

**FORMULAIRE D'OFFRE ACTED *Burkina Faso***N° d'Appel d'Offre (à remplir par ACTED) : *T/37MULTI/Assurance-Santé/OUGAGA/04-08-2023*ID de Commande (à remplir par ACTED) : *OF/37MULTI/MULTI/OUGAGA/RH/01-08-2023*

Date (à remplir par le soumissionnaire) :

**A remplir par le Soumissionnaire (OBLIGATOIRE)**

<b>Nom de la société</b> (comme dénommée sur les documents d'enregistrement)	
<b>Nom du représentant autorisé</b> (comme indiqué sur les documents d'enregistrement ou la procuration dûment signée)	
<b>N° d'enregistrement de la société</b>	
<b>Organisme d'enregistrement</b>	
<b>Adresse postale de la société</b> Magasin/Bureau/Bâtiment N° Nom de rue Ville Gouvernorat/Province/Quartier Pays	
<b>Représentant commercial pour cette offre</b> (si différent du représentant autorisé)	
<b>Numéro de téléphone</b> Fixe Mobile	
<b>Adresse Email</b>	

Je soussigné(e)

accepte de fournir à ACTED, une ONG à but non lucratif, les articles répondant aux spécifications ci-dessous, conformément aux conditions générales et responsabilités que je m'engage à suivre.



Le Soumissionnaire doit soumettre une offre pour l'intégralité des articles et quantités indiqués dans l'appel d'offres.

**LES SOUMISSIONNAIRES SONT INCITES A SOUMETTRE LEUR CATALOGUE DE PROPOSITION FINANCIERE EN COMPLEMENT DE CE FORMULAIRE D'OFFRE.**

**LOT 1 : Assurance Santé**

Hospitalisation		
Plafond annuel d'hospitalisation (F CFA)		
Durée cumulée maximale d'hospitalisation (Jours)		
Durée maximale par hospitalisation (Jours)		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Chambre d'hôpital		
Consultation Généraliste		
Consultation spécialiste		
Imagerie (radio, scanner, ECG, IRM,...) - <b>Liste non exhaustive</b>		
Tests / Examens		
Traitement cancer		
Acte opératoire (chirurgie générale)		
Acte opératoire (chirurgie spécialisée)		
Soins infirmiers		
Prise en charge HIV		
Soins pré et post hospitalisation		

Soins ambulatoire		
Plafond annuel (F CFA)		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Imagerie (radio, scanner, ECG, IRM,...) - Liste non exhaustive		



Tests/examens autres		
Acte opératoire (chirurgie ambulatoire)		
Traitement cancer		
Consultation généraliste		
Consultation spécialiste		
Consultation infirmier		
Kinésithérapie		
Prise en charge HIV		
Prise en charge ambulance		

Couverture Dentaire		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Soins dentaires		
Prothèse dentaire		

Couverture optique		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Verre		
Montures		
Nombre limite de verres et montures (fois/an)		

Frais de maternité		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Délai d'attente accouchement (jours)		
Soins gynécologiques		
Soins obstétricaux		
Accouchement monofoetal par voie basse (Acte, chambre et autres frais)		



Accouchement multiple par voie basse (Actes, chambre et autres frais)		
Accouchement par césarienne (Actes, chambre et autres frais)		
Durée maximale d'hospitalisation (jours)		
Plafond soins post-natal enfant		

Autres		
	Plafond annuel (F CFA)	Taux de remboursement (%)
Produits pharmaceutiques		
Test (Covid, Palu, Dengue...) – <b>Liste non exhaustive</b>		
Orthèses (canne, béquilles, semelles orthopédique, genouillère, prothèse...)		
Frais de funérailles et d'inhumation		

**Prix mensuel proposé par assuré pour l'intégralité des services listés ci-dessus (hospitalisation, soins ambulatoires, couverture dentaire, couverture optique, frais de maternité et autres) (XOF) :**

--

Questions complémentaires	
Comment le prestataire va-t-il rembourser les salariés ? <b>Citez tous les moyens possibles</b>	
Quel est le délai d'un assuré pour faire une demande de remboursement ?	



Quel est le délai de remboursement une fois la demande faite ?	
Quelles sont les zones géographiques couvertes ? Pour information, ACTED est présent dans les localités suivantes : Kaya, Kongoussi, Bobo, Ouahigouya, Fada, Dédougou, Ouaga	
Quel est le délai d'obtention de carte d'assuré ?	
Combien de dépendants peuvent être ajoutés ?	

**CONDITIONS DU SOUMISSIONNAIRE:**

	CONDITIONS GENERALES RECOMMANDEES PAR ACTED	CONDITIONS GENERALES PROPOSEES PAR LE SOUMISSIONNAIRE (si différentes)
<b>VALIDITE DE L'OFFRE</b>	<i>6 mois</i>	
<b>TERMES DE PAIEMENT</b>	<b>VIREMENT BANCAIRE</b>	

Nom du représentant autorisé du Soumissionnaire : \_\_\_\_\_

Signature autorisée et tampon : \_\_\_\_\_

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

