|  |
| --- |
| **ANNEXE VI**  **VOLET TECHNIQUE DE L’OFFRE**  *Appel d’offres n° RFP21-072* |

* + 1. **Généralités**
  1. Coordonnées

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale :**  **(Veuillez joindre une attestation d’immatriculation)** |  |
| **Année de création :** |  |
| **Adresse complète :** |  |
| **Adresse postale :** |  |
| **Numéro de téléphone :** |  |
| **Adresse électronique :** |  |
| **Personne à contacter :** |  |
| **Nombre de salariés :** |  |
| **Coordonnées détaillées du·de la propriétaire ou d’un·e associé·e :** |  |

* 1. Immatriculation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lieu et**  **numéro d’immatriculation** | **Date de constitution** | **Noms des administrateurs** |
|  |  |  |

**Veuillez fournir des attestations de respect des obligations juridiques applicables (assurance, sécurité au travail, suivi de la comptabilité).**

* + 1. **Clients existants**

|  |
| --- |
| **Veuillez indiquer le nombre d’adhérents couverts par l’une de vos polices d’assurance maladie internationales.** |
|  |
| **Comment sont-ils répartis dans le monde ?** |
|  |
| **Qui sont vos principaux clients ? Veuillez préciser depuis combien de temps ils sont affiliés à votre programme d’assurance, le nombre de personnes assurées, les zones géographiques couvertes, l’étendue des garanties, etc.** |
|  |

**Première référence**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et adresse d’une organisation internationale avec laquelle vous travaillez ou d’un autre client similaire important :** |  |
| **Nom et coordonnées détaillées de la personne à contacter :** | **Nom :**  **Intitulé de poste :**  **Adresse électronique :**  **Numéro de téléphone :** |
| **Description des services précis fournis par votre société. Veuillez fournir des informations détaillées, en développant au besoin :** |  |

**Deuxième référence**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et adresse d’une organisation internationale avec laquelle vous travaillez ou d’un autre client similaire important :** |  |
| **Nom et coordonnées détaillées de la personne à contacter :** | **Nom :**  **Intitulé de poste :**  **Adresse électronique :**  **Numéro de téléphone :** |
| **Description des services précis fournis par votre société. Veuillez fournir des informations détaillées, en développant au besoin :** |  |

**Troisième référence**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et adresse d’une organisation internationale avec laquelle vous travaillez ou d’un autre client similaire important :** |  |
| **Nom et coordonnées détaillées de la personne à contacter :** | **Nom :**  **Intitulé de poste :**  **Adresse électronique :**  **Numéro de téléphone :** |
| **Description des services précis fournis par votre société. Veuillez fournir des informations détaillées, en développant au besoin :** |  |

* + 1. **Description de vos équipes**

|  |
| --- |
| **Nombre de gestionnaires chargés du traitement des dossiers (adhésions, facturation et règlements)** |
|  |
| **Quelle serait l’organisation de l’équipe mise en place pour ce compte au quotidien et en cas d’urgence, y compris 24 heures sur 24, les week-ends et les jours fériés ?** |
|  |
| **Veuillez donner quelques exemples d’indicateurs qui illustrent le niveau de service choisi par vos principaux clients (comparables à la CPS).** |
|  |

* + 1. **Gestion des sinistres et modalités de remboursement**

|  |
| --- |
| **Comment sont traitées les demandes de remboursement complémentaire ?** |
|  |
| **Quelles informations relatives à la gestion des remboursements êtes-vous en mesure de fournir :**   1. **à la CPS ?** 2. **aux membres du personnel et à leurs familles ?** |
|  |
| **Comment informez-vous les assurés que leurs remboursements ont été effectués et quel est le délai moyen de remboursement ? Quels sont les délais de traitement maximums que vous garantissez ? Comment gérez-vous les périodes de forte demande ?** |
|  |
| **Êtes-vous en mesure de procéder aux remboursements dans plusieurs devises ? Indiquez les devises figurant dans le cahier des charges qui ne sont pas prises en charge.** |
|  |

* + 1. **Services informatiques et en ligne**

|  |
| --- |
| **Quels systèmes et infrastructures informatiques utilisez-vous actuellement ?** |
|  |
| **Quels avantages vos systèmes peuvent-ils apporter aux clients (accès aux données de gestion, actualisation instantanée des informations de gestion, gestion des sinistres en ligne, liens Internet pour les clients, etc.) ?** |
|  |
| **Quelles garanties pouvez-vous fournir concernant la bonne gestion de la collecte de données et le respect de la confidentialité ?** |
|  |
| **Dans quelles langues vos services sont-ils disponibles ?** |
|  |

* + 1. **Veuillez indiquer les garanties proposées :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GARANTIES HOSPITALISATION** | **Garanties actuelles** | **Garanties proposées** |
| Plafond de garantie en euros (€) | Pas de plafond |  |
| Hôpital public – chambre (standard/double) | 100 % |  |
| Hôpital privé – chambre (standard/double) | 100 % |  |
| Frais de séjour d’un parent accompagnant un·e enfant assuré·e de moins de 18 ans à l’hôpital | 100 % |  |
| Soins intensifs | 100 % |  |
| Équipements et médicaments sur ordonnance (hospitalisation et soins de jour uniquement) | 100 % |  |
| Chirurgie, y compris anesthésie et bloc opératoire | 100 % |  |
| Médecins et thérapeutes (hospitalisation et soins de jour uniquement) | 100 % |  |
| Appareils et matériel chirurgicaux | 100 % |  |
| Analyses et examens médicaux (hospitalisation et soins de jour uniquement) | 100 % |  |
| Chirurgie bariatrique (hospitalisation et médecine courante) | 80 % |  |
| Rééducation (hospitalisation, soins de jour et médecine courante suivant immédiatement la sortie d’hôpital après un traitement médical/chirurgical pour une maladie/condition aiguë) | 100 % |  |
| Somme forfaitaire en cas d’hospitalisation (par nuit) (en cas de gratuité du traitement) | 100 €, 25 nuits maximum |  |
| Greffe d’organe | 100 % |  |
| Soins dentaires d’urgence avec hospitalisation | 100 % |  |
| Hospitalisation de jour | 100 % |  |
| Dialyse rénale | 100 % |  |
| Chirurgie ambulatoire | 100 % |  |
| Transport local en ambulance | 100 % |  |
| Scanographie et IRM (hospitalisation) | 100 % |  |
| Tomographie et scanographie-tomographie (hospitalisation) | 100 % |  |
| Oncologie (hospitalisation, soins de jour et médecine courante) | 100 % |  |
| - Honoraires | 80 % |  |
| - Achat d’une perruque, d’un soutien-gorge prothétique et d’autres dispositifs prothétiques externes à des fins esthétiques | 200 € durant la vie de l’assuré·e |  |
| Maternité (hospitalisation et médecine courante) | 100 % |  |
| - Honoraires | 80 % |  |
| Complications lors de la grossesse et à l’accouchement | 100 % |  |
| - Honoraires | 80 % |  |
| Soins néonataux (hospitalisation et médecine courante) | 100 % |  |
| - Honoraires | 80 % |  |
| Consultation d’un·e sage-femme (12 consultations avant la naissance et 10 consultations après la naissance) | 80 % |  |
| Rééducation périnéale après l’accouchement (assurée par un·e sage-femme ou un·e kinésithérapeute) | 10 consultations maximum, plafond de 300 € |  |
| Soins palliatifs | 100 % |  |
| Soins à domicile ou dans un centre de convalescence | 100 % |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MÉDECINE COURANTE** | **Garanties actuelles** | **Garanties proposées** |
| Plafond de garantie en euros (€) | Pas de plafond |  |
| Honoraires de médecins généralistes | 80 % |  |
| Médicaments sur ordonnance (médicaments dont l’achat requiert légalement une ordonnance délivrée par un·e médecin) | 80 % |  |
| Implants contraceptifs et contraceptifs oraux prescrits | 80 % |  |
| Honoraires de spécialistes | 80 % |  |
| Kinésithérapie prescrite (initialement limitée à 12 séances par pathologie – limite également applicable aux séances prescrites et non prescrites combinées) | 80 % |  |
| Vaccination | 80 % |  |
| Honoraires de psychiatres (la pathologie doit être significative sur le plan clinique et les soins doivent être prescrits par un·e médecin) | 80 % |  |
| Orthophonie prescrite | 80 % |  |
| Cours prénataux (8 séances maximum en préparation du premier accouchement, assurées par un·e sage-femme) | 300 €, 8 séances maximum |  |
| Cours postnataux (2 séances maximum dans les 8 semaines suivant le premier accouchement, assurées par un·e sage-femme) | 300 €, 2 séances maximum |  |
| Analyses et examens médicaux | 80 % |  |
| Scanographie et IRM (soins en médecine courante) | 80 % |  |
| Tomographie et scanographie-tomographie (soins en médecine courante) | 80 % |  |
| Dispositifs médicaux et autres prothèses prescrits | 80 % |  |
| - Dispositifs médicaux prescrits pour le traitement des troubles du sommeil | 80 % |  |
| Traitement de l’infertilité | 80 %, jusqu’à 2 500 € par tentative |  |
| - Jusqu’à 4 tentatives de fécondation in vitro durant la vie de l’assuré·e | 4 tentatives maximum durant la vie de l’assuré·e |  |
| - Une insémination artificielle par tentative (6 tentatives maximum durant la vie de l’assuré·e) | 6 tentatives maximum durant la vie de l’assuré·e |  |
| Bilans de santé et bien-être, dépistage précoce de maladies inclus | 80 % |  |
| Lunettes et lentilles de contact prescrites, examen ophtalmologique inclus | **90 %, 800 € maximum** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOLET DENTAIRE** | **Garanties actuelles** | **Garanties proposées** |
| Soins dentaires | 90 % |  |
| Chirurgie dentaire | 90 % |  |
| Traitement orthodontique, prothèses dentaires (implants inclus) | 90 %, 2 000 € maximum |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÉVACUATION SANITAIRE À L’ÉTRANGER** | **Garanties actuelles** | **Garanties proposées** |
| Plafond de garantie en euros (€) | 3 000 € par événement |  |
| Évacuation sanitaire vers l’Australie, la Nouvelle-Zélande ou la Nouvelle-Calédonie et, depuis la Micronésie, vers les Philippines (hébergement et repas inclus) lorsque le traitement nécessaire n’est pas disponible sur place | 100 % |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRESTATIONS ADDITIONNELLES AU VOLET PRINCIPAL** | **Garanties actuelles** | **Garanties proposées** |
| Le **programme d’assistance au personnel** permet d’accéder, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à différents services de soutien en plusieurs langues : • Accompagnement confidentiel par un·e professionnel·le (en personne, par téléphone, par vidéo, sous forme de discussion en ligne et par courrier électronique) • Services d’aide juridique et financière • Appui en cas d’incident critique • Accès à des contenus Internet sur le bien-être | Services disponibles |  |
| Les **services relatifs à la sécurité lors des déplacements** permettent d’accéder, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à des informations et conseils concernant toutes vos questions en matière de sécurité lors des déplacements.  Notamment : • Assistance téléphonique d’urgence en matière de sécurité  • Renseignements sur les pays et conseils de sécurité • Informations quotidiennes et alertes sur la sécurité lors des déplacements | Services disponibles |  |

* + 1. **Attestation**

Je soussigné·e atteste sur l’honneur que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et m’engage à signaler, dans les meilleurs délais, toute modification y afférente.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cachet/tampon de la société (le cas échéant)

|  |
| --- |
|  |