

## LE RESTE À CHARGE ZÉRO N'EST PAS UN 100% SANTÉ !

### SOURCES

- [100% Santé : Des soins pour tous, 100% pris en charge](#) | Dossier de presse, 13 juin 2018
- [Reste à charge nul – 100% Santé - Synthèse des éléments connus à l'issue de la phase de concertation](#) | Mutweb, 17 juillet 2018
- Les bénéficiaires du reste à charge zéro | Magazine Mutations #11, Juillet 2018
- [Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé](#) | DRESS, Edition 2017

### LES PRINCIPALES MESURES DU RESTE À CHARGE ZÉRO POUR LE GOUVERNEMENT

Synthèse du dossier de presse « 100% Santé : Des soins pour tous, 100% pris en charge » | 2018

- ◆ **Objectif de la réforme :** Lutter contre le renoncement aux soins des français.e.s, en supprimant leur reste à charge pour l'optique, le dentaire et l'audiologie. Le gouvernement vise :

« Une économie moyenne de 65€ pour une paire de lunettes (montant moyen du reste à charge optique), 200€ pour une couronne et une économie de 1 700€ pour une prothèse auditive »

Dossier de presse « 100% santé » | 2018

- ◆ **Ce que prévoit la réforme :**

- Des paniers de soins « de qualités » définis en optique, dentaire et audiologie pour une prise en charge à 100%, inclus dans les contrats responsables et solidaires des complémentaires santé et « sans augmentation de tarifs ». Une liberté pour l'utilisateur de choisir d'autres prestations exclues du panier de soins et non prises en charge au-delà de la base de remboursement du 100% santé.
- Négocier avec les principaux acteurs du secteur et les organismes complémentaires santé (OCAM) pour de meilleurs remboursements en échange de tarifs opposables (encadrement des prix qui jusqu'à présent étaient libres et déconnectés des tarifs de remboursement de l'Assurance maladie.)
- Une mise en place progressive **entre janvier 2019 et 2021.**



### OPTIQUE

Renoncement aux soins moyen (en 2018)

**10,1%** de la population (en France)

**17%** pour les personnes aux revenus les plus modestes  
(20% de la population française)

Prix moyen d'un équipement (en 2018)

**437€**

Reste à charge des ménages en moyenne (en 2018)

**167€**

Dossier de presse « 100% Santé : Des soins pour tous, 100% pris en charge » | 2018

» Le renoncement aux soins moyen en optique est de **10,1%**. Il passe à **17 % pour les 20% de personnes aux revenus les plus modestes**. Le reste à charge des ménages est quant à lui de **167€** pour un prix moyen d'un équipement de **437€**. La réforme du reste à charge zéro prévoit une évolution de la prise en charge de l'Assurance maladie qui passera de **4% à 18%**.

**437€ >> 105€ au 1er janvier 2020**

*Prix moyen d'un équipement optique revu à la baisse*

» L'accord signé le 13 juin 2018 entre les syndicats d'opticien, l'Assurance maladie et le Gouvernement, prévoit de baisser le tarif maximal d'un équipement à **105€** (dont 30€ pour la monture). Il prévoit **2 classes de verres** (A = 100% santé et B en prix libres). Les personnes pourront panacher l'offre en choisissant des verres classe A et une monture classe B. La réforme ne prévoit plus de distinction entre les remboursements d'équipements enfant et adulte. Enfin, l'autre nouveauté est le prolongement du renouvellement des équipements sans ordonnance pour les cas simples qui passe de **2 à 5 ans**. Ces mesures seront appliquées au **1er janvier 2020**.

### ◆ Le panier de soins en optique

- **Classe A** : Les équipements devront être variés (**17 modèles pour les adultes en minimum 2 coloris, 10 pour les enfants**) et de qualité d'un point de vue technique (verres antireflets et anti-rayures) et esthétiques (amincissement des verres). Les montures devront respecter les normes européennes, **avec un prix inférieur ou égal à 30€**. Les verres devront, quant à eux, traiter l'ensemble des troubles visuels. La prise en charge reste d'un équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue ou pour des raisons médicales.
- **Classe B** : Des tarifs libres, des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale diminués ainsi que la diminution du plafond de prise en charge des montures par les assureurs complémentaires : **de 150€ à 100€**.

### EN RÉSUMÉ, AU 1ER JANVIER 2020 :

Prix limites en vente	Équipement unifocal	Équipement progressif	Monture	Prestation de renouvellement et d'adaptation par l'opticien
<b>Classe A</b>	95 € à 265€	180€ à 370€	30€	10€ pour les équipements de classe A, et si les prestations > 1 million /an le PLV sera immédiatement baissé à 7€.
<b>Classe B</b>	Prix libres, la base de remboursement AMO est identique que celle des équipements de Classe A – Plafond AMC/ contrat responsable à 100€ au lieu des 150€ actuellement.			

*Tarifs publiés au JO du 21 juin 2018*



## DENTAIRE

### Renoncement aux soins moyen (en 2018)

**16,8%** de la population (en France)

**28%** pour les personnes aux revenus les plus modestes (20% de la population française)

### Prix moyen d'un équipement (en 2018)

**452€**

### Reste à charge des ménages en moyenne (en 2018)

**55€**

*Dossier de presse « 100% Santé : Des soins pour tous, 100% pris en charge » | 2018*

» Le renoncement aux soins moyen en dentaire est de **16,8%**. Il passe à **28% chez les 20% de personnes aux revenus les plus modestes**. Le reste à charge des ménages est quant à lui de **55€** en moyenne pour un prix moyen d'un acte prothétique de **452€**. La réforme du reste à charge zéro prévoit une évolution de la prise en charge de l'Assurance maladie qui passera de **4% à 18%**.

>> La base de remboursement d'une couronne qui est actuellement de **107,5€** sera revalorisée à **120€** (en 2020 ou 2022 en fonction du panier). C'est aussi le cas pour les matériaux composites (inlay/onlay) qui devrait passer à **100€** quel que soit le nombre de face et le matériau utilisé. Les « inlay core » verront quant à eux une baisse de remboursement de **122,5€ à 90€** ( sans clayette) et de **144,05€ à 90€** ( pour ceux avec clayette).

>> La réforme du reste à charge zéro prévoit une revalorisation significatives des tarifs de soins conservateurs pour lesquels il n'y a pas de RAC. La mise en place du « 100% santé » en dentaire se fera en temps : **en 2020 et 2021**. Il prévoit un éclatement de l'acte des couronnes en **8 actes** distinguant les matériaux utilisés. Ces 8 actes sont répartis en 3 paniers :

- Paniers « 100% santé » RAC zéro,
- Panier à RAC maîtrisé,
- Paniers à tarifs libres.



>> En parallèle, pour « le panier 100% santé » des prix limites de vente devraient être fixés sur les couronnes, les matériaux composites (Inlay core), couronnes transitoires et bridges, etc...



## AUDIO

### Renoncement aux soins moyen (en 2018)

**17%** de la population (en France)

**35%** de taux d'équipement (aujourd'hui)

### Prix moyen d'un équipement (en 2018)

Classe I : **1500€** Classe II : **1700€**

### Reste à charge des ménages en moyenne (en 2018)

**850€**

Dossier de presse « 100% Santé : Des soins pour tous, 100% pris en charge » | 2018

>> **6 millions de français** souffrent de troubles de l'audition dont **3 millions seraient « équipables »** or **seulement 2 millions le sont**. Les dispositions du reste à charge zéro pourraient avoir un impact sur la croissance de ce marché (**7 à 8% en volume/an**). Le Ministère de la Santé vise les **50% de taux d'équipement contre 35 actuellement**. Il estime difficile d'aller au-delà car les freins à l'équipement ne sont pas que financiers mais surtout un problème d'affichage des prothèses. Des campagnes de communication sont également envisagées pour prévenir des risques de dégradations de l'audition lorsqu'on renonce à s'équiper.

**CLASSE I : 1500€ >> 950 € en 2021**

Limitation du prix de vente

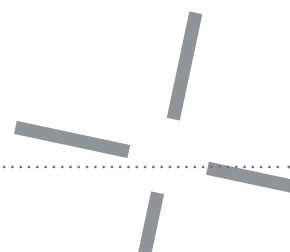
**REMBOURSEMENT : 199,70€ >> 400 € en 2021**

Sur la base de remboursement de l'Assurance maladie

>> L'accord signé entre le gouvernement et les financeurs prévoit la création de **2 classes de produits** avec une **garantie minimale de 4 ans** et la mise en place d'une durée minimale de renouvellement :

• **Classe I** : une prise en charge intégrale des prothèses dont le prix limite de vente passera de **1500 €/oreille en 2018 à 950€ en 2021**. Cette mise en place sera progressive **entre 2019 et 2021** et s'accompagnera d'une augmentation de la base de remboursement de l'Assurance maladie de **199,70€ aujourd'hui à 400€ en 2021**. Cette baisse du prix moyen des équipements (-**1350€**) pourraient faire levier sur le taux d'équipement des français (**17% de renoncement en 2018**).

• **Classe II** : prix libres, base de remboursement identique que celles des aides auditives de classe I, les contrats responsables seront limiter à une prise en charge totale à **1700€/oreille**.



## ◆ Le panier de soins en aides auditives

### Classe I :

- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire,
- **12 canaux de réglage** pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB,
- **30 jours minimum d'essai** de l'aide auditive avant achat,
- **4 ans de garantie**,
- **Au moins 3 des options suivantes** : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie  $\geq 6\ 000$  Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération,
- Des prestations de suivi (au moins une fois par an) pour adapter en continu le réglage de l'appareil en fonction de l'évolution de la perte auditive.

**Classe II :** Cf ci-dessus paragraphe sur l'accord.

## EN RÉSUMÉ :

Pour les plus de 20 ans	2018	2019	2020	2021	2022
<b>RAC moyen</b> (1 oreille)	850€	750€	400€	0€	0€
<b>Base de remboursement</b> (1 oreille)	200€	300€	350€	400€	400€
<b>Prix limite de vente</b> (1 oreille)	1 500€	1 300€	1 100€	950€	900€

Tarifs publiés au JO du 21 juin 2018

## LE POINT DE VUE DE LA MUTUALITÉ

La promesse de campagne « Reste à Charge Zéro » du candidat Macron est devenue réalité cet été avec la mesure « 100% Santé ». Mais que prévoit cette mesure ? Est-elle la fin des restes à charge pour les assurés sociaux ? Pas si sûr... Jean-Paul Benoit, Président de la Mutualité Française Sud, décrypte cette mesure gouvernementale et ses impacts pour les mutualistes.

### ◆ Un 100% santé pour tous ?

Hélas, cette mesure est loin d'être « un 100% santé » et ce pour plusieurs raisons :

- Elle ne s'adresse qu'aux personnes disposant d'une complémentaire santé et exclut donc les 4 millions de français.e.s qui en sont dépourvu.e.s, ce qui va contribuer à accroître les inégalités de santé.
- Elle ne concerne que l'optique, le dentaire et l'audio-prothèse et sous réserve que les assurés sociaux choisissent les paniers type. Rien n'est prévu pour les consultations en honoraires libres, l'hospitalisation ou les autres frais de santé qui génèrent des restes à charge.

## ◆ Un financement qui reste flou...

Le « 100% Santé » et les accords signés entre le gouvernement et les différents acteurs des filières optique, dentaire et audio ne règlent pas tous les problèmes de financement. **L'addition nette de cette mesure est estimée par l'Etat à 1 milliard d'euros.** Or, l'Etat ne participe pas du tout, l'Assurance maladie partiellement et donc l'essentiel des efforts sera supporté par les complémentaires santé. Cela semble difficile sans augmentation des cotisations des mutualistes. Or, ces dernières sont déjà assez chères ! Elles financent 3 choses :

- Les remboursements des soins des adhérent.e.s,
- Les services aux adhérent.e.s et les frais de gestion,
- Et enfin les taxes.

Depuis le début des années 2000, la part des frais de gestion est restée stable, **les remboursements de soins ont augmentés de 80% et les taxes ont été multipliées par 8.**

La Mutualité demande donc la suppression des taxes. Les cotisations baisseraient de **14% immédiatement** et permettraient d'absorber le financement du « 100% santé » sans hausse de cotisation pour les mutualistes.

[Lire l'article ainsi que l'interview de Jean-Paul BENOIT](#)

## ◆ Reste à charge zéro : des inégalités de santé renforcées

Le « 100% Santé » instaure une santé à deux vitesses qui pénalise les personnes les plus fragiles financièrement et qui ne peuvent pas accéder à une complémentaire santé. Ces personnes-là auront toujours autant de difficultés à se soigner et donc à se maintenir en bonne santé. Le renoncement aux soins a des conséquences immédiates sur la vie professionnelle et sociale des individus. Il est un **facteur aggravant d'exclusion sociale et professionnelle**. Cette réforme va donc creuser les inégalités de santé entre les personnes disposant d'une complémentaire santé et celles qui n'en auront pas sans parler de l'augmentation du coût pour les mutualistes

**Tableau 1 Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon l'occupation principale et le type de couverture**

Occupation principale	Avec une complémentaire santé							Sans complémentaire santé (en %)	Effectif par sous-groupe dans l'échantillon
	Ensemble (en %)	Collectif (en %)	Collectif - assuré principal (en %)	Collectif - ayant droit (en %)	Individuel (en %)	CMU-C (en %)	Indéterminé (en %)		
Actifs salariés du secteur privé	96,4	64,0	53,4	10,6	28,7	2,5	1,3	3,6	6420
Actifs salariés du secteur public	97,4	21,7	7,1*	14,7	73,1	2,1	0,4	2,6	1797
Autres actifs (indépendants, PDG, etc.)	94,0	19,6	6,7**	13,0	70,7	2,6	1,1	6,0	1047
Chômeurs	86,2	16,5	5,4	11,1	44,2	25,0	0,5	13,8	1448
Retraités	95,4	1,7	0	1,7	92,6	1,1	0,1	4,6	4037
Femmes/hommes au foyer	91,1	19,0	0	19,0	51,5	20,3	0,3	8,9	943
Étudiants	95,1	42,0	0	42,0	48,9	3,4	0,8	4,9	768
Enfants	95,8	46,3	0	46,3	38,7	10,1	0,6	4,2	5748
Autres inactifs	85,9	6,6	0	6,6	66,1	13,2	0	14,1	449
Non renseigné	93,6	4,1	0	4,1	86,2	3,3	0	6,4	153
<b>Ensemble</b>	<b>95,0</b>	<b>34,7</b>	<b>16,2</b>	<b>18,5</b>	<b>53,5</b>	<b>6,2</b>	<b>0,7</b>	<b>5,0</b>	<b>22 810</b>

\* Les 7,1 % de salariés du secteur public couverts par une complémentaire santé collective en tant qu'assuré principal correspondent à des salariés d'une entreprise publique.

\*\* Pour les 6,7 % d'autres actifs couverts en collectifs, il s'agit de PDG et de chefs d'entreprise salariés (et non des indépendants).

**Champ** > France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire (à l'exclusion des personnes en institutions : maisons de retraite, services hospitaliers de long séjour, centres d'hébergement, personnes sans domicile, en prison...).

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

## ◆ Un financement qui reste flou

**De plus, de nombreuses zones d'ombre persistent concernant le financement de cette réforme.** En effet de nombreuses interrogations demeurent malgré les accords cadre signés cet été entre l'Etat, les filières et les organismes de complémentaire santé (OCAM). La Mutualité attend les annonces que le gouvernement prévoit de faire à l'automne dans le cadre du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2019 – PLFSS 2019

**L'Etat annonce une addition nette de 1 milliard d'euros en 2023** lorsque la revalorisation des soins conservateurs dentaires sera effective. Les prises en charge annoncées de l'Assurance maladie suite à l'accord dentaire sont évaluées à 700 millions d'euros par an. Quant à l'audioprothèse, le doublement de la base de remboursement des prothèses auditives est estimé entre 170 et 180 millions d'euros en 2022 pour l'Assurance maladie et à 350 millions d'euros pour les autres financeurs (audioprothésistes et complémentaire santé). Ces estimations tiennent compte de la croissance de 7 à 8% du secteur de l'audioprothèse.

Pour l'optique, les financeurs restent plus prudents. En effet, l'instauration des paniers de soin libres et gratuits sonnent le glas de la prise en charge de l'optique à tarif libre par l'assurance maladie. Le choix restreint des montures et l'abaissement du plafond de remboursement dans les contrats responsables et solidaires (de 150€ à 100€) laissent les financeurs perplexes. D'autant plus qu'il reste une inconnue dans l'équation et pas des moindres : est-ce que les français vont opter pour les offres « 100% Santé » ou choisiront-ils les offres libres ?

*« C'est pourquoi, estime Thierry Beaudet, Président de la Mutualité Française, il faut également agir sur le prix des équipements. Plus l'effort sur les prix sera important, plus cette réforme sera neutre pour les assurés et leurs cotisations. Afin d'y parvenir, les mutuelles doivent pouvoir discuter avec les professionnels de santé afin de fixer avec eux le juste prix pour un équipement adapté et atteindre ce reste à charge zéro, sans rogner sur la qualité. Elles le font déjà avec les opticiens et les audioprothésistes, via les accords entre mutuelles et professionnels de santé, ce que l'on appelle "réseaux de soins". Cela permet de réduire la facture de 30% sur les lunettes pour les assurés, par exemple. Ces accords devraient être confortés et renforcés », conclut le président des Mutuelles.*

## ◆ Pour autant une réforme qui intègre la prévention

Les propositions du « 100% santé » intègrent :

- **Un volet de prévention non négligeable** sur les conséquences néfastes sur la santé du report des soins (réorientation durable des chirurgiens-dentistes vers une médecine bucco-dentaire préventive et moins conservatrice, campagne de communication pour favoriser l'équipement en audioprothèses des déficients auditifs ou bilan visuel pour les 8-16 ans).
- **Une évaluation par l'AMO des différentes mesures.**
- **Des réponses aux délais d'attente parfois trop longs pour les consultations** : allongement à 5 ans du renouvellement des équipements optiques sans ordonnance avec un renfort de communication autour de cette mesure, certains nombres d'examen visuels délégués aux orthoptistes (les résultats des examens et les prescriptions restent à la validation du médecin), et le développement des compétences en santé visuelle des opticiens.
- **L'augmentation du nombre d'audioprothésistes à 300 en 2021 au lieu des 214 actuels.**

## POUR ALLER PLUS LOIN : LE RESTE À CHARGE, C'EST QUOI ?

[Mieux comprendre le reste à charge \[vidéo\]](#)

Mutualité Française, 21 juin 2018



Le renoncement aux soins est une réalité en France qui touche près d'un tiers de nos concitoyens et selon certaines sources un français sur deux. Les causes sont multiples (manque de temps, délais trop longs, report des soins..) et l'une d'entre elle est le reste à charge pour les assurés sociaux. Selon les soins pratiqués, il peut chiffrer ! En France, on estime que chaque assuré social dépense en moyenne 2 970 € pour se soigner et de cette somme, 250€ restent à leur charge.



## EN RÉGION SUD

Montant de remboursement du régime général (en 2018)

**1 551€**

par personne (moyenne nationale : 1 050€)

Ticket modérateur régional

**244€**

Reste à charge en région

**506€** par personne

Synthèse de l'Etude « Coût du risque de l'Assurance maladie complémentaire 2018-2019 », Mutualité Française | Juillet 2018

**C'EST DANS NOTRE RÉGION QUE LE RESTE À CHARGE EST LE PLUS ÉLEVÉ DE FRANCE** (506€ par personne protégée). Le montant de remboursement du régime général est quant à lui de 1 551€ (moyenne nationale : 1 050€), montant le plus élevé après la Corse. Le ticket modérateur régional est quant à lui de 244€ (le plus important de France également). Synthèse de l'Etude « Coût du risque de l'Assurance maladie complémentaire 2018-2019 », Etude Interne Mutualité Française, juillet 2018.

La part qui reste à la charge de l'assuré est très variable selon les soins. Elle est par exemple de **2,3 % pour les soins hospitaliers**. Elle atteint **22 % pour l'optique**, **25 % pour le dentaire** et **56 % pour l'audioprothèse**, malgré une intervention conséquente des organismes de complémentaire santé. Ces derniers prennent en charge **74 % de la dépense totale pour l'optique**, **452 % pour le dentaire** et **31 % pour l'audioprothèse**.

Source : [Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé](#) | Edition 2017, DRESS

### ◆ Les actions de la Mutualité en faveur des restes à charges maîtrisées

Que ce soit au travers de ces services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) ou des réseaux de soins (Kalivia, Santé Clair...), les mutuelles ont toujours œuvré pour un reste à charge maîtrisé. En effet, **tous les services d'accompagnement mutualistes sont conventionnés en "Secteur 1" (pas de dépassements d'honoraires) et pratiquent le tiers-payant (pas d'avance de frais)**.

En négociant directement avec les professionnels de santé ou les acteurs du secteur de la santé, **les réseaux de soins quant à eux permettent d'alléger la facture optique par exemple, de 30% en moyenne**.



## CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX EN FRANCE 2016

**198,5 MILLIARDS D'EUROS**

**11% du PIB de la France**  
(moyenne UE 10,5%)

**2 970€/an/habitant**

**FINANCEMENT**

**77%** par la Sécurité sociale

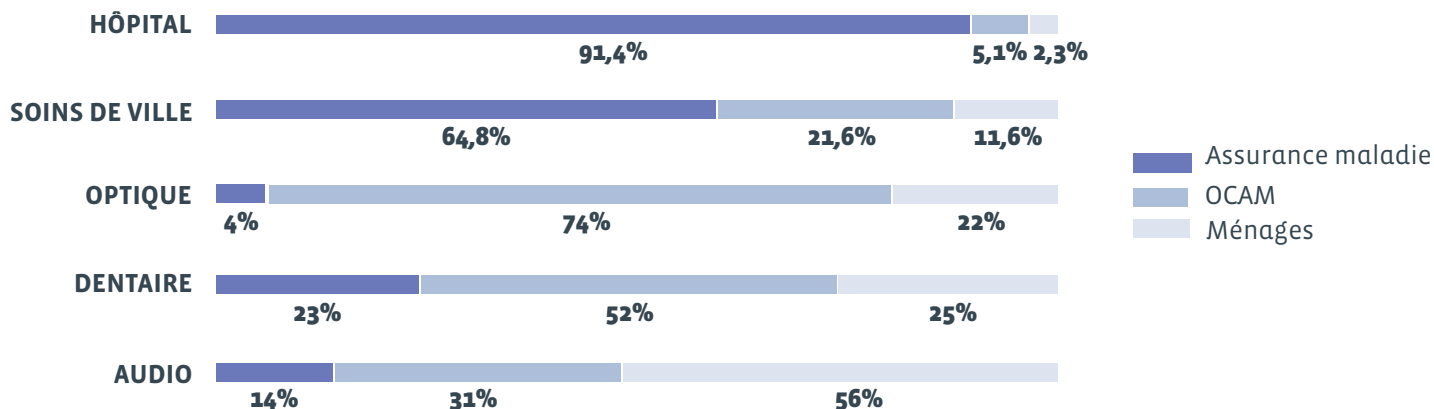
**13,3%** par les OCAM

**8,3%** par les ménages

**Les ménages consacrent à leur santé 250€/an/habitant.**

« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017

## 2 LES RESTES À CHARGE DE L'ASSURÉ.E SELON LES SOINS



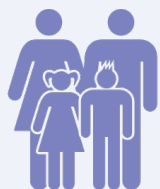
« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017

## 3 LES RESTES À CHARGES EN RÉGION

Nom	RAC PP Médecine de ville		RAC Honoraires du privé		RAC PP Prescriptions	
	Données brutes	Données corrigées	Données brutes	Données corrigées	Données brutes	Données corrigées
Alpes-de-Hautes-Provence	413€	392€	178€	171€	227€	213€
Hautes-Alpes	444€	428€	190€	185€	247€	237€
Alpes-Maritimes	532€	504€	266€	257€	261€	243€
Bouches-du-Rhône	501€	497€	220€	219€	275€	272€
Var	551€	511€	246€	233€	299€	273€
Vaucluse	431€	424€	197€	194€	230€	225€
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>506€</b>	<b>488€</b>	<b>231€</b>	<b>225€</b>	<b>269€</b>	<b>257€</b>

Montant du reste à charge par personne protégée : Résultats détaillés régime général année 2017  
« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017

## 4 LA COUVERTURE SANTÉ DES FRANÇAIS



**95%**  
de la population  
couverte



**64%**  
des salarié.e.s du privé  
sont couvert.e.s au titre  
d'un contrat collectif



**93%**  
des retraité.e.s sont  
couvert.e.s par un  
contrat collectif



**14%**  
des chômeurs n'ont pas  
de couverture santé

« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017



## 5 CMU-C VS ACS

COUVERTURE

**CMU-C** → **6,8%** → **5,5 millions**  
population couverte population couverte

**ACS** → **1,5%** → **1,1 millions**  
population couverte population couverte

NON-RECOURS

**CMU-C** → **1/3**  
des personnes couvertes

**ACS** → **2/3**  
des personnes couvertes

FONDS CMU

**2,5 milliards €** financés par la TSA sur les OCAM (2,2 milliards)

**0,3 milliards €** Taxe sur le tabac

« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017

## 6 LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les mutuelles restent le principal acteur du marché.

**53%**  
de part de marché

**18 milliards**  
de cotisations collectées

**9,8%**  
pour les assureurs

**19%**  
pour les instituts de  
prévoyance

« Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé », DRESS | Edition 2017



**SUIVEZ-NOUS !**



**AVEC LE HASHTAG #RACZERO**

**ET SUR NOTRE SITE [SUD.MUTUALITE.FR](http://SUD.MUTUALITE.FR)**