

Herederos legales según Declaración de Beneficiarios debidamente firmada y legalizada, o en su defecto la indemnización pasará a la entidad contratante, según ley.

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA

CONTRATANTE : TRIBUNAL CONSTITUCIONAL
DIRECCION : JIRON ANCASH N° 390 – LIMA
VIGENCIA : ANUAL – DESDE / HASTA LAS 00:00 HASTA LAS 24 HORAS
EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO

El seguro de Asistencia Médica cubre a los trabajadores del Tribunal Constitucional y a sus dependientes (cónyuge, conviviente o concubino(a), hijos hasta los 25 años de edad inclusive)

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR OCURRENCIA Y PERSONA - S/1,000,000

ATENCIÓN AMBULATORIA		
(Consulta Médica, farmacia, exámenes auxiliares, cirugía ambulatoria y procedimientos especiales)		
RED	Deducible	Cubierto al
Centros médicos o clínicas preferentes	S/ 40.00	90%
Red 1 (mínimo 11 proveedores)	S/45.00	85%
Red 2 (mínimo 5 proveedores)	S/45.00	80%
Red 3 (mínimo 4 proveedores)	S/70.00	85%
Red 4 (mínimo 3 proveedores)	S/75.00	85%
Red 5 (mínimo 2 proveedores)	S/90.00	75%
Red Provincias 1	S/40.00	80%
Red Provincias 2	S/40.00	75%
Red Provincias 3	S/45.00	75%
Red Provincias 4	S/50.00	70%
Reembolsos Zonas Alejadas Provincias	S/45.00	85%
Reembolsos en Provincias	S/45.00	85%
Reembolsos Lima	S/80.00	75%
ATENCIÓN HOSPITALARIA		
(Farmacia, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, honorarios médicos y habitación)		
RED	Deducible	Cubierto al
Red 1 (mínimo 8 proveedores)	S/0.00	90%
Red 2 (mínimo 10 proveedores)	S/0.00	90%
Red 3 (mínimo 5 proveedores)	1 día de hab.	85%
Red 4 (mínimo 1 proveedor)	1 día de hab.	75%
Red 5 (mínimo 2 proveedores)	1 día de hab.	75%
Red Provincias 1	S/0.00	90%
Red Provincias 2	S/0.00	85%
Red Provincias 3	S/0.00	85%

Red Provincias 4	S/0.00	80%
Reembolsos Lima	1 día hab.	70%
Reembolso Zonas Alejadas Provincias	1 día hab.	85%
Reembolsos Provincia	1 día hab.	85%
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		
Emergencia Accidental (sin hospitalización)		
Cubierta al 100% por todo el tratamiento a consecuencia del accidente. Se dará cobertura de continuidad de emergencia accidental hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde atendió inicialmente la emergencia accidental		
Debe cubrir las siguientes intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio de control • Exámenes radiológicos de control • Sesiones de terapia física • Retiro de puntos • Retiro de yeso 		
Importante: Si por el accidente sufrido el asegurado necesita hospitalizarse, los gastos serán cubiertos según las condiciones señaladas en el beneficio de hospitalización.		
Cobertura	Deducible	Cubierto al
Emergencia accidental en Lima y Provincias dentro de las primeras 48 horas	S/0.00	100%
Emergencia accidental y médica en ambulancias. (Crédito y reembolso)	S/0.00	100%
Emergencia Médica en Lima y Provincias (Gastos ambulatorios las primeras 48 horas sin hospitalización)	S/0.00	100%
Transporte por evacuación de emergencia. Solo en caso de emergencias y únicamente bajo prescripción médica. - Ambulancia desde y hasta la clínica - Ambulancia hacia el domicilio del paciente. - Avión comercial en vuelo nacional (hasta un máximo de 7 asientos) La cobertura se otorga sujeto a disponibilidad del proveedor. Es indispensable para el otorgamiento del beneficio la autorización del médico tratante y del médico de la Central de Emergencias de la aseguradora. El presente beneficio solo considera el transporte de ida. En caso de transporte aéreo (vuelo comercial) es requisito la aprobación del equipo médico de la aerolínea.	S/0.00	100%
BENEFICIO OFTALMOLÓGICO		
LIMA Y PROVINCIAS	Deducible	Cubierto al
Medida de vista una vez al año (incluye presión arterial y fondo de ojo)	S/0.00	100%
Atención especializada (mínimo 5 proveedores)	S/0.00	90%
BENEFICIO ODONTOLÓGICO		

Curaciones, extracciones y endodoncias	Deducible	Cubierto al
Crédito	Al 80% hasta el límite del plan	
Reembolso	Al 80% hasta el límite del plan	
MATERNIDAD		
Solo cubre a la titular (soltera o casada), cónyuge o conviviente del titular.		
Capa Simple	Deducible	Cubierto al
Parto natural	Al 100% Hasta S/ 11,000	
Parto múltiple	Al 100% Hasta S/ 12,317	
Red 1	S/0.00	100%
Red 2	S/0.00	100%
Red 3	S/0.00	95%
Red 4	S/0.00	90%
Red 5	S/0.00	85%
Red Provincias 1	S/0.00	100%
Red Provincias 2	S/0.00	95%
Red Provincias 3	S/0.00	90%
Red Provincias 4	S/0.00	85%
Parto por Cesárea, amenaza de aborto y / o aborto no provocado hasta S/ 15,000		
Lima y provincias		
Complicaciones del embarazo lima y provincias	Hasta S/8,700	
Red 1	100%	
Red 2	100%	
Red 3	1 día de Hab. Al 95%	
Red 4	1 día de Hab. Al 90%	
Red 5	1 día de Hab. Al 85%	
Red Provincias 1	100%	
Red Provincias 2	100%	
Red Provincias 3	95%	
Red Provincias 4	90%	
Control de niño sano durante el primer año, solo la consulta al 100%		
Atención vía crédito en clínicas afiliadas al 100%		
13 consultas Pre Natales incluyendo:		
<ul style="list-style-type: none">• Una consulta mensual durante los primeros siete meses• Dos consultas mensuales durante el octavo mes de gestación• Cuatro consultas durante el noveno mes		
02 Consultas Post Natal		
El perfil pre natal (exámenes de laboratorio), según instrucciones del médico tratante.		
03 Ecografías		
Psicoprofilaxis a partir del séptimo mes. El postor ganador deberá indicar los proveedores del servicio		
Vitaminas en el periodo prenatal		

<p>Condición Especial: Infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos del embarazo no especificado, estas atenciones forman parte dentro de la consulta prenatal.</p>		
MEDICO A DOMICILIO		
Incluye la consulta médica, medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica, traslado del paciente si el examen lo requiere y entrega de resultados en su domicilio.		
LIMA	Deducible	Cubierto al
Medicina Interna y General	S/ 45.00	100%
Cardiología, dermatología, pediatría y otras especialidades	S/ 55.00	100%
PROVINCIAS	S/ 45.00	100%
ATENCION POR MEDICO VIRTUAL, CONSIDERANDO LAS COBERTURAS DE CONSULTA, MEDICINA Y EXAMENES TODO CUBIERTO AL 100%		
COBERTURAS ADICIONALES		
Nutricionista a Domicilio		
Consulta de control y seguimiento	S/ 50.00	100%
Consulta inicial	S/ 70.00	100%
Beneficio Oncológico en Lima y Provincias	Deducible	Cubierto al
Crédito La atención oncológica comprende oncología ambulatoria, hospitalaria y de emergencia, radioterapia, cirugía oncológica, imagenología, PET SCAN, y terapia biológica en cáncer (para los tipos de cáncer y estados clínicos aprobados por la FDA y de acuerdo a las guías de manejo oncológico del NCCN y NCI vigentes al momento de la atención. Incluye: factores estimulantes de colonias. Anticuerpos monoclonales, inhibidores de la TIROCIN Kinasa, inhibidores del proteo soma, y antiangiogénicos, entre otros.	Al 100% Hasta el límite del Plan	
Red de Clínicas y un centro especializado		
El postor ganador deberá incluir proveedores de acuerdo a los convenios que cada compañía tenga con las clínicas para este tipo de atención. Sin embargo, se precisa que las clínicas Anglo Americana, Internacional, San Felipe y Oncocenter deben ser consideradas dentro de la relación de proveedores por existir tratamientos en curso.		
Reembolso	Al 70% Hasta el límite del Plan	
Sepelio en Lima y Provincias Crédito y/o Reembolso	Al 100% Hasta S/ 7,700	
Prótesis Internas Quirúrgicamente necesarias. (Se excluye prótesis dentales) solo en clínicas afiliadas	Sin límite al 100%	
Segunda Opinión Nacional e Internacional Para cirugías electivas o programadas. En caso de Segunda Opinión Nacional, el asegurado deberá coordinar con la aseguradora una cita médica sin costo de deducible ni coaseguro para obtener otra opinión médica. En caso de Segunda Opinión Internacional, el asegurado deberá remitir la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero.	Al 100%	
Enfermedades Congénitas	Al 100% Hasta el límite del Plan	

Para recién nacidos cuyo nacimiento fue bajo la póliza de salud y que fueron afiliados dentro de los 60 días (calendarios) de nacido.		
Medicina Física y Rehabilitación Crédito y Reembolso		Como Ambulatorio
Salud Mental	Deducible	Cubierto al
Primera Consulta psicológica y psiquiátrica	S/ 0.00	100%
Consulta psiquiátrica	S/ 83.00	100%
Consulta psicológica	S/ 36.00	100%
Gastos de Enfermera Acompañante Podrán solicitar en caso de enfermedad catastrófica (bajo indicación médica). La cantidad de horas de permanencia de la enfermera acompañante será determinada por el médico tratante, asimismo él deberá especificar si es necesaria la permanencia de la enfermera en el domicilio y/o alta del asegurado. El tope de la cobertura es hasta S/5,000. El beneficio de Gastos de Enfermera Acompañante, solo aplica vía reembolso, para lo cual es necesario que los asegurados presenten los honorarios médicos de la enfermera que los asistió.		Al 100%
Alimentación para acompañante Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. El servicio deberá ofrecer sin costo 01 desayuno, 01 almuerzo y 01 cena al día, servida por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento. Para internamientos por tratamiento oncológico, el servicio será brindado sin importar la edad del paciente, en caso se trate de una hospitalización no oncológica, el servicio se brindará para pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años. El beneficio no aplica para maternidad. Beneficio aplicado en Lima y Provincias según convenio.		Al 100%
Tratamientos Quiroprácticos En centros especializados (deducible por sesión)	S/ 34.00	100%
Tratamiento Acupuntura En centros especializados (deducible por sesión)	S/ 41.00	100%
Programa de Enfermedades Crónicas	Deducible	Cubierto al
Dislipidemia, Diabetes, Asma e Hipertensión	Al 100%	
Atención en centros especializados y/o clínicas afiliadas		
Petitorio farmacológico, guías médicas y exámenes auxiliares definidos, fundamentados en Guías Médicas Internacionales, evaluaciones médicas al ingreso y controles periódicos		
Programa de vacunación para trabajadores mayores de 60 años, para INFLUENZA Y NEUMOCOCO, cubierto al 100%.		
Brindar charlas de Nutrición, Stress y otras 1 veces al año.		
ATENCION PREVENTIVA PROMOCIONAL		
Educación para la salud, evaluación y control de riesgos por edad/sexo		
Evaluación Médica (antecedentes, examen clínico, peso, talla, IMC, presión arterial, densitometría ósea, tacto rectal)	Al 100%	
Exámenes de laboratorio (Hemograma, hemoglobina, glucosa, Colesterol Total, Colesterol HDL, Triglicéridos. RX Tórax, Ecografía)		
Evaluación Oftalmológica (examen externo del ojo, descarte de estrabismo, agudeza visual, fondo de ojo, descarte glaucoma)		
Chequeo oncológico		

Evaluación Odontológica (Odontograma, fluorización, examen y limpieza dental)		
Prueba de Elisa (para población en riesgo a ser definida por la aseguradora)		
BENEFICIOS ADICIONALES		
	Deducible	Cubierto al
Botox (sólo con fines terapéuticos)	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Terapia biológica para tratamientos no Oncológicos	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Planificación Familiar	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Terapia Hormonal para Menopausia	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Desastres Naturales por persona hasta S/280000	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Enfermedades Epidémicas hasta S/ 50,000	Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp

CONDICIONES ESPECIALES

- La cotización deberá efectuarse considerando términos anuales, el Tribunal Constitucional contratará la cobertura mes a mes con el correspondiente pago de prima mensual.
- La póliza debe contemplar la cobertura sin periodo de carencia ni pre-existencias, y debe tener continuidad para los casos de hipertensión, diabetes, asma y dislipidemia.
- No habrá exclusión por pre-existencias para los asegurados vigentes, entendiéndose como tales aquellas enfermedades o dolencias que se hayan tratado o iniciado desde que el asegurado ha estado incluido en el seguro Médico Familiar del Tribunal.
- La permanencia temporal de los Magistrados y sólo en el caso de ellos, se encontraran incluidas todas las dolencias y/o enfermedades pre-existentes, anteriores al ingreso del seguro médico del Tribunal Constitucional. El Tribunal enviará la relación inicial y variaciones cada vez que haya un ingreso o salida de un magistrado a la póliza para determinar quiénes son los asegurados que tienen este extra beneficio.
- Se cubrirá maternidad de la titular sola o de la cónyuge o conviviente del titular, sin recargo alguno y sin periodo de espera.
- Los hijos de los titulares nacidos dentro de la vigencia de la póliza deberán ser registrados automáticamente por la aseguradora, sin necesidad de llenar la solicitud de afiliación. Solo en el caso de que haya pasado 60 días o más del nacimiento del niño será necesario el llenado de la solicitud de inclusión de la aseguradora sin que esto signifique el recién nacido pierda sus derechos que se le cubran todas las enfermedades congénitas, previa declaración o aviso a la aseguradora informando sobre el nacimiento del hijo del titular para poder ser registrado y otorgar cobertura.
- El control de niño sano se podrá realizar en cualquiera de las clínicas afiliadas que designe la Compañía de Seguros y no estará condicionada a la clínica donde se atendió el parto.

- El postor deberá anexar a su propuesta la relación de clínicas afiliadas a nivel nacional, indicando dirección exacta y teléfonos actualizados. El Tribunal Constitucional se reserva el derecho de negociar con la aseguradora la inclusión o exclusión de una entidad de salud dentro de las mismas redes contratadas.
- Los deducibles indicados deberán incluir IGV
- Los reembolsos por conceptos de honorarios médicos, serán reconocidos considerando la Tarifa "A" de la asociación de clínicas y hospitales particulares. Tope máximo por consulta S/250.00
- Se cubre diagnósticos de Osteoporosis y Menopausia (tratamiento, exámenes y medicinas: hormonas y calcio según sea el caso en estos tratamientos).
- Las clínicas y/o centros médicos propuestos por la aseguradora que obtenga la Buena Pro, en ningún caso podrán ser menor en número de veinte (20)
- El Servicio Médico a Domicilio deberá efectuarse en un plazo no mayor de 03 horas después de haber sido requerido por el usuario, en caso de existir alguna imposibilidad para cumplir dentro de este parámetro de tiempo, el mismo podrá ser reemplazado por el Servicio Médico Telefónico, mediante el cual se deberá monitorear al paciente, hasta la llegada del médico, o hasta definir si es necesario su asistencia en alguna clínica, para lo cual y de ser el caso la Aseguradora dispondrá inmediatamente de una Ambulancia para el traslado. Se precisa además que las atenciones programadas de médico a domicilio son únicamente para diagnósticos primarios.
- El Servicio de Ambulancia deberá efectuarse con prioridad, según la disponibilidad que tenga el proveedor (máximo 1 hora) y de factores externos para llegar al punto de atención y dependiendo de la gravedad del caso, el paciente deberá ser monitoreado estrictamente hasta la llegada de la unidad, bajo responsabilidad.
- Por disposiciones administrativas de la institución, los hijos de los titulares podrán permanecer en la póliza, solo hasta los 25 años, 11 meses y 29 días.
- El beneficio de Maternidad, no se hará extensivo a las hijas de los titulares de la póliza.
- Luego de suscrito el contrato de renovación de los seguros descritos en estos Términos de Referencia, la aseguradora se obliga a la entrega de las pólizas y los packs que fuesen necesarios, dentro del plazo máximo de 30 días calendario, posteriores a la suscripción del mismo.
- La cobertura de stents deberá ser considerada bajo el beneficio máximo anual.
- La Red de proveedores oncológicos no se limitará a un grupo de asegurados, este se deberá extender a todos los asegurados declarados en póliza.

NOTA IMPORTANTE:

Los Postores deberán considerar, que la Entidad cuenta a la fecha en sus diferentes Redes, con las siguientes Clínicas y Centros Médicos,

CLINICAS

Maison de Santé (todos los locales), San Pablo (todos los locales), Javier Prado, Ricardo Palma, Anglo Americana (todos las sedes), Internacional (todos los locales), El Golf, Clínica San Felipe (San Isidro y Camacho), San Lucas, Montefiori, Vesalio, Limatambo, Padre Luis Tezza, Stella Maris, San Borja, San Gabriel, Clínica Hospital del Niño, Santa Teresa, Clínica del INEN, Cultural Peruano Japonés, Clínica de Especialidades médicas, Clínica Santa Isabel en su mayoría y otras que la compañía de seguros considere pertinente de igual o mejor categoría.

CENTROS MÉDICOS

Relación de Medicentro en Lima: Medex, Vesalio o la que la Compañía de Seguro considere de igual o mejor categoría.

CENTROS ODONTOLÓGICOS:

Americano, San José, Los Olivos, Internacional, San Pablo, Odontofresh, u otras que la compañía de seguros considere de igual o mejor categoría.

CENTROS DE IMAGEN:

CIMEDIC, RESOMASA, CEREMA, RESOCENTRO

CENTROS OFTALMOLÓGICOS:

Mater Dei, Oftalmic Service, TG. Laser, Opeluca, Oftalmo Salud (San Isidro), Oftálmica, Wong, Centro Visión, Oftálmica u otras que la compañía de seguros considere de igual o mejor categoría.

El postor ganador, deberá incluir proveedores de acuerdo a los convenios que tenga con las clínicas y Centros Médicos para cada tipo de atención. Sin embargo, se precisa que las clínicas Anglo Americana, Internacional, San Felipe y Oncocenter, deben ser consideradas dentro de la relación de proveedores por existir tratamientos en curso.

SISTEMA DE LIQUIDACION DE PRIMA

El pago será mensual y la facturación se trabajará a mes vencido con todos los movimientos del mes, los movimientos que se realicen hasta el 10 de cada mes serán visualizadas en la factura mensual, en caso que los movimientos sean declarados luego, se deberán emitir con notas de crédito y/o débito para luego ser aplicadas a la factura principal.

INFORMACION ADICIONAL

COMPOSICIÓN FAMILIAR	
Titular solo	41
Titular + 1 Dependiente	47
Titular + 2 Dependiente	24
Titular + 3 Dependiente	11
Titular + 4 Dependiente	4
Titular + 5 Dependiente	1
Hijos mayores de 18 años	50

DEMONIMACIÓN	REQUISITOS	ACREDITACION
Habilitación	La compañía de seguros deberá contar con autorización de Funcionamiento o el Certificado expedido por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley 26702 Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.	Copia de la autorización de funcionamiento emitida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley 26702 "Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros"; o Certificado emitido por la SBS con una antigüedad no mayor a treinta días a la presentación de ofertas.
<p>Importante:</p> <p>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</p>		
<p>Importante:</p> <p>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</p>		

Importante:

Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.

El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.

Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.