# Annexe n° 1 au Cahier des Clauses Techniques Particulières :

# Cadre de réponses techniques

**Consultation n° AP-HP .SU N° 24-050 du 23/10/2024**

**Reconstitutions coronaires en secteur esthétique avec le protocole de réalisation « eLABor® » pour le compte des services d’odontologie du**

**Groupe Hospitalo- Universitaire AP-HP. Sorbonne Université - Sites La Pitié Salpêtrière / Charles Foix / Rothschild**

**Critère n°1 : Dossier technique : pondéré à 55%**

**Cette annexe doit être obligatoirement jointe à l’offre de prix transmise par le candidat.**

**Si besoin, le candidat peut joindre un dossier technique également daté, signé, cachet de la société.**

***(L’annexe peut faire l’objet d’un renvoi à un dossier technique que le titulaire est susceptible de fournir au GH AP-HP.SU-, exemple : cf. page X du dossier technique)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elément d'appréciation** | **Cotation** | **Réponse du candidat** |
| **Laboratoire** | | |
| Equipements du (ou des) laboratoire(s) de fabrication  (Détailler la totalité des équipements installés, date d'achat et marque) | **3** |  |
| Sous-total | **3** |  |
| **Ressources humaines** | | |
| Nombre de personnel affecté à la fabrication : Qualification et CV souhaitable : compétence et expérience dans la production du travail demandé | **2** |  |
| Nombre de personnels bénéficiant de formation continue | **3** |  |
| Avis d'Expert ou recommandation d'un praticien clinicien référent HU ou PH | **4** |  |
| Références de la société en établissement de santé : (nom du site, du service concerné et de l'année d'exécution de la prestation)  - dans le secteur public - dans le secteur privé | **2** |  |
| Personne(s) chargée(s) des relations avec l'hôpital (nom, prénom, fonction, mail, téléphone) : - Contact administratif : - Contact financier : - Contact technique : Fabrication des prothèses | **1** |  |
| Possibilité de se déplacer dans le service de soins à la demande (préciser les modalités) : | **3** |  |
| Délai de réponse contractuelle pour fournir un devis | **1** |  |
| Sous-total | **16** |  |
| **Procédés de fabrication et livraison** | | |
| Détailler les techniques de fabrication et le matériel utilisé dans votre laboratoire (Hors sous- traitance) pour le(s) lot(s) pour lesquel(s) vous présentez une offre | **6** |  |
| Détailler le mode de transfert des prothèses et empreintes :  \* Procédure de ramassage des travaux :  Description précise des modalités : jours, horaires, coursiers (personnel de la société ou entreprises spécialisées…) | **6** |  |
| \* Procédure de livraison des travaux Description précise des modalités : jours, horaires, coursiers (personnel de la société ou entreprises spécialisées…), délais de livraison | **6** |  |
| Existence d'une procédure de prise en charge des travaux urgents | **2** |  |
| Sous-total | **20** |  |
| **Composition et traçabilité des matériaux** | | |
| Procédure de traçabilité des produits entrant dans la fabrication des prothèses et procédure de contrôle et de traçabilité du produit fini : (Décrire de façon détaillée ces procédures et fournir des documents de preuve) | **6** |  |
| Précision des matériaux utilisés (fiches techniques avec signalement d'éventuels allergènes) | **4** |  |
| Procédure de pré-désinfection / décontamination : Décrire de façon détaillée ces procédures et fournir des documents de preuve Fournir la liste des produits utilisés pour cette désinfection et leur fiche technique | **5** |  |
| Sous-total | **15** |  |
| **Qualité** | | |
| Procédure de reprise des travaux défectueux | **5** |  |
| Organisation mise en place pour pallier les retards de réalisation | **5** |  |
| La société est-elle certifiée ? (joindre les certificats) | **5** |  |
| Sous-total | **15** |  |
| **Qualité des échantillons** | | |
| Emballage du dispositif prothétique échantillon fourni avec modèle de travail et antagoniste | 2 | Non concerné |
| Modèle de travail correctement préparé | 2 | Non concerné |
| Modèle antagoniste correctement préparé | 2 | Non concerné |
| Adaptation du dispositif prothétique sur le modèle | 2 | Non concerné |
| Stabilité du dispositif prothétique sur le modèle | 2 | Non concerné |
| Qualité de la finition du matériau (polissage, glaçage) | 2 | Non concerné |
| Respect de la morphologie du dispositif prothétique (axiale, occlusale) | 2 | Non concerné |
| Qualité des points de contact proximaux | 3 | Non concerné |
| Stabilité occlusale, précision de l'occlusion, utilisation du dispositif de montage en occlusion | 3 | Non concerné |
| Qualité esthétique du dispositif médical | 3 | Non concerné |
| Propreté/finition du dispositif médical, peut -on l'insérer cliniquement en l'état ? | 4 | Non concerné |
| Qualité technique du dispositif médical, peut -on l'insérer cliniquement en l'état ? | 4 | Non concerné |
| Sous-total | **31** |  |
| **Total** | **100** |  |
| Fait à, le :  Date, nom, signature électronique obligatoire |  |  |