|  |
| --- |
| **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)

|  |
| --- |
|  |