

Gestionnaire d'assurance santé du personnel



Boulevard du 30 juin n° 31, Quartier Golf, Commune de Gombe, Kinshasa République Démocratique du Congo

APPEL D'OFFRES **D'un gestionnaire d'assurance santé du personnel**

1. Avis d'appel d'offres

DKT International RDC invite les courtiers, gestionnaires de santé et/ou intermédiaires spécialisés dûment établis en République démocratique du Congo à soumettre une offre technique et financière pour la gestion du programme de couverture médicale de son personnel et de leurs ayants droit.

La mission comprendra notamment :

- La conception d'un programme de prise en charge médicale ;
- La mise en place d'un réseau de prestataires de soins ;
- La gestion des adhésions et des cartes de prise en charge ;
- Le traitement et le suivi des demandes de prise en charge ;
- La gestion des factures et des règlements aux prestataires ;
- Le contrôle médical et administratif des dépenses ;
- La production de rapports mensuels de consommation et de fréquentation ;
- L'analyse des tendances et la formulation de recommandations ;
- La gestion des réclamations et des situations d'urgence.

2. Informations générales sur le demandeur

Dénomination : DKT INTERNATIONAL RDC

Adresse du siège : 31, Boulevard du 30 juin, Quartier Golf, Commune de la Gombe

Secteurs d'activité : Santé

Nombre d'employés : 55

Nombre d'ayants droit estimatifs : 150

Localisation principale : Kinshasa – Matadi – Lubumbashi – Bunia – autres sites

Contact pour cet appel d'offres : Mme Berry LUKANDA, Head of HR, e-mail berry.dkt@dkt-rdc.org

3. Objet de l'appel d'offres

Le présent appel d'offres a pour objet de sélectionner un prestataire capable d'assurer, directement ou par l'intermédiaire de partenaires habilités, la gestion complète du programme de santé destiné :

- Aux employés de DKT International RDC ;
- À leurs ayants droit éligibles ;

Le prestataire retenu devra proposer une solution adaptée au contexte de la RDC, notamment en matière de :

- Disponibilité des prestataires de soins ;
- Accès aux soins à Kinshasa et en province ;
- Gestion des évacuations médicales, le cas échéant ;
- Maîtrise des coûts ;
- Contrôle des abus et de la fraude ;

- Rapidité de délivrance des prises en charge ;
- Confidentialité des données médicales ;
- Qualité des rapports de gestion.

4. Structure souhaitée de la couverture

Le soumissionnaire est invité à proposer au moins deux catégories de prise en charge.

- **Option A — Formule standard**

Cette formule pourra couvrir, selon les besoins de l'organisation :

- Consultations médicales ;
- Soins ambulatoires ;
- Médicaments prescrits ;
- Analyses et examens médicaux ;
- Hospitalisation ;
- Chirurgie ;
- Maternité ;
- Soins dentaires ;
- Soins optiques ;
- Urgences médicales ;
- Évacuation médicale, si applicable.

- **Option B — Formule renforcée**

Cette formule pourra inclure, en complément de la formule standard :

- Plafonds plus élevés ;
- Réseau élargi de prestataires ;
- Meilleure couverture des médicaments ;
- Soins dentaires et optiques étendus ;
- Maternité renforcée ;
- Prise en charge des maladies chroniques ;
- Couverture médicale internationale ou régionale ;
- Évacuations sanitaires, si applicable ;

Le soumissionnaire devra clairement distinguer : les garanties, plafonds, exclusions, franchises, délais de carence et niveaux de remboursement applicables à chaque catégorie.

5. Étendue des services attendus

- **Gestion des bénéficiaires**

Le prestataire devra assurer :

- L'enregistrement des employés et ayants droit ;
- La vérification des pièces justificatives ;
- La mise à jour régulière des listes ;
- L'ajout et la radiation des bénéficiaires ;
- La délivrance de cartes physiques et/ou électroniques ;
- La gestion des cartes perdues ou expirées ;

- La protection des données personnelles et médicales.
- Le délai cible pour l'ajout d'un bénéficiaire ne devra pas dépasser 3 jours ouvrables après réception d'une demande complète.

- Réseau de prestataires

Le soumissionnaire devra présenter son réseau de soins en RDC, notamment :

- Hôpitaux, Cliniques, Centres médicaux ;
- Pharmacies ;
- Laboratoires ;
- Centres d'imagerie ;
- Centres dentaires ;
- Centres optiques ;
- Prestataires spécialisés ;
- Prestataires disponibles en provinces.

Toute modification substantielle du réseau devra être communiquée préalablement à DKT.

- Règlement des prestataires

Le prestataire devra décrire :

- Le processus de réception et de validation des factures ;
- Les contrôles médicaux et administratifs effectués ;
- Les délais de règlement ;
- Le mécanisme de traitement des litiges ;
- La gestion des factures rejetées ;
- Les contrôles contre la surfacturation, les actes fictifs et les abus.

L'objectif recommandé est un règlement des factures conformes dans un délai maximum de 90 jours.

- Gestion des réclamations

Le prestataire devra mettre en place un mécanisme formel de gestion des plaintes concernant :

- Les refus de prise en charge ;
- Les délais de traitement ;
- L'indisponibilité d'un prestataire ;
- Les erreurs de facturation ;
- Les difficultés liées aux cartes ;
- La qualité des soins ;
- La communication avec les bénéficiaires.

6. Rapports et indicateurs de performance

Le prestataire devra produire un rapport mensuel au plus tard le 10e jour du mois suivant.

- Contenu minimum du rapport mensuel

Le rapport devra inclure :

- Données générales

- Fréquentation
- Consommation budgétaire
- Analyse médicale et financière
- Contrôle et conformité

- **Format des rapports**

Les rapports devront être transmis :

- En PDF pour la version officielle ;
- En Excel ou format exploitable pour les données détaillées ;
- Avec des tableaux de bord graphiques ;
- Avec une synthèse exécutive d'une à deux pages ;
- Avec une réunion de revue mensuelle ou trimestrielle.

7. Budget et proposition financière

Le soumissionnaire devra présenter une proposition financière transparente comprenant au minimum :

- Les frais liés aux soins médicaux
- Les frais de gestion ou honoraires du courtier ;
- Les frais d'évacuation, le cas échéant ;

8. Exigences relatives au soumissionnaire

Le soumissionnaire devra fournir :

- Son document d'identification légale ;
- Son numéro d'identification fiscale ;
- Son registre de commerce ou document équivalent ;
- Ses autorisations et licences applicables ;
- Une présentation de l'entreprise ;
- Ses références auprès d'entreprises comparables ;
- Ses états financiers ou éléments de solidité financière ;
- La liste des partenaires assureurs et prestataires ;
- Sa politique de protection des données ;
- Sa politique de lutte contre la fraude ;
- Les coordonnées de trois clients de référence.

Le soumissionnaire devra préciser s'il agit :

- En qualité de courtier ;
- En qualité de gestionnaire de santé ;
- Pour le compte d'une compagnie d'assurance ;
- En consortium ou avec des sous-traitants.

9. Équipe dédiée

L'offre devra présenter l'équipe affectée au contrat, notamment :

- Responsable de compte ;

- Médecin-conseil ;
- Gestionnaire des prises en charge ;
- Responsable des réclamations ;
- Responsable du réseau médical ;

Pour chaque membre clé, le soumissionnaire indiquera le nom, la fonction, la qualification, l'expérience, le rôle dans le contrat, la disponibilité et les coordonnées professionnelles.

Tout remplacement d'un membre clé devra être communiqué à l'entreprise et respecter un niveau de compétence équivalent ou supérieur.

10. Niveaux de service attendus

Le contrat devra prévoir un accord de niveau de service comprenant notamment :

Indicateur	Niveau minimum souhaité
Disponibilité du service d'assistance	24h/24, 7j/7
Réponse aux demandes courantes	X heures
Traitement des urgences	Immédiat
Délivrance d'une carte	X jours
Ajout d'un bénéficiaire	X jours
Production du rapport mensuel	Au plus tard le [X]
Réponse aux réclamations	X jours
Résolution des réclamations simples	X jours
Réunion de revue de performance	Mensuelle/trimestrielle

Les manquements répétés à cette disposition pourront entraîner :

- Un plan d'amélioration obligatoire ;
- Des pénalités prévues au contrat ;
- La suspension de certaines prestations ;
- La résiliation du contrat dans les cas graves.

11. Confidentialité et protection des données

Le prestataire devra :

- Traiter les données exclusivement pour les besoins du contrat ;
- Garantir la confidentialité des informations médicales ;
- Limiter l'accès aux seules personnes autorisées ;
- Sécuriser les échanges électroniques ;
- Signaler immédiatement tout incident de sécurité ;
- Fournir des rapports agrégés et anonymisés lorsque cela est possible ;

Les données individuelles de santé devront être accessibles uniquement aux personnes habilitées et dans le strict respect des obligations légales et professionnelles applicables.

12. Durée, renouvellement et résiliation

Le contrat sera conclu pour une durée initiale de 12 mois à compter de la date fixée de commun accord. Il pourra être renouvelé sous réserve :

- De la satisfaction de l'entreprise ;
- Du respect des niveaux de service ;
- De la disponibilité budgétaire.

Le contrat devra prévoir les modalités de résiliation :

- Pour convenance, avec un préavis ;
- Pour manquement grave (ex. violation de la confidentialité, fraude ou corruption) ;
- En cas de perte d'une licence ou autorisation nécessaire ;
- En cas d'insolvabilité.

Une période de transition devra être prévue afin d'éviter toute interruption de la couverture.

13. Instructions aux soumissionnaires

Les offres devront être soumises en deux parties distinctes :

A. Offre technique

L'offre technique devra comprendre :

- Lettre de soumission ;
- Présentation du soumissionnaire ;
- Compréhension du besoin ;
- Description de la couverture ;
- Réseau de prestataires ;
- Modalités de prise en charge ;
- Dispositif d'assistance ;
- Système de reporting ;
- Équipe dédiée ;
- Plan de mise en œuvre ;
- Références ;
- Politiques de confidentialité et de contrôle.

B. Offre financière

L'offre financière devra comprendre :

- Coût par catégorie de couverture ;
- Frais de gestion ;
- Frais additionnels ;
- Validité de l'offre ;
- Conditions de paiement ;
- Mécanisme de révision tarifaire ;
- Taxes applicables.

14. Critères d'évaluation

Les offres pourront être évaluées selon la grille suivante :

Critère	Pondération
Compréhension du besoin et qualité de la méthodologie	15%
Étendue et pertinence des garanties	20%
Qualité et étendue du réseau médical	15%
Système de gestion et délais de prise en charge	15%
Capacité analytique	10%
Expérience et références	10%
Offre financière	10%
Équipe dédiée et service client	5%
Total	100%

Le prix ne sera pas nécessairement le seul critère déterminant.

L'Organisation pourra inviter les soumissionnaires présélectionnés à :

- Présenter leur offre ;
- Démontrer leur plateforme de gestion ;
- Fournir un exemple de rapport ;
- Expliquer un cas pratique de prise en charge ;
- Répondre à des questions financières et opérationnelles.

15. Calendrier indicatif du processus

Date de publication	16/10/2026
Mode de soumission	Bureau DKT ou à emploi@dkr-rtc.org
Réponses aux questions	23/10/2026
Date limite de soumission	30/10/2026 – 16 heure locale de Kinshasa
Ouverture et analyse des offres	6/11/2026
Notification de l'attribution	15/11/2026
Signature du contrat	30/11/2026
Date souhaitée de démarrage	01/03/2027
Durée du contrat	12 mois, renouvelable sous réserve de performance

DKT International RDC se réserve le droit de modifier ce calendrier, d'annuler l'appel d'offres ou de ne retenir aucune offre sans obligation d'indemnisation des soumissionnaires.

Kinshasa, le 19 octobre 2026

