata, sin limitaciones y del 100% (Cien por ciento) para el beneficiario.</p> <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. estudios realizados en el país en centros habilitados 2. Vacunaciones: se refiere a vacuna antitetánica? 3. Si el medicamento no es nacional o importado que puede ser, suponemos cualquier medicamento comercializado en el país y que no se encuentre en falta en el momento que se requiera. 		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 44: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 45 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 24 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE</p> <p>Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas además de la utilización de electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, video, inyecciones, nebulizaciones, servicios de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo y otros servicios que pueda necesitar el asegurado, tanto para casos de accidentes, como para cualquier requerimiento de atención</p> <p>Pregunta 1. se entiende para cirugías contempladas dentro de la cobertura y que no se hallen dentro del ítem servicios sin cobertura.</p> <p>Pregunta 2. que se entiende por otros servicios como cualquier requerimiento de atención?. Se refiere a todo lo cubierto en otros ítems?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 45:</p> <p>45.1. Las prestaciones encuentran su límite de cobertura en los términos del contrato.</p> <p>45.2. Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 46 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 24 VISITAS DOMICILIARIAS: Visitas con carácter no urgente (hasta 02 por abonado por mes) a cargo de un plantel compuesto por un médico para adultos y uno para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente). Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y cabeceras departamentales y hasta un radio circundante de 50 kilómetros, según lista de prestadores de servicios de ambulancia proveídos por EL PROVEEDOR. Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total. Se entiende que lo subrayado se aplica a para paciente encamados o con impedimentos físicos?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 46: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 47 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 24 OTRAS ESPECIALIDADES Las consultas en especialidades que no figuren en el punto B, tendrán una cobertura del 100% a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS Pregunta: se entiende que esto no abarca a las especialidades no cubiertas o con cobertura parcial		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 47: Las prestaciones encuentran su límite de cobertura en los términos del contrato.		

Consulta 48 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 24/25 MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura y sin límites con el plantel de médicos habilitados, por evento. Y hasta 6 (seis) consultas por evento con profesionales que no pertenezcan al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS hasta el valor de reintegro de sociedad y por sistema de reintegro Pregunta: se entiende que la cobertura 100% no se aplica a profesionales habilitados con sistema de co-pago?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 48: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 49 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 25 COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA Cobertura mínima del 40% (cuarenta por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias de todo tipo de medicamentos nacionales e importados (Preventivo y curativo), en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta de crédito y/o débito).</p> <p>La cobertura farmacéutica deberá ser de por lo menos 3 (tres) cadenas, una de las cadenas deberá tener cobertura en todo el país, cuando se trate en la zona del interior nominar otras farmacias en forma excepcionales. Se deberá aceptar el recetario sin límite de cantidad de medicamentos, y con una duración de 30 días. Y para los tratamientos prolongados la validez de los recetarios será de 90 días. Para los medicamentos nacionales los descuentos serán sin límites, por beneficiario. Para medicamentos importados los descuentos serán del mismo coeficiente, aplicados hasta alcanzar un cupo total de descuento de Gs. 2.000.000, por beneficiario.</p> <p>Pregunta: Se entiende que las habilitaciones de las farmacias deberán ser en las capitales departamentales, ya que es de imposible cumplimiento contemplar en todas las ciudades del país.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 49: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 50 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 25 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS Cobertura total en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato). Cobertura total en consultas e internaciones, de todas las patologías crónicas y neoplásicas (dentro de los límites del contrato) diagnosticadas durante la vigencia del contrato.</p> <p>Pregunta 1. Cobertura total se entiende dentro de los límites establecidos para cada ítem? Pregunta 2. Respecto a las enfermedades neoplásicas la cobertura se dará dentro de los límites del contrato en casos diagnosticados durante la vigencia del contrato.?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 50: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 51 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 25 MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD La cobertura será del (70%) setenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado), en concepto de honorarios médicos y los derechos operatorios deberán estar cubiertos el 100%. Las prótesis de todo tipo tendrán una cobertura hasta el 65% del total (no incluye TAVI endovasculares). Pregunta: En cuanto a la exclusión de TAVI y prótesis endovasculares, entendemos que las únicas cubiertas serán los stent coronarios citados en el ítem?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 51: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 52 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios.</p> <p>Pregunta: entendemos que tratamientos ambulatorios se refiere exclusivamente a quimioterapia, radioterapia y los citados taxativamente?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 52: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 53 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag 26. Cirugía torácica mayor:</p> <p>Pregunta: a fin de establecer límites claros , podríamos considerar mayores a todas las cirugías torácicas a excepción de las punciones pleurales y los drenajes?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 53: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 54 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 26 En cirugía de catarata cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica. Tratamiento de retina y crosslinking</p> <p>Pregunta: 1.se entiende que en la cirugía de cataratas solo se cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica no así el costo de la lente intraocular?</p> <p>Pregunta :2. En cuanto al tratamiento de retina se entiende que se hace mención al tratamiento de laserterapia según el ítem correspondiente, no así la provisión de medicamentos tipo avastin para tratamientos ambulatorios?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 54:</p> <p>54.1. Cubre la sustancia viscolastica 70% y 100% lente intraocular convencional según PBC</p> <p>54.2. Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 55 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios</p> <p>Pag. 28 Las cirugías no contempladas en el detalle de cirugías de alta complejidad, tendrán cobertura del procedimiento convencional para todos los servicios en todo concepto, incluyendo HONORARIOS MEDICOS, SUS AYUDANTES y equipos o instrumentales relacionados, EN TODAS LA ESPECIALIDADES, excepto medicamentos y descartables los cuales se registrarán de acuerdo al importe indicado en medicamentos y descartables.</p> <p>Pregunta: De la relación entre los dos párrafos precedentes entendemos que, si bien el listado no es taxativo, todos los honorarios por procedimientos no citados se cubrirán hasta el 70% de los procedimientos convencionales.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 55: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 56 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 27 Cirugía Vascula Periférica:</p> <p>Pregunta : El PBC solo aclara que los dispositivos endovasculares cerebrales serán cargo abonado, entendemos que en las cirugías vasculares periféricas se aplicará la misma cobertura?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 56: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 57 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
<p>Pag. 28 Hemodinamia Intervencionista: se reconocerá hasta las coberturas de procedimientos convencionales y en todo concepto Cateterismo intervencionista: endovascular, neurológico, renal o en cualquier situación que se requiera Hemodinamia intervencionista: Ablación de arritmias auriculares y ventriculares: 70% alta complejidad Electrofisiología y biopsias endomiocárdicas 70% alta complejidad</p> <p>Pregunta: teniendo en cuenta que actualmente una gran cantidad de procedimientos utilizan la hemodinamia como vía, entendemos que este párrafo es aplicable a todo evento descrito en este PBC que la aplique?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 57: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 58 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 29 TRATAMIENTOS La Quimioterapia deberá cubrir: la internación, honorarios profesionales, medicamentos no oncológicos, materiales no oncológicos y descartables no oncológicos, los cuales se deberán regir dentro del límite del ITEM A Internación. Las drogas oncológicas utilizadas para las sesiones de quimioterapia serán hasta el límite establecido dentro de este apartado Pregunta: entendemos que si el paciente agotó su cupo de medicamentos y descartables en internación por evento, estos quedarán a cargo del mismo? ESTUDIOS Medicina Nuclear exámenes de tiroides y de riñón, ventriculograma isotópico Pregunta : se entiende que estos estudios, por encontrarse dentro de este ítem, tendrán una cobertura del 70% en todo concepto, aunque más abajo figuren con una cobertura del 80%?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 58: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 59 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 29 MEDICINA POR IMAGENES Y ESTUDIOS DE DIAGNOSTICOS Con cobertura total, sin límite y por persona, en todos los estudios de medicina por imágenes y estudios de diagnóstico (con excepción de los detallados más abajo), que se realicen en consultorios o centros especializados, dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico u odontólogo, sea o no del Plantel del seguro, independientemente de la especialidad. Pregunta: Se entiende en centros habilitados, y por reintegros en caso de realizarse en institutosa dentro del territorio nacional con los cuales la prepaga no tenga convenios?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 59: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 60 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag.29 LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS Con cobertura total, sin límite y por persona en todos los estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e Internados de todas las especialidades y que se realicen dentro del territorio nacional, siempre que provengan de una orden escrita de un profesional médico, sea o no del plantel del seguro, independientemente de la especialidad. Se contemplan todos los estudios realizados en el país, existentes a la firma del contrato. Pregunta : Se entiende la cobertura directa en centros habilitados,y por reintegros en aquellos laboratorios con los cuales la prepaga no tenga convenio?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 60: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 61 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 29 y 30 SERVICIOS SIN COBERTURAS		
<p>Pregunta 1: Al detallarse estos servicios se entiende que los mismos no gozarán de ninguna de las coberturas detalladas en el PBC , al igual que todos los gastos ocasionados por los mismos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales.</p> <p>Pregunta 2 :La determinación del acaecimiento de estos hechos deberá ser demostrada por la autoridad competente de la República para la suspensión de la cobertura de los servicios asistenciales ya prestados ,Entendemos que los análisis de laboratorio y el informe del toxicólogo son suficientes respaldos para determinar el cuadro?</p> <p>Pregunta 3</p> <p>Cirugías con fines estéticos, entendemos que serán sin cobertura no solo las cirugías sino todo procedimiento con este fin.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 61: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.		

Consulta 62 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	27-10-2018
Pag. 6 Punto B N.2		
Donde dice que se debe demostrar contar con un contrato de al menos 2000 asegurados...Podrá entenderse que la Institución de referencia debe poseer minimamente 2000 funcionarios titulares mas sus grupos familiares?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 62: El requisito mínimo refiere a Asegurados.		

Consulta 63 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	29-10-2018
Pág. 34. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC). CGC 27: Donde dice En caso de incumplimiento en la prestación de los servicios médicos, sanatoriales, laboratoriales y de diagnóstico previstos en el Contrato, por parte de la Contratista y que ha sido comprobada por la Coordinación Técnica de Seguridad y Desarrollo Social y/o el Auditor Médico de la Contratante, se aplicará la multa Entendemos que antes de llegar a esta sanción multa la convocante deberá aplicar apercibimientos ¿Cuántos apercibimientos recibirá la contratada antes de llegar a la sanción de multa?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 63: No se contemplan apercibimientos en el presente contrato, en caso de incumplimientos se aplicaran las penalidades pecuniarias.		

Consulta 64 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	29-10-2018
Pág. 31. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC), CGC 12, último párrafo: En donde dice El proveedor podrá modificar el listado de sanatorios y profesionales médicos aprobados, previa autorización de la Contratante. Entendemos que no aplica en los casos en donde dichos sanatorios y médicos hayan rescindido contrato con la proveedora, pues en estas circunstancias sería imposible solicitar autorización de la convocante, ya que la rescisión no depende del proveedor.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
Respuesta 64: Sin menoscabo de las coberturas garantizadas en las Especificaciones Técnicas, cada caso será analizado a los presuntos de Fuerza Mayor o Caso Fortuito.		

Consulta 65 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	29-10-2018
<p>Pág. 36. Sección V. Modelo de Contrato. Clausula 6. VIGENCIA DEL CONTRATO: Donde dice El plazo de vigencia de este Contrato será desde el 01/12/18 y por 12 meses. Entendemos que el último día de prestación de servicios será el 30/11/2019.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 65: se aclara que la condición de 12 meses corresponde a una vigencia que se extiende hasta el 30 de noviembre de 2019.</p>		

Consulta 66 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	29-10-2018
<p>Pág. 37. Sección V. Modelo de contrato. Clausula 14. OTRAS DISPOSICIONES: Donde dice Cuando las cláusulas del contrato o, cuando las partes del PBC, que se presten a dos o más interpretaciones deberán entenderse en el sentido que mejor convenga al asegurado Entendemos que se refiere cuando exista contradicción entre los textos de contrato y/o el PBC.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 66: Consideramos que la redacción de las Especificaciones Técnicas describen suficientemente el alcance y mecanismo de cobertura, por lo que no requiere aclaración adicional.</p>		

Consulta 67 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	29-10-2018
<p>Pág. 36. Sección V. Modelo de Contrato. Clausula 7. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PROVISIÓN DE BIENES: Donde dice Los bienes deben ser entregados dentro de los plazos establecidos en el Cronograma de Entregas del Pliego de Bases y Condiciones, en la siguiente dirección Entendemos que los servicios serán prestados en las direcciones de los Prestadores del listado presentado en la oferta.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	31-10-2018
<p>Respuesta 67: La cláusula citada es una transcripción del Pliego de Bases y Condiciones estándar aprobado por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP), que será ampliado con la transcripción de las EETT una vez adjudicado.</p>		

Consulta 68 - LPN Nº 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pag.12 Los BENEFICIOS y la COBERTURA de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos; y serán brindados en los Sanatorios y CENTROS HABILITADOS por EL PROVEEDOR en el territorio nacional, con la sola identificación del carnet brindado por la misma junto con la cédula de identidad.</p> <p>Pregunta: se entiende para todos los casos que gocen de cobertura, exceptuándose aquellos que no estén comprendidos dentro de los ítems citados y los citados en Servicios sin Cobertura?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Todo aquello que este descrito como sin cobertura, no será exigido a la Prestadora.</p>		

Consulta 69 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios.</p> <p>Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Los prestadores adheridos a la principal tienen las mismas obligaciones contractuales.</p>		

Consulta 70 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 15 Las altas sanatorias y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante.</p> <p>Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Remitirse al Pliego de Bases y Condiciones.</p>		

Consulta 71 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 15 COBERTURA: Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, que estarán cubiertos en consultorios e internaciones, tratamientos, procedimientos, control y estudios propios de las especialidades.</p> <p>Preguntas: Se entiende que la palabra total significa dentro de los topes establecidos y no en un 100%, teniendo en cuenta que existen eventos con coberturas parciales?.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Se entiende total dentro de los límites de cobertura.</p>		

Consulta 72 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 15 El PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS deberá proveer mensualmente con carácter obligatorio, datos estadísticos respecto a: excedentes en las internaciones, consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios urgencias, emergencias, y otros ítems que sean necesarios.</p> <p>Pregunta: entendemos que la prepaga deberá informar aquellos servicios por los cuales no ha otorgado cobertura, pero no informar excedentes de topes ya que los mismos quedan a cargo del paciente y no son comunicados a la prepaga por los distintos prestadores.</p> <p>Pág. 15 Las altas sanatorias y los excesos de gastos serán comunicadas diariamente a la Contratante.</p> <p>Pregunta: Al pasar el reporte diario de los pacientes internados la contratante podrá saber los pacientes que fueron dados de alta y, los excesos son comunicados directamente a los familiares ya que el seguro solo informa topes de coberturas, desconociendo los excedentes; de esta forma la Contratante podría dar por cumplido este requisito? RESPECTO A ESTOS DOS PUNTOS CONSIDERAMOS DE CUMPLIMIENTO IMPOSIBLE YA QUE NO NOS PODEMOS COMPROMETER EN PROVEER DATOS CON LOS CUALES NO CONTAMOS.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Los prestadores adheridos a la principal tienen las mismas obligaciones contractuales.</p>		

Consulta 73 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 16 En Urgencias cubre primera dosis de antibiótico más descartables indicado por el profesional médico para tratamiento ambulatorio.</p> <p>Pregunta: se entiende primera dosis inyectable (IM o IV)?.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Se entiende que corresponde a inyectables.</p>		

Consulta 74 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 18. En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO y/o Centros Asistenciales deberán proveer los mismos y posteriormente el Grupo Familiar deberá realizar 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 BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales</p> <p>Pregunta: teniendo en cuenta que la sangre no se puede comprar, se entiende que la provisión antes de la presentación de los donantes se hará siempre y cuando se cuente con stock necesario.</p> <p>RESPECTO A ESTA CONSULTA, CONSIDERAMOS QUE ES UN TEMA MUY DELICADO DEBIDO A QUE ES IMPOSIBLE COMPROMETERSE A PROVEER ALGO QUE NO SE PUEDE ADQUIRIR YA QUE DEPENDE DE DONACIONES VOLUNTARIAS.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: La prestadora deberá velar por la disponibilidad en todo momento y en caso de falta, derivar a donde corresponda.</p>		

Consulta 75 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
----------	-------------------	------------

Pág. 19 Oncología: consultas, cirugías, quimioterapia.

Pregunta: se entiende que las cirugías se cubrirán según lo detallado en el ítem M de la pág. 25, que establece la cobertura de enfermedades crónica congénitas y neoplásicas?

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta: Se entiende que las cirugías oncológicas de carácter crónico estarán cubiertas en el Punto M

Consulta 76 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
----------	-------------------	------------

Pág. 19 Cirugía Endovasculares. Será cubierta hasta el monto en cirugías convencionales.

Pregunta: Entendemos que estos procedimientos endovasculares propuestos por el medico tratante se cubrirán según lo establecido en la alta complejidad o sea hasta el 70% de la cirugía convencional?

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta: Se entiende que las cirugías endovasculares que sean de alta complejidad se registrarán por el 70% de cobertura de la cirugía propuesta.

Consulta 77 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
----------	-------------------	------------

Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario.

Entendemos que el plantel habilitado sera el presentado dentro de cada Sanatorio y detallado en la oferta?

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta: Se entiende que el PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA de servicios informará el plantel de médicos especialistas habilitados en el listado de profesionales y los que forman el staff de los centros habilitados.

Consulta 78 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
----------	-------------------	------------

Pag.22 Todos los profesionales que se hallan dentro del plantel de EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA De SERVICIOS, y centro habilitados para el MH serán sin cargo para el beneficiario.

Los médicos no detallados podrán ser solicitados para su inclusión dentro del periodo mencionado en el PBC; las consultas en consultorio de aquellos no habilitados podrán ser reintegrados según el ítem correspondiente, no así otros servicios prestados por el profesional.

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
-----------	--------------------	------------

Respuesta: Los médicos prestadores (no los del plantel) podrán ser solicitados para su inclusión. Los del plantel serán sin cargo y en caso de cambios, la prestadora deberá comunicar a la CONTRATANTE los cambios así como de los centros habilitados.

Consulta 79 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 22 Servicios de Reintegros: podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 3 (tres) veces por mes por grupo familiar (incluido el adherente), y la cobertura se realizará por el sistema de reintegros hasta Gs. 250.000, por consulta.</p> <p>Pregunta:1 Se entiende consultas realizadas en el consultorio de un médico, en horario normal y en especialidades no contempladas dentro del ítem servicios sin cobertura?</p> <p>Pregunta 2: En caso de visitas domiciliarias puede considerarse un reintegro hasta el valor de lo establecido por sociedad para consultas en consultorio.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta 1: El sistema de reintegro cubre honorarios en consultorio. En caso que un asegurado requiere la asistencia a domicilio de un médico que no se encuentre dentro del plantel habilitado por la prestadora, el costo de traslado deberá asumir el asegurado disminuyendo los honorarios del profesional (con cobertura)</p> <p>Respuesta 2: Se entiende hasta el valor mencionado como tope en el apartado Servicios de Reintegro</p>		

Consulta 80 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 25 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS</p> <p>Cobertura total en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato).</p> <p>Cobertura total en consultas e internaciones, de todas las patologías crónicas y neoplásicas (dentro de los límites del contrato) diagnosticadas durante la vigencia del contrato.</p> <p>Pregunta 1. Respecto a las enfermedades neoplásicas la cobertura se dará dentro de los límites del contrato en casos diagnosticados durante la vigencia del contrato?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Se entiende que las enfermedades neoplásicas preexistentes y las diagnosticadas durante la vigencia del contrato, tendrán cobertura dentro de los límites establecidos.</p>		

Consulta 81 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pag. 25 MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD</p> <p>La cobertura será del (70%) setenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado), en concepto de honorarios médicos y los derechos operatorios deberán estar cubiertos el 100%. Las prótesis de todo tipo tendrán una cobertura hasta el 65% del total (no incluye TAVI endovasculares).</p> <p>Pregunta: En cuanto a la exclusión de TAVI y prótesis endovasculares, entendemos que las únicas cubiertas serán los stent coronarios citados en el ítem?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: No cubre TVI y los explícitamente excluidos.</p>		

Consulta 82 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 26 En las internaciones quirúrgicas, estudios, tratamientos y procedimientos citados de manera enunciativa más abajo, tendrá una cobertura de medicamentos nacionales e importados, drogas oncológicas, y materiales descartables desechables y de uso personal, incluyendo termómetro, aerocámara (para paciente no asmático) y media anti embólica, será hasta la suma de Gs. 50.000.000 en todo concepto y por evento, no incluye uso de oxígeno. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales y medicina por imágenes, (no se tendrá en cuenta ninguna exclusión enunciada en medicina por imágenes y estudios de diagnósticos). Incluye tratamientos ambulatorios.</p> <p>Pregunta: entendemos que tratamientos ambulatorios se refiere exclusivamente a quimioterapia, radioterapia y los citados taxativamente?. Que cobertura tendran los medicamentos para tratamientos de retina tipo Avastin?</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: No incluye Avastin</p>		

Consulta 83 - Id 345279 Consultas MH

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 26. En cirugía de catarata cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica. Tratamiento de retina y crosslinking</p> <p>Pregunta: 1.se entiende que en la cirugía de cataratas solo se cubre el 70% del valor de la sustancia viscolástica y lente intraocular monofocal standart con un valor aproximado de G.2.000.000?</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: Remitirse al Pliego de Bases y Condiciones.</p>		

Consulta 84 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pag. 29 y 30 SERVICIOS SIN COBERTURAS</p> <p>Pregunta 1: Al detallarse estos servicios se entiende que los mismos no gozarán de ninguna de las coberturas detalladas en el PBC, al igual que todos los gastos ocasionados por los mismos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales.</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuestas: Los servicios sin coberturas están descritos en el ítem respectivo.</p>		

Consulta 85 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
<p>Pág. 34. Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC). CGC 27: Donde dice En caso de incumplimiento en la prestación de los servicios médicos, sanatoriales, laboratoriales y de diagnóstico previstos en el Contrato, por parte de la Contratista y que ha sido comprobada por la Coordinación Técnica de Seguridad y Desarrollo Social y/o el Auditor Médico de la Contratante, se aplicará la multa; Entendemos que antes de llegar a esta sanción multa la convocante deberá aplicar apercibimientos ¿Cuántos apercibimientos recibirá la contratada antes de llegar a la sanción de multa?</p>		
Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
<p>Respuesta: No se contemplan apercibimientos en el presente contrato, en caso de incumplimientos se aplicaran las penalidades pecuniarias.</p>		

Consulta 86 - LPN N° 02/18 ID 342957 Consultas

Consulta	Fecha de Consulta	05-11-2018
Pág. 37. Sección V. Modelo de contrato. Clausula 14. OTRAS DISPOSICIONES: Donde dice Cuando las cláusulas del contrato o, cuando las partes del PBC, que se presten a dos o más interpretaciones deberán entenderse en el sentido que mejor convenga al asegurado Entendemos que se refiere cuando exista contradicción entre los textos de contrato y/o el PBC.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	07-11-2018
Respuesta: Es correcta la interpretación.		