



Marché n° 2025-DG-01

Prestations d'Actuariat

**Cahier des Clauses Techniques Particulières
(CCTP)**

Pouvoir Adjudicateur :

La Caisse des Français de l'étranger, désignée ci-après « Pouvoir Adjudicateur » ou « CFE »

160, Rue des Meuniers, CS 70238 – 77052 Melun Cedex, 77950 Rubelles

A.	Présentation de la CFE.....	3
1.	Ses missions.....	3
1.	Les cotisations et les garanties.....	3
1.1	Les cotisations (annexe 1) et les garanties (annexe 3 et 4) individuelles.....	3
1.2	Les cotisations (annexe 2) et les garanties (annexe 3 et 4) collectives	4
1.3	Accident du travail, maladie professionnelle pour un individuel.....	5
1.4	Accident du travail, maladie professionnelle en collectif	6
1.5	Vieillesse	6
2.	Les canaux de liquidation	6
2.1	La CFE	6
2.2	Le Fronting et les partenaires.....	6
2.3	La Mutualité Sociale Agricole	7
3.	Systèmes d'Information (SI)	8
4.	Capacité à fournir des données.....	8
5.	Données fin 2023.....	9
B.	L'organisation comptable et financière.....	9
1.	Les règles et méthodes comptables.....	9
2.	Le calendrier général du processus d'arrêté des comptes.....	10
3.	Les remarques des CAC dans le cadre de la Certification des Comptes 2023	10
C.	Définition du besoin : Prestations actuarielles récurrentes et à la demande	10
1.	Des prestations liées à l'arrêté des comptes.....	10
1.1	L'évaluation des engagements à court, moyen et long terme liés aux prestations en espèces 11	
1.2	L'évaluation des Provisions à court terme pour Prestations en nature à payer	11
D.	Des prestations liées à la révision des cotisations, et aux zones de prestations	11
1.	L'évaluation du rapport Prestations / Cotisations sur 3 ans et ses tendances, produit par produit	12
2.	L'évaluation du zonage et des couts de prestations par pays et par zone	12
E.	Une prestation d'échantillonnage représentatif du risque financier.....	13
F.	Des prestations à la demande	13
G.	ANNEXE 1 Produits Individuels Maladie.....	14
H.	ANNEXE 2 : Produits Collectifs Maladie	14
I.	ANNEXE 3 : Tableau des garanties 2024	14
J.	ANNEXE 4 : Liste des pays par zone	14

A. Présentation de la CFE

1. Ses missions

La Caisse des Français de l'Étranger (CFE) a été créée en 1978 et a pour mission principale de permettre aux expatriés français de bénéficier d'une protection sociale similaire à celle dont ils auraient droit en France et adaptée à leur situation à l'étranger. La CFE assure la continuité des droits avec le système français de Sécurité Sociale.

Elle propose des services tels que :

- une garantie maladie, maternité avec une option exclusivement réservée aux salariés : « indemnités journalières, invalidité, capital décès » ;
- une assurance accidents du travail, maladies professionnelles, également réservée aux salariés ;
- la retraite de base.

La CFE est un organisme de Sécurité Sociale de droit privé chargée d'une mission de service public dont la disposition est prévue à l'article R.111-1 du Code de la Sécurité Sociale, et par l'arrêté du 21 avril 1997. Elle est régie par les dispositions du livre 7, titre 6 du code de la Sécurité Sociale.

Placée sous tutelle des ministères en charge de la Sécurité Sociale et du Budget, elle a l'obligation d'équilibrer ses comptes et ne perçoit aucune aide de l'État. Elle tire ses ressources des seules cotisations de ses adhérents, elle est totalement autonome sur le plan financier.

Elle opère dans un environnement hautement concurrentiel, lui imposant de développer des produits et des services attractifs et innovant.

1. Les cotisations et les garanties

1.1 Les cotisations (annexe 1) et les garanties (annexe 3 et 4) individuelles

a) Maladie, maternité

Les cotisations d'un contrat souscrit à titre individuel au risque maladie, maternité, sont calculées en se basant sur un montant forfaitaire par tranche d'âge, en fonction du produit choisi et de la situation familiale du bénéficiaire.

Chaque tranche d'âge doit en théorie s'équilibrer entre les cotisations et les prestations versées car la CFE dispose d'une autonomie financière.

Un dispositif d'aide a été créé afin de faciliter l'accès à la couverture des soins des Français expatriés déclarant des ressources inférieures à la moitié du plafond annuel de la Sécurité sociale : La catégorie aidée. Cette aide consiste en une prise en charge partielle des cotisations par la CFE. La cotisation forfaitaire est de 210€ par trimestre.

Pour les contrats souscrits avant la réforme des cotisations du 1er avril 2019 et pour lesquels la nouvelle tarification est défavorable, la CFE garantit de maintenir le niveau de cotisation pré-réforme en l'augmentant de 5% chaque année pendant 10 ans.

Lieu des soins		
	France	Etranger
Contrats		

JeunExpat	X	X
MondExpat	X	X
RetraitExpat		X
Ex-retraités	X A condition de ne pas être couvert par la CPAM77	X
Autres contrats Ex	X	X
FrancExpat	X	

Selon le contrat souscrit, la CFE prend en charge les frais de santé dispensés en France, lors de séjours de moins de 6 mois consécutifs, et/ou à l'étranger :

Les soins dispensés en France sont remboursés selon les mêmes principes que l'Assurance Maladie (www.ameli.fr), et en permettant le tiers payant dans les hôpitaux publics et privés.

Les soins facturés à l'étranger qui sont remboursables sur le risque maladie, maternité sont versés en fonction du pays dans lequel ils sont dispensés. La base de remboursement est appliquée soit en taux soit en forfait de la facture réelle. Depuis le 1er janvier 2020, les expatriés français (ou éligibles) peuvent catégoriser leur pays d'expatriation parmi 5 zones. Les zones sont définies en fonction du coût des dépenses de santé et de l'expérience de la CFE dans ces pays. L'encadrement de ces modalités de remboursement se fait par arrêté ministériel. Chaque année, les taux et les montants de prises en charge sont revus et ajustés afin d'être en adéquation avec la réglementation. Le zonage a été révisé en 2023.

Le rythme de travail varie en fonction du type de soins à rembourser qui sont traités par divers canaux (3. Les canaux de liquidation) :

Lieu Prestations	France	Etranger
Soins de ville	MSA	CFE Fronting
Hospitalisations	CFE	CFE Fronting

Les cas d'application et d'exonération du ticket modérateur sont calqués sur les règles France à l'exception des soins d'hospitalisation MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) qui sont réputés exonérés de ticket modérateur.

b) Option indemnités journalières, capital décès, invalidité

La cotisation de l'option indemnités journalières, capital décès, invalidité se base sur un montant forfaitaire qui est calculée en fonction du revenu moyen brut perçu à l'étranger par l'adhérent.

1.2 Les cotisations (annexe 2) et les garanties (annexe 3 et 4) collectives

a) Maladie, maternité, invalidité

La différenciation entre une cotisation individuelle et une cotisation collective repose sur la création d'un contrat mandataire et la contractualisation avec l'entreprise.

Les cotisations sont calculées en fonction des rémunérations moyennes brutes, de la tranche d'âge du salarié et du nombre de salarié expatriés (un taux de remise permet de moduler la tarification des entreprises selon le nombre de salariés <100, compris entre 100 et 400, >400).

Dans le cadre de cette offre, la CFE prend en charge les frais de santé dispensés en France, lors de séjours de moins de 6 mois consécutifs, et à l'étranger.

Les soins dispensés en France sont remboursés selon les mêmes principes que l'Assurance Maladie (www.ameli.fr), et en permettant le tiers payant dans les hôpitaux publics et privés.

Les soins facturés à l'étranger sont versés en fonction du pays dans lequel ils sont dispensés. La base de remboursement est appliquée soit en taux soit en forfait de la facture réelle. Depuis le 1er janvier 2020, les expatriés français (ou éligibles) peuvent catégoriser leur pays d'expatriation parmi 5 zones. Les zones sont définies en fonction du coût des dépenses de santé et de l'expérience de la CFE dans ces pays. L'encadrement de ces modalités de remboursement se fait par arrêté ministériel. Chaque année, les taux et les montants de prises en charge sont revus et ajustés afin d'être en adéquation avec la réglementation. Le zonage a été révisé en 2023.

Le rythme de travail varie en fonction du type de soins à rembourser qui sont traités par divers canaux (voir 3. Les canaux de liquidation) :

Prestations \ Lieu	France	Etranger
	France	Etranger
Soins de ville	MSA	CFE Fronting
Hospitalisations	CFE	CFE Fronting

Les cas d'application et d'exonération du ticket modérateur sont calqués sur les règles France à l'exception des soins d'hospitalisation MCO qui sont réputés exonérés de ticket modérateur.

b) Option indemnités journalières, capital décès

La cotisation de l'option indemnités journalières, capital décès se base sur un montant forfaitaire qui est calculée en fonction du revenu moyen brut perçu à l'étranger par l'adhérent.

1.3 Accident du travail, maladie professionnelle pour un individuel

La cotisation au risque accident du travail, maladie professionnelle est déterminée en fonction d'un taux plafond de la sécurité sociale (1,15%) basé sur une base salariale choisie par l'adhérent, comprise entre un montant minimum et maximum.

L'assurance accident du travail, maladie professionnelle prend en charge tous les soins consécutifs à un accident du travail (ou une maladie professionnelle) survenu à l'étranger si l'accident du travail (ou la maladie professionnelle) a été reconnu par la CFE. Cette assurance couvre seulement l'assuré. Les maladies professionnelles sont les mêmes que celles déterminées au régime général.

Les soins dispensés en France et consécutifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle sont remboursés à 100 % du tarif de la Sécurité sociale.

Le remboursement des soins à l'étranger est effectué selon un taux majoré de la dépense engagée applicable en fonction de la zone d'appartenance du pays d'exécution.

1.4 Accident du travail, maladie professionnelle en collectif

Le montant de la cotisation au risque accident du travail, maladie professionnelle est calculée en fonction d'un taux et d'une base salariale, comprise entre un minimum et un maximum, sélectionnée par l'adhérent. Dans le cadre d'une adhésion à l'assurance accident du travail, maladie professionnelle uniquement, le taux applicable correspond au taux plafond de la sécurité sociale (1,15%). En cas d'adhésion simultanée aux assurances maladie, maternité, invalidité et accident du travail, maladie professionnelle, un taux dégressif est appliqué en fonction du nombre de salariés expatriés :

	Nombre de salariés expatriés	Taux
Adhérent à l'assurance accident du travail et à l'assurance maladie	Inférieur à 100	1%
	Entre 100 et 399	0,90%
	Supérieur à 400	0,80%

Les salariés rattachés à un mandataire souscrivant depuis au moins trois années civiles sans déclaration de sinistre bénéficient également de "ristournes" sur le taux de cotisations.

L'assurance accident du travail, maladie professionnelle prend en charge tous les soins consécutifs à un accident du travail (ou une maladie professionnelle) survenu à l'étranger si l'accident du travail (ou la maladie professionnelle) a été reconnu par la CFE. Cette assurance couvre seulement l'assuré. Les maladies professionnelles sont les mêmes que celles déterminées au régime général.

Les soins dispensés en France et consécutifs à un accident du travail ou à maladie professionnelle sont remboursés à 100 % du tarif de la Sécurité sociale.

Le remboursement des soins à l'étranger est effectué selon un taux majoré de la dépense engagée applicable en fonction de la zone d'appartenance du pays d'exécution.

1.5 Vieillesse

Pour la retraite de base, il existe 4 montants de cotisations possibles. La tranche est déterminée en fonction du revenu moyen brut perçu par l'adhérent à l'étranger ou durant les 6 derniers mois du salariat en France.

Les personnes chargées de famille et sans activité professionnelle se voit appeler une cotisation forfaitaire (17,87 % sur 507 fois le SMIC en vigueur au 01/01/2024).

Le paiement des pensions étant du ressort de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), le marché n'est pas affecté par cette assurance.

2. Les canaux de liquidation

2.1 La CFE

La Caisse des Français de l'Etranger prend en charge :

- Les soins dispensés à l'étranger par ses assurés dont les contrats ne sont pas chainés à un partenaire en fronting ;
- Les hospitalisations en France et à l'étranger ;
- Les soins exclus du périmètre de la MSA.

2.2 Le Fronting et les partenaires

Les partenaires avec lesquels la Caisse des Français de l'Etranger a conclu une convention de partenariat sont placées en **catégorie 1** : le Fronting.

Pour les autres partenaires, classés en **catégorie 2**, la convention de partenariat avec la CFE n'a pas encore été signée pour tous. Cela est prévu prochainement.

a) Le Fronting

La CFE a signé des conventions globales de paiement (fronting) avec 5 partenaires : April, Henner, MGEN, MSH et Owello/Humanis.

Pour les soins étranger et France, l'adhérent effectue sa demande de remboursement directement auprès du partenaire qui procède au paiement pour le compte de la CFE.

Les soins France, sont remboursés via divers canaux :

MSH	Soins papiers sans tiers payant >> Fronting
	Soins France tiers payant >> CFE
	Flux carte vitale >> MSA
MGEN	Soins papiers sans tiers payant >> Fronting
	Soins France tiers payant et retraités >> CFE
	Flux carte vitale >> MSA
Owello /Humanis	MSA
April	MSA
Henner	MSA

b) Les partenaires

La CFE collabore avec 20 partenaires dont 11 sont destinataires de paiement. Les conventions de partenariat seront prochainement conclues pour tous.

Les organismes destinataires de paiement perçoivent de la CFE les fonds des soins étrangers et France ainsi qu'un bordereau de remboursement.

Pour les autres, la CFE paie l'assuré et produit au partenaire un bordereau informatif.

Les soins France pris en charge par la MSA sont remboursés à l'adhérent et un bordereau informatif est adressé au partenaire.

2.3 La Mutualité Sociale Agricole

Les remboursements des soins réalisés en France des assurés éligibles ou non au dispositif Sésame-Vitale sont traités par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) qui rembourse sur les bases et taux en vigueur de l'Assurance Maladie.

Tout se fait grâce à la télétransmission de la feuille de soin électronique entre le professionnel de santé et la Caisse. Si la télétransmission n'est pas possible ou, si l'assuré n'est pas éligible au dispositif Sésame-Vitale, le professionnel de santé remet au patient une feuille de soins papier qu'il transmettra à la CFE via son espace personnel pour percevoir le remboursement de la MSA.

Sont exclus du périmètre de la MSA :

- Les vaccins d'expatriation ;

- Le grand appareillage ;
- Les transports ;
- L'Orthodontie Dento-Faciale (ODF) ;
- Les soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Les hospitalisations ;
- Les soins dispensés à l'Hôpital Américain ;
- Les soins dispensés aux retraités.

3. Systèmes d'Information (SI)

Les Systèmes d'Information (SI) de la CFE regroupent l'ensemble des ressources dédiées au traitement et au partage de l'information au service des divers processus de l'entreprise. Les domaines métiers couverts par le SI vont de la gestion du fichier, en passant par la gestion des contrats, des cotisations, la gestion des prestations. Il existe également un ensemble d'activités transverses telles que la gestion du contrôle, des interventions et des habilitations.

Les domaines support concernent la comptabilité, l'administration générale, le contrôle interne, la documentation/formation, le marketing.

Les applications se classent en trois grands domaines fonctionnels :

Back-Office :

- S2000 (Développement spécifique)
- Sesam Vitale (pour la gestion des soins en France)
- GDS (Gestion des sollicitations)
- Editique OpenPrint (CIT, Editions externes, Editions internes)
- Editique Quadient

Transverse :

- Decisionnel - Business Object
- Decisionnel – PowerBI
- EAI

Front-Office :

- CRM (Microsoft Dynamics)
- Site institutionnel
- Espaces personnels
- Application Mobile
- Centre d'appels (Mode SaaS).

4. Capacité à fournir des données

Dans le cadre de ce marché la CFE aura la capacité de fournir, trimestriellement et sur une durée de 3 à 4 ans les données suivantes :

- Nombre de contrats actifs en fin de trimestre civil, âge des bénéficiaires, pays d'expatriation, montant de la cotisation appelée et type de contrat.
- Détail des prestations payées (montant engagé, montant remboursé, pays d'exécution, typologie de soins), âge du bénéficiaire, pays de séjour, type de contrat.
- Cohorte des bénéficiaires percevant des prestations en espèces sur une base annuelle, à court ou à long terme. Les entrées, les sorties et les montants payés.

Le marché actuel a permis de définir des formats de données transmises, et leur périodicité.

Par ailleurs, à chaque fois les données transmises doivent être vérifiées avec les chiffres présents en comptabilité.

5. Données fin 2023

- 88 000 contrats d'assurance maladie actifs au 31/12/2023 couvrants 160 000 personnes :
 - Contrats individuels :
 - Assurance santé : 65 000 contrats actifs pour 107 000 personnes couvertes ;
 - Accident du travail, maladie professionnelle : 3 000 contrats actifs ;
 - Vieillesse : 10 500 contrats actifs.
 - Rattachés collectifs :
 - Assurance santé : 23 000 contrats actifs pour 53 000 personnes couvertes ;
 - Accident du travail, maladie professionnelle : 21 000 contrats actifs ;
 - Vieillesse : 21 000 contrats actifs.
- Prestations :
 - 718 587 décomptes saisis ;
 - 595 314 demandes de prestations étrangères ;
 - 248 016 demandes de prestations France ;
 - 21 233 hospitalisations ;
 - 92 556€ de capital décès versé ;
 - 9 135 593,58€ de prestations espèces versées ;
 - 578 133 feuilles de soins en ligne ;
 - 150 739 traitements par la MSA (soins France) ;
 - Accident du travail, maladie professionnelle : 95 déclarations dont 39 ont fait l'objet d'un refus, 6 677 décomptes.

B. L'organisation comptable et financière

1. Les règles et méthodes comptables

Elles sont en principe conformes aux dispositions de l'arrêté du 24 février 2010 relatif à l'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS). La CFE applique ce plan comptable unique, fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement. Il est simplifié et adapté pour tenir compte du caractère autonome de la CFE, de la spécificité de ses assurances.

Du fait de l'unicité de son établissement sis à son siège, la CFE n'a pas à appliquer de règles de combinaison. L'exercice comptable s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les comptes annuels comprennent le bilan, le compte de résultat de l'exercice et l'annexe.

Le compte de résultat de la CFE retrace les opérations, principalement relatives :

- À l'affectation dans les gestions techniques des cotisations appelées, encaissées et restant à percevoir ;
- Au dispositif dit de la catégorie « aidée » qui réduit le coût d'accès à l'assurance maladie de ceux des cotisants résidant en dehors de l'E.E.E., de la Suisse et des T.O.M. et dont les ressources sont inférieures à un certain seuil (23184€ pour 2024), le financement relevant partiellement au fonds

- social du Ministère des Affaires Etrangères (MAE) ;
- Aux charges de prestations sociales des gestions techniques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, maladies professionnelles ;
- Aux charges de prestations extra-légales et de prévention ;
- Aux charges et produits de gestion courante (gestion administrative) ;
- Aux produits financiers ainsi qu'aux opérations découlant de mouvements d'acquisition ou de cessions d'immobilisations financières.

Le bilan de la CFE retrace sa situation patrimoniale, découlant particulièrement des opérations afférentes :

- Aux capitaux propres, comprenant la réserve spéciale pour se prémunir d'une sinistralité exceptionnelle et les reports à nouveau ;
- Aux encaissements à recevoir et aux provisions pour risques et charges ;
- Aux actifs financiers qui garantissent les fonds propres et les provisions techniques à long terme ;
- Aux fonds communs et à la trésorerie découlant notamment des opérations de gestion courante et d'encaissement de l'assurance volontaire vieillesse pour le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ;
- Au recouvrement des cotisations appelées des trois assurances volontaires gérées.

L'organisation de la comptabilité permet à l'agent comptable de la CFE de présenter chaque année au conseil d'administration les comptes des trois branches de risque du régime (maladie, accidents du travail/maladies professionnelles et Vieillesse) ainsi que ceux du fonds national d'action sanitaire et sociale.

2. Le calendrier général du processus d'arrêté des comptes

La CFE n'est pas intégrée dans les comptes consolidés de la sécurité sociale. A ce titre elle s'inscrit dans les grandes échéances de clôture uniquement au niveau de la production des comptes définitifs, fixée au 5 avril de l'année suivant la clôture de l'exercice (arrêté du 2 février 2024 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale).

Néanmoins, la CFE doit mieux maîtriser son processus d'arrêté des comptes pour anticiper au mieux les opérations et caler la clôture annuelle sur le rythme de l'entreprise, donc le plus tôt possible dans le 1^{er} trimestre.

3. Les remarques des CAC dans le cadre de la Certification des Comptes 2023

En 2022, le commissaire aux comptes a levé la réserve qu'il portait sur la certification des comptes de la Caisse depuis 5 ans, constatant le renforcement du dispositif de maîtrise des risques et de contrôle interne de notre organisme.

Cette décision majeure reflète la confiance du commissaire aux comptes dans la fiabilité et la qualité des comptes de la Caisse.

C. Définition du besoin : Prestations actuarielles récurrentes et à la demande

1. Des prestations liées à l'arrêté des comptes

Ces prestations sont commandées chaque année, en Octobre, pour livraison avant fin janvier. Elles permettent d'évaluer les Provisions Mathématiques, IBNR, PSAP moyen et court terme.

1.1 L'évaluation des engagements à court, moyen et long terme liés aux prestations en espèces

Celles-ci comprennent :

- Les pensions d'invalidité
- Les rentes Accidents de Travail
- Les Indemnités journalières Maladie Maternité
- Les Indemnités journalières Accident de Travail
- Les soins remboursés aux rentiers AT liés à leur AT

Chacune de ces prestations emportent des durées maximales de versement (jusqu'à la retraite, jusqu'en fin de vie, une durée limite, la possibilité de reverser à un survivant).

Le livrable attendu répertorie typiquement :

- L'état du « stock » des pensionnés et rentiers, ainsi que des bénéficiaires d'IJ en cours
- Les Provisions mathématiques correspondant aux engagements induits par les pensionnés et rentiers en cours ainsi que les oins éventuellement associés
- Les provisions pour sinistres à payer sur les indemnités journalières Maladie, Maternité, et AT connues
- Les provisions pour sinistres inconnus (dits tardifs)

Ce livrable sera ensuite challengé par le Commissaire aux Comptes et son actuaire pour aboutir aux passations d'écriture finales.

La prestation doit donc inclure 2 réunions de restitution (à la CFE, puis au CAC), les éventuels travaux supplémentaires feront l'objet d'une commande suivant le barème des « prestations à la demande ».

1.2 L'évaluation des Provisions à court terme pour Prestations en nature à payer

Celles-ci comprennent :

- Les soins Maladie, pour chaque produit, non encore connus mais dont la date de soins est rattachée à l'exercice en cours ou précédent et qui seront réglés dans un exercice futur

Un soin se prescrivant pour une durée de 2 ans plus un trimestre, les soins exécutés dans une année sont potentiellement remboursables dans la troisième année civile suivant ce soin.

Le livrable attendu présente par produit Santé, selon la méthodologie retenue, les prestations imputables aux exercices antérieurs et qui seront probablement à payer dans les années futures.

Ce livrable sera ensuite challengé par le Commissaire aux Comptes et son actuaire pour aboutir aux passations d'écriture finales.

La prestation doit donc inclure 2 réunions de restitution (à la CFE, puis au CAC), les éventuels travaux supplémentaires feront l'objet d'une commande suivant le barème des « prestations à la demande ».

D. Des prestations liées à la révision des cotisations, et aux zones de prestations

Le Conseil d'Administration de la CFE se réunit deux fois par an, en Juin et Décembre et examine à cette occasion l'équilibre des produits d'assurance de la CFE.

Il les examine en données passées et concrètes, et en estimation des tendances.

Ce travail doit objectiver des évolutions de cotisations et donc s'accompagne d'hypothèses d'évolution de

prestations et cotisations sur les exercices à venir.

Par ailleurs, les prestations Maladie étant modulées par Zone géographique, un travail régulier, mais non annuel, sera fait pour voir l'évolution des dépenses par pays, et proposer des changements de zones pour certains.

1. L'évaluation du rapport Prestations / Cotisations sur 3 ans et ses tendances, produit par produit

Chacun des produits de couverture Santé, mais aussi l'option IJ Maladie Maternité Invalidité est suivi dans son rapport Prestations/Cotisations sur les 3 ans passés, et les années à venir avec l'objectif de pouvoir équilibrer ces produits sur la durée.

Le conseil d'Administration de la CFE propose chaque année des ajustements en termes de cotisations pour équilibrer ces produits.

Le livrable standard suppose l'évaluation des P/C réels de ses produits, mais aussi la projection à date de ces P/C.

Il y aura 3 hypothèses maximum d'évolution des cotisations par produit (et éventuellement 2 hypothèses d'évolution de prestations).

Puis en fonction des hypothèses posées sur l'évolution des prestations, et les hausses envisagées, voire l'évolution de la population, les projections sur les prochaines années.

Il peut y avoir après cette présentation à la Direction de la CFE, une itération supplémentaire de modulation d'hypothèses.

Le prestataire doit être en mesure de présenter son livrable final devant le bureau du Conseil d'Administration et le Conseil d'Administration ou ses représentants.

La prestation doit donc inclure 1 réunions de restitution à la Direction de la CFE, puis une itération supplémentaire, puis 1 réunions de restitution au bureau du Conseil d'Administration puis au Conseil d'Administration ; les éventuels travaux supplémentaires feront l'objet d'une commande suivant le barème des « prestations à la demande ».

2. L'évaluation du zonage et des couts de prestations par pays et par zone

Pour le remboursement des soins, 5 zones géographiques ont été définies par cout croissant du soin. Les pays y ont été réparti selon l'observation faite sur une période de 6 ans à l'origine.

Ce zonage a pris effet en 2020.

Une révision des pays / zone a été faite en 2023 en regardant si des pays, par leurs couts constatés pouvaient être reclassés dans une zone supérieure ou inférieure.

Au moins une fois sur la durée du marché, la même révision aura lieu.

Le livrable standard suppose la description de la méthodologie retenue, les analyses par pays et les propositions.

Une itération supplémentaire doit être prévue en fonction de questions soulevées à la première présentation à la Direction de la CFE.

La prestation doit donc inclure 1 réunions de restitution à la Direction de la CFE, puis une itération supplémentaire, puis 1 réunions de restitution au bureau du Conseil d'Administration puis au Conseil d'Administration ; les éventuels travaux supplémentaires feront l'objet d'une commande suivant le barème des « prestations à la demande ».

E. Une prestation d'échantillonnage représentatif du risque financier

Une demande récurrente du Commissaire au Compte est de pouvoir évaluer le risque financier induit par notre activité de liquidation de prestations, au travers d'un contrôle d'un échantillon représentatif de nos prestations. Le contrôle de l'échantillon permet d'extrapoler le risque total.

Cette prestation s'entend a priori par canal de liquidation (à ce jour, deux canaux principaux, la liquidation sur l'outil interne, la liquidation au travers du « fronting »), ces canaux ayant des typologies de contrôles a priori et a posteriori différents.

L'actuaire devra élaborer, à partir d'une année totale de prestations liquidée, la « population », par canal, une méthodologie d'échantillonnage, et proposer cet échantillon, sur une base récurrente, au contrôle du métier.

Typiquement, à l'activation de la prestation, sur une base annuelle, et par canal, les livrables attendus sont :

- Description de la population étudiée, et des possibilités d'échantillonnages représentatifs
- Choix d'une méthode d'échantillonnage respectant nos contraintes de moyens internes pour le contrôle, et un degré de représentativité suffisant
- Extraction de l'échantillon

F. Des prestations à la demande

La CFE peut avoir besoin d'études spécifiques sur :

- Des nouveaux produits
- Des modifications de garanties
- Des besoins non encore établis

Ces prestations feront l'objet d'une expression de besoin spécifique, d'un devis et d'une commande.

On est donc là sur un cout de TJM, en fonction d'un profil actuaire senior ou junior.

Annexes

Annexe 1 : Barème individuel

Annexe 2 : Barème entreprise

Annexe 3 : Tableau de garantie 2024

Annexe 4 : Liste des pays par zone

Annexe 5 : Anciens produits dits « de transition »

G. ANNEXE 1 Produits Individuels Maladie

A retrouver sur www.cfe.fr , documents clés, Barème Individuel, « Barème de cotisation Avril 2025 »

Catégorie aidée :

Un contrat aidé est un contrat Mondexpat Santé Solo ou Famille, avec donc une cotisation théorique selon la grille ci-dessus.

La cotisation réellement à payer est de 228 € par trimestre.

La différence entre la cotisation théorique et la cotisation réelle est l'aide prélevée sur un budget séparé d'Action Sociale.

H. ANNEXE 2 : Produits Collectifs Maladie

A retrouver sur www.cfe.fr , documents clés, Barème entreprise, « Barème de cotisation Entreprise Avril 2025 »

I. ANNEXE 3 : Tableau des garanties 2024

A retrouver sur www.cfe.fr , Documents Clés, Tableau de Garantie, « Tableau de Garantie 2025 »

J. ANNEXE 4 : Liste des pays par zone

A retrouver sur www.cfe.fr , « Documents Clés », Carte des Garanties, « Liste des pays par zone »