

**CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA PARA DIRECTIVOS  
DE IFEMA, FERIA DE MADRID  
EXP.: 21/032 –2000018534**

**- RESPUESTAS A CONSULTAS Y ACLARACIONES. -**

**CONSULTAS REALIZADAS**

Les informamos de las consultas realizadas por las empresas interesadas y de las respuestas facilitadas por IFEMA, relacionadas con el expediente de referencia:

- **Solicitamos información sobre el número y composición del colectivo de jubilados, que –según el Pliego- queda asegurado por la póliza a contratar; ya que únicamente se ha aportado información sobre el colectivo de directivos y sus familiares. –**

Respecto a la composición del colectivo de asegurados, este parte de cero. Se irá constituyendo con los asegurados que accedan a la jubilación durante la vigencia del contrato.

- **¿Qué % de reembolso tienen actualmente?**

No procede dar esta información en tanto en cuanto no es dato que condicione las ofertas de los posibles licitadores.

- **¿Cuál es la prima actual?**

No procede dar esta información en tanto en cuanto no es dato que condicione las ofertas de los posibles licitadores.

- **¿Cuál es la compañía aseguradora?**

No procede dar esta información en tanto en cuanto no es dato que condicione las ofertas de los posibles licitadores.

- **En cuanto a los Criterios No Evaluables de Forma Automática mediante la Aplicación de Fórmulas, nos gustaría aclarar: ¿En qué consisten los niveles de valoración a los que hace referencia el pliego, y cómo se establecerá la relación entre estos niveles y el porcentaje del total de puntuaciones que le correspondería a cada uno de ellos?**

Los niveles de valoración se establecen para fijar los valores que el centro gestor puede puntuar para cada criterio, sin que pueda otorgarse puntuación intermedia

fuera de esos 20 niveles de valoración, entre el 5 y el 100 % del total de puntuación de cada apartado.

La puntuación de cada apartado se otorgará a través de uno de esos porcentajes sobre la puntuación de cada apartado, es decir, que, si se otorga una puntuación del 70%, obtendrá el 70% de los 50 puntos del apartado, 35 puntos.

- **Respecto a las condiciones de la póliza de reembolso, confirmar que no cabe fijar ningún límite ni sublímite, ya que, aunque el Pliego indica que no cabe, no es común en este tipo de pólizas.**

Se establece un límite de gasto de la póliza por asegurado y año de 250.000 € pero, efectivamente, no se establecen sublímites de gasto para ningún tipo de asistencia.

- **En relación al apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas del PPT, y en concreto lo indicado en la parte de “Especialidades Médicas / Psiquiatría”, nos gustaría aclarar:**

Las 40 sesiones anuales que con carácter mínimo se exigen, entendemos que se refieren a sesiones de psicoterapia y que se corresponden a cualquier tipo de trastorno, ya sean patologías psicológicas, trastornos de la alimentación, etc.

Tal y como aparece en el pliego de prescripciones técnicas, en el apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas, la oferta a presentar debe contar con al menos 40 sesiones anuales en psiquiatría, no especificando la patología a tratar.

- **En relación al apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas del PPT, y en concreto lo indicado en la parte de “Cuadro de especialidades – Coberturas Mínimas”, nos gustaría aclarar:**

**¿Cuál es el alcance de “ Prótesis e Implantes bajo prescripción Médica”?, ya que, se da a entender que se cubre cualquier prótesis, incluso externa, con la única condición de que se prescriba por un médico.**

Tal y como aparece en el pliego de prescripciones técnicas, en el apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas, la póliza deberá incluir cualquier prótesis e implantes suscritos bajo prescripción médica, quedando excluidos aquellos que forman parte del cuadro dental y cuyo precario odontológico del año en curso, se debe adjuntar en el criterio 1.

- **En relación al apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas del PPT, y en concreto lo indicado en la parte de “Hospitalización”, nos gustaría aclarar:**

**¿Cuál es el alcance de la hospitalización domiciliaria?**

Tal y como aparece en el pliego de prescripciones técnicas, en el apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas, el alcance de la hospitalización domiciliaria será la determinada por el facultativo. No existiendo límites en la póliza.

- **En relación al apartado 12. Cuadro de Especialidades Coberturas Mínimas del PPT, y en concreto lo indicado en la parte de “Otros servicios”, nos gustaría aclarar:**

**El compromiso de continuidad de cobertura durante 6 meses para asegurados con tratamientos en proceso, en caso de cancelación de la póliza ¿se refiere a que se deberá ofrecer a estos asegurados una póliza de continuidad con las mismas condiciones en cuanto a coberturas y prima a las suscritas con el colectivo de IFEMA, o a que se les deberá seguir prestando el servicio sin necesidad de que el asegurado realice el pago de prima alguna?**

La póliza deberá tener un compromiso de continuidad durante 6 meses, durante los cuales los asegurados con tratamientos en proceso podrán continuar con los mismos, bajo el pago de una prima en las mismas condiciones que las que se vengán aplicando en el momento de la finalización del contrato.

- **Respecto al Anexo XVI – Límites y Exclusiones, necesitamos que nos amplíen la información relativa al mismo, ya que, entendemos se refieren a los límites y exclusiones que la Cia aseguradora tiene en sus Condicionados y la valoración se haría en función del menor número de exclusiones o limitaciones establecidas.**

Sí, los límites se refieren a aquellos que la compañía aseguradora tiene en sus condicionados, la valoración se realizará en función del número de exclusiones y limitaciones ofertadas, así como de las características de estas.

**EL PRESENTE DOCUMENTO PASA A FORMAR PARTE INTEGRANTE DEL PLIEGO DE BASES, QUEDANDO AFECTOS EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL CITADO PLIEGO.**

**Dirección de Compras y Logística**  
09 de marzo de 2021