

**CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES**

**77 avenue de Ségur 75014 PARIS Cedex 15**

**Annexe 2 a l’ATTRI1**

|  |
| --- |
| **CADRE DE REPONSE TECHNIQUE ET LOGISTIQUE** |

**AO25ES0004**

Fourniture de prothèses dentaires destinées aux cabinets dentaires FILIERIS-RELANCE

SECTEUR ALSACE

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR / LABORATOIRE  (pour mémoire ne sera pas pris en compte dans la notation du critère assistance technique et logistique) |

SUITE

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM du LABORATOIRE** | **……………………………………………………………** |
| Siège social/Adresse | ………………………………………………………….……………….Code postal : . . . . .Ville : ……………………..……..  Téléphone standard : .. . .. . .. . ….. adresse mail : |
| Lien vers le Site Internet | www ………………………………………. |
| SIRET | ………………………………………. |
| Nature de l’activité | Fabricant  Commerçant  Prestataire |
| Chiffre d’affaires en 2022 | ……………………... € Effectif total ou nombre d’employés : ………………..…    TPE   PME   Gde Entreprise |

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous équipez pour répondre aux commandes des praticiens utilisant des empreintes optiques numériques | OUI  NON  Si OUI , détailler ci-dessous :   * Type de matériel de lecture * Software utilisé * Votre expérience de la technologie (en mois)   Si NON ; indiquer ci-dessous :   * Si vous êtes en capacités de vous équiper ? * Quelles seraient vos contraintes/obligations pour utiliser les empreintes optiques numériques ? |

|  |
| --- |
| SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE |

Certification ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003 EN46001  NF EN ISO 13485: 2003 ou équivalent

Dates et Noms du (des) organisme(s) notificateur(s): …………………………………….

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS LOGISTIQUES |

* Livraison internalisée (Coursiers) :  OUI  NON Nombre  : …………………………..

Tournées :  lundi au vendredi  heure de passage : ….  Créneau horaire : …  AUTRE (matin seul, AM, les deux)

* Livraison externalisée (Transporteur) :  OUI  NON Nombre  : …………………………..

Tournées :  lundi au vendredi  heure de passage : ….  Créneau horaire : …  AUTRE (matin seul, AM, les deux)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du (des**) transporteur(s)** | …………………………………………….………. |
| Le transporteur a-t-il mis en œuvre une politique de développement durable, d’optimisation des livraisons et du transport des produits (type de transport utilisé, véhicules à faibles émissions de CO2, définition d’exigences environnementales auprès de vos prestataires…)    OUI  NON | |

|  |
| --- |
| CONTACTS UTILES ET INTERLOCUTEURS DU LABORATOIRE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Information/réclamations** | Nom & prénom | Téléphone | Télécopie | Courriel |
| **Direction/Responsable(s)** | …………………………………………… | .. . .. . .. . .. . .. | .. . .. . .. . .. . | ……………………...@..................................... |
| **Service commandes** | …………………………………………… | .. . .. . .. . .. . .. | .. . .. . .. . .. . | ……………………...@..................................... |
| **Service livraison des travaux** | …………………………………………………………………………………………………… | .. . .. . .. . .. . .. | .. . .. . .. . .. . | ……………………...@..................................... |
| **Responsable Qualité produits et réclamations** | …………………………………………… | .. . .. . .. . .. . .. | .. . .. . .. . .. . | ……………………...@..................................... |
| **Responsable prothésiste ou maître prothésiste** | …………………………………………… | Tél. portable  .. . .. . .. . .. . .. | .. . .. . .. . .. . | ……………………...@..................................... |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prothésistes ( Précisez le nombre et les spécialités, les types de travaux, …)** | ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aides prothésistes et Apprentis (Précisez l’année d’apprentissage)** | ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… |  |  |

**Période (s) de fermeture annuelle du laboratoire : ………………………………………………………………………...**

**Types de travaux réalisés par le laboratoire : ………………………………………………………………………………….**

**Descriptif des machines et appareils sur site (Imprimantes 3D, logiciels CFAO, soudeuses et tous autres matériels spécifiques) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| SUIVI DES TRAVAUX ET TRACABILITE (sur 15 points) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Moyens mis en œuvre pour la collaboration Prothésistes/Cabinet dentaire visant à améliorer le/les travaux dentaires :**  **(Sur 6 points)** | Préciser lesquels ( moyens, outils, … ) :……………… |
| **Traçabilité du (des) prothésistes sur les travaux dentaires fournis, y compris par l’inscription du nom du prothésiste en charge du travail sur le bon de laboratoire.**  **(Sur 4 points si oui)** | OUI   NON  Si oui, préciser lesquels( moyens d’identification, outils, … ) : obligatoire de connaitre le nom du prothésiste sur la fiche labo………………… |
| **Fiche labo**  (**Sur 2 points si oui)** | OUI   NON |
| **Garantie maximale sur les travaux livrés et après pose/finition sur le patient (Sur 3 points si oui )** | OUI   NON  Si oui, préciser sous quelle durée de garantie : ……..Mois………Jours …….. |

|  |
| --- |
| ENGAGEMENT DELAIS D’INTERVENTION ET LIVRAISON (sur 40 points) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Délai de livraison entre chaque étape de la réalisation des prothèses. Le délai en gras représente le maximum autorisé sur la prestation concernée.**  **-** (à compter **de la date** d’émission du bon de commande, et non de la réception de ce dernier au laboratoire). **(délais en jours OUVRES)** | |
| 1. **PROTHESE AMOVIBLE** | **SUR 16 POINTS ( Cocher la case correspondante à la réponse)** |
| **Réalisation PEI/Cire** | * De 1 à 3 jours (4 points) * 4 à 5 jours (3 points) * 6 à 7 jours (2 points) * 8 à **15 jours** (1 point) |
| **Réalisation du montage des dents sur cire en vue de l’essayage, pour une prothèse résine** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 8 jours (2 points) * 9 à **15 jours** (1 point) |
| **Réalisation de l’armature et du montage des dents en vue de l’essayage, pour un stellite** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 7 jours (3 points) * 8 à 10 jours (2 points) * 11 à **15 jours** (1 point) |
| **Finitions de la prothèse** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 10 jours (2 points) * 11 à **15 jours** (1 point) |
| 1. **PROTHESE FIXEE** | **SUR 16 POINTS ( Cocher la case correspondante à la réponse)** |
| **Réalisation d’un Inlay-Core** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 8 jours (2 points) * 9 à **15 jours** (1 point) |
| **Réalisation d’une Couronne coulée** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 10 jours (2 points) * 11 à **15 jours** (1 point) |
| **Réalisation d’une Couronne céramo- métallique ou couronne céramo- céramique** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 10 jours (2 points) * 11 à **15 jours** (1 point) |
| **Réalisation d’une couronne Full Zircone** | * De 1 à 4 jours (4 points) * 5 à 6 jours (3 points) * 7 à 10 jours (2 points) * 11 à **15 jours** (1 point) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Réparation / intervention sur prothèses dentaires livrées dans un délai maximum. Le délai en gras représente le maximum autorisé sur la prestation concernée.**  (à compter **de la date** d’émission du bon de commande, et non de la réception de ce dernier au laboratoire).  **SUR 8 POINTS (Cocher la case correspondante à la réponse)** | |
| **Réparation fracture simple sur prothèse amovible résine** | * Moins de 24h / 2 points * De 24h à 48h / 1 point * De 48h à **96h** / 0 point |
| **Adjonction d’une dent sur prothèse amovible résine** | * Moins de 24h / 2 points * De 24h à 48h / 1 point * De 48h à **96h** / 0 point |
| **Réparation avec soudure métallique sur stellite** | * Moins de 48 heures / 2 points * De 48h à 96h / 1 point * De 96h à 6 jours / 0 point |
| **Rebasage** | * Moins de 48 heures / 2 points * De 48h à 96h / 1 point * De 96h à 6 jours / 0 point |

|  |
| --- |
| DEVELOPPEMENT DURABLE (sur 5 points) |

|  |  |
| --- | --- |
| Votre société a-t-elle effectué un bilan d’émission de gaz à effet de serre ?  **(sur 1 point)** | OUI   NON |
| Quel est le taux de travailleurs en situation de handicap ou en insertion professionnelle dans votre société ? **(sur 1 point)** | ……..% |
| Avez-vous déterminé un programme d’actions pour économiser l’énergie lors de la conception/production du (des) produit(s) proposé(s) ? **(sur 1 point)** | OUI   NON |
| Avez-vous défini une politique de réduction / d’amélioration des emballages ? Si c’est le cas, donnez des exemples **(sur 1 point)** | OUI   NON |
| Avez-vous engagé une politique pour optimiser votre système de livraison (emballage tertiaire, type de transport utilisé, véhicules à faibles émissions de CO2, …) pour acheminer les produits du lieu de production jusqu’à la livraison finale ? **(sur 1 point)** | OUI   NON |

LABORATOIRE ………………………………… Date………/…………/ 2025 Nom du signataire………………………………………...

Signature :

**Note Totale :…. / 60 points**