



APPEL D'OFFRE - ACTED Burkina Faso Instructions aux soumissionnaires

Date : 04/08/2023

N° d'Appel d'Offres : T/37MULTI/Assurance-Santé/OUGAGA/04-08-2023

A travers cet appel d'offre, ACTED demande aux entreprises de fournir des offres écrites détaillées pour la fourniture des **services** suivants :

Caractéristiques du produit :

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Description | Assurance Santé |
| 2. Classe de produit / catégorie | Service |
| 3. Durée du contrat | 2 ans, sous réserve que les services proposés dans le contrat restent compétitifs avec les évolutions du marché au terme de la première année |

Une liste détaillée des produits demandés sera fournie dans le Formulaire d'Offre ci-joint.

RESPONSABILITES DU FOURNISSEUR :

1. Période de validité de l'offre requise a minima : 6 mois

Les réponses à cet appel d'offre doivent comporter les éléments suivants :

1	Les Instructions aux soumissionnaires (PRO-05) paraphées, signées & tamponnées par le Soumissionnaire
2	Un Formulaire d'Offre original (PRO-06) daté, rempli, paraphé, signé & tamponné par le Soumissionnaire (<i>rempli dans la devise requise</i>)
3	Le Questionnaire Fournisseur (PRO-03.2) daté, rempli, signé & tamponné par le Soumissionnaire
4	La Déclaration Ethique ACTED (PRO-06.2) datée, remplie, signée & tamponnée par le Soumissionnaire
5	Documents officiels d'enregistrement du Soumissionnaire (IFU, RCCM)
6	Le RIB daté de moins d'un an du Soumissionnaire
7	Une copie de la pièce nationale d'identité ou du passeport du représentant légal du Soumissionnaire
8	Les Conditions Générales d'Achat d'ACTED paraphées, signées & tamponnées par le Soumissionnaire
9	ANNEXES – Les preuves de réalisations antérieures dans un domaine similaire d'activités sont fournies (ex : contrats signés avec d'autres ONGs / entreprises dans le passé)
10	La Liste de vérification du soumissionnaire (PRO-06.3) , datée, remplie, signée & tamponnée par le Soumissionnaire

Il est important de noter que tous les documents doivent être remplis, datés, signés & tamponnés par les Soumissionnaires pour être considérés comme éligibles. ACTED n'accepte que les offres qui ont été remplies en français.

Les soumissionnaires sont incités à soumettre leur catalogue de proposition financière en complément du formulaire d'offre.





CONDITIONS GENERALES :

1. La **date de clôture** de cet appel d'offre est fixée **au 25/08/2023 à 13h00** au bureau d'ACTED à l'adresse suivante : ACTED Ouagadougou, Zone du Bois.
2. La soumission d'une offre à cet appel d'offre ne signifie pas l'attribution du contrat.
3. L'offre doit être soumise au département logistique d'ACTED :
 - Dans une enveloppe scellée portant la mention « Ne pas ouvrir avant 29/08/2023 » et le numéro de référence de l'appel d'offre : [T/37MULTI/Assurance-Santé/OUGAGA/04-08-2023](#).
- Ou
 - Par mail à l'adresse burkina.tender@acted.org et tender@acted.org. Les signatures et les paraphes doivent être manuscrites. Les documents doivent être soumis au format PDF.
4. Les enveloppes non scellées et les réponses tardives ne seront pas prises en compte.
5. Pour s'assurer que les fonds sont utilisés exclusivement à des fins humanitaires et conformément aux exigences de conformité des bailleurs de fonds, toutes les offres sont soumises à la condition que les contractants ne figurent pas sur les listes anti-terroristes, conformément à la politique antiterroriste d'ACTED. À cette fin, ACTED se réserve le droit de mener des vérifications anti-terroristes sur tout contractant, les membres de son conseil d'administration, son personnel, ses bénévoles, ses consultants, ses prestataires de services financiers et ses sous-traitants.
6. Les pratiques de collusion sont interdites et entraîneront le rejet des offres.
7. **ACTED adopte une approche de tolérance zéro à l'égard de la corruption et s'engage à respecter les normes les plus élevées en termes d'efficacité, de responsabilité et de transparence dans ses activités. ACTED a notamment adopté une approche participative pour promouvoir et assurer la transparence au sein de l'organisation par la mise en place d'un point focal Transparence (Equipe Transparence supervisée par la Direction de l'Audit et de la Transparence) via une adresse e-mail spécifique. Par conséquent, si vous êtes témoin ou soupçonnez un acte illégal, inapproprié ou contraire à l'éthique ou des pratiques commerciales (comme la sollicitation, l'acceptation ou la tentative de fournir ou d'accepter un pot-de-vin) pendant le processus d'appel d'offres, veuillez communiquer avec le numéro de téléphone suivant +33 6 07 22 46 28 et/ou envoyer un courriel à transparency@acted.org.**

CONDITIONS PARTICULIERES :

8. S'il les a en sa possession, le Soumissionnaire est invité à joindre à son offre les documents suivants :

1	Liste d'exclusion pour les services mentionnés dans le <i>PRO-06 Formulaire d'offre</i> , ie liste des soins ou produits non pris en charge par le Soumissionnaire
2	Liste des pharmacies, hôpitaux et cliniques agréés par le Soumissionnaire
3	Si une couverture internationale est proposée, liste des pays couverts

9. Lots¹:
 - Le Soumissionnaire doit faire une offre pour tous les services indiqués. Les offres portant sur une partie seulement du lot ne seront pas considérées.
10. Origines éligibles ou prohibées et/ou exclusions (le cas échéant) : N/A
11. Les critères de sélection des Soumissionnaires seront évalués comme décrit ci-dessous :

#	Critère	Note Maximale	Note Minimale requise	0 (0 si info non fournie)	1
1	Contrats passés similaires	1	1	Le soumissionnaire n'a fourni aucun contrat antérieur similaire au contrat à attribuer	Le soumissionnaire a fourni au moins un contrat antérieur similaire au contrat à attribuer

¹ Doit être ajusté par le Comité d'Achat avant publication





2	Expérience passée positive avec des acteurs humanitaires	1	1	Le soumissionnaire a fait preuve de faiblesses dans l'exécution de contrats antérieurs signés avec des acteurs humanitaires ou n'a pas d'expérience de ce genre	Le soumissionnaire a déjà travaillé avec des acteurs humanitaires
---	--	---	---	--	---

12. Les critères d'attribution du contrat seront évalués à travers la méthode :

Barème



Notes :

La méthode barème consiste à évaluer toutes les offres éligibles en se référant à une grille de notation prédéfinie pour chaque critère de sélection et/ou d'attribution. L'offre la mieux notée sera sélectionnée à la fin de ce processus.

Dans le cas présent, une note minimale est requise pour tous les critères (sauf critère 3). Si cette note minimale n'est pas atteinte par le soumissionnaire sur un des critères, sa candidature sera écartée.

A l'issue de l'évaluation des 11 premiers critères, ACTED mènera un entretien avec les entreprises sélectionnées pour vérifier les informations partagées dans le **PRO-06 : Formulaire d'offre**.

	Critères	Note maximale	Note minimale requise	0 (si info non fournie)	1	2	3	4	5
3	Prix	75		Le prix est noté proportionnellement à partir du prix de l'offre la plus basse					
4	Taux de couverture (taux de couverture minimum proposé sur l'ensemble des services de soin)	15	1	Inférieur à 90%	90%	N/A	95%	N/A	100%
5	Délai de remboursement	15	2	Plus de 2 semaines	2 semaines ou moins	1 semaine ou moins	72h ou moins	N/A	24h
6	Zone de couverture	10	1	Le fournisseur propose une couverture dans moins de 75% des communes d'intervention d'ACTED	Le fournisseur propose une couverture dans au moins 75% des communes d'intervention d'ACTED	Le fournisseur propose une couverture dans au moins 80% des communes d'intervention d'ACTED	Le fournisseur propose une couverture dans au moins 85% des communes d'intervention d'ACTED	Le fournisseur propose une couverture dans au moins 90% des communes d'intervention d'ACTED	Le fournisseur propose une couverture dans plus de 95% des communes d'intervention d'ACTED
7	Méthode de remboursement	10	3	N/A	Le fournisseur ne propose des remboursements que par espèces	N/A	Le fournisseur ne propose des remboursements que par espèces ou chèques	N/A	Le fournisseur propose des remboursements par virement ou Orange Money, ou espèces ou chèques
8	Délai de demande de remboursement	5	5	N/A	L'assuré dispose de moins d'un mois pour effectuer une demande de remboursement	L'assuré dispose d'au moins 1 mois pour effectuer une demande de remboursement	L'assuré dispose d'au moins 2 mois pour effectuer une demande de remboursement	N/A	L'assuré dispose d'au moins 3 mois pour effectuer une demande de remboursement
9	Délai d'obtention des cartes d'assuré	5	2	N/A	Les cartes sont obtenues plus de 14 jours après l'ajout du bénéficiaire sur la liste	Les cartes sont obtenues dans les 14 jours suivant l'ajout du bénéficiaire sur la liste	Les cartes sont obtenues dans les 7 jours suivant l'ajout du bénéficiaire sur la liste	N/A	Les cartes sont obtenues dans les 48h suivant l'ajout du bénéficiaire sur la liste
10	Expérience	5	3	N/A	Le soumissionnaire a au moins 1 contrat similaire passé avec de bonne référence	Le soumissionnaire a au moins 2 contrats similaires passés avec de bonnes références	Le soumissionnaire a au moins 3 contrats similaires passés avec de bonnes références	N/A	Le soumissionnaire a au moins 5 contrats similaires passés avec de bonnes références
11	Ajout de dépendant	5	4	Le soumissionnaire n'offre pas la possibilité d'ajouter des dépendants	Le soumissionnaire offre la possibilité d'ajouter un seul dépendant	Le soumissionnaire offre la possibilité d'ajouter 2 ou 3 dépendants	N/A	Le soumissionnaire offre la possibilité d'ajouter 4 dépendants	Le soumissionnaire offre la possibilité d'ajouter 5 dépendants ou plus





12	Entretien	5	4	N/A	Le soumissionnaire a su répondre une partie des questions, les réponses ne sont pas cohérentes à l'offre	N/A	Le soumissionnaire a su répondre une partie des questions, les réponses sont cohérentes à l'offre	N/A	Le soumissionnaire a su répondre à toutes les questions, les réponses sont cohérentes à l'offre
----	-----------	---	---	-----	--	-----	---	-----	---

13. Les Conditions Générales d'Achat d'ACTED pour cet appel d'offre sont jointes pour information aux Soumissionnaires. Quand les Soumissionnaires envoient leurs offres pour le présent appel d'offre, ils reconnaissent leur acceptation à ces termes et conditions.

Nom de la société : _____

Nom du Représentant Autorisé : _____

Signature : _____

Tampon : _____

