

LES DOSSIERS DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET PLUS REDISTRIBUTIVE

PAR PHILIPPE CREVEL, DIRECTEUR DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite
et de la Prévoyance
14/16, Boulevard Malesherbes 75008 PARIS
Tél. : 01 76 60 85 39 • 01 76 60 86 05
contact@cercledelepargne.fr
www.cercledelepargne.com



En partenariat avec **AG2R LA MONDIALE**
et l'association d'assurés **AMPHITÉA**

LES DOSSIERS DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET PLUS REDISTRIBUTIVE

PAR PHILIPPE CREVEL, DIRECTEUR DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| LA COUVERTURE DU RISQUE SANTÉ A TOUJOURS COMPORTÉ UN VOLET ASSISTANCE AU PROFIT DES PLUS FAIBLES ET MODESTES | 03 |
| L'UNIVERSALISATION | 06 |
| DES COMPLÉMENTAIRES | 06 |
| 3 037 EUROS DE DÉPENSE DE SANTÉ PAR HABITANT EN 2018 | 09 |

UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET PLUS REDISTRIBUTIVE

PAR PHILIPPE CREVEL, DIRECTEUR DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

Le système de couverture du risque maladie a été, de 1945 jusqu'aux années 90, de nature assurantielle et professionnelle. Le remboursement des soins était conditionné aux cotisations acquittées dans le cadre professionnel. Les retraités, en tant qu'anciens actifs, avaient accès à la Sécurité sociale. Pour les étudiants, une caisse spécifique avait été mise en place confirmant le principe selon lequel la Sécurité sociale avait vocation à couvrir les actifs et anciens actifs.

Le financement de l'assurance-maladie reposait sur des cotisations sur les revenus professionnels. Du fait de cotisations plafonnées, le système était dégressif du revenu. Du fait d'une espérance de vie plus longue et d'un accès plus facile aux soins, le système était accusé de favoriser les personnes à hauts revenus. Avec le déplafonnement des cotisations et l'introduction de la CSG qui prend en compte l'ensemble des revenus, les cotisations sont devenues plus proportionnelles. Par ailleurs, les exonérations de charges sur les bas salaires ont abouti à mettre en place un système progressif.

LA COUVERTURE DU RISQUE SANTÉ A TOUJOURS COMPORTÉ UN VOLET ASSISTANCE AU PROFIT DES PLUS FAIBLES ET MODESTES

Les premières initiatives sont, comme pour toute l'histoire de la protection sociale, celles de sociétés mutualistes et de certaines entreprises. L'État intervient sur le sujet en 1893, en créant une aide médicale gratuite s'adressant aux nécessiteux et indigents. Ces initiatives apparaissent avant celles visant à instituer une couverture professionnelle générale. Les principes des assurances sociales obligatoires pour les ouvriers et les paysans sont précisés en 1910. La question de la mise en place d'une

couverture universelle est largement débattue durant l'entre-deux-guerres. L'assurance-maladie obligatoire n'est véritablement envisagée en France qu'en 1920, soit 39 ans après l'Allemagne. Le débat n'est pas sans lien avec le système allemand. En effet, la mise en place d'un régime pour l'ensemble des actifs français est liée au problème posé par le maintien du régime spécial mis en place en Alsace-Moselle par les Allemands durant leur occupation. L'autre problème provient de l'appui que doit apporter la nation envers les plus de trois millions de blessés de guerre, les veuves et les orphelins et l'inquiétude face à la contestation ouvrière. Les professions indépendantes, les



paysans et les professions libérales sont opposés à l'instauration d'un régime général. Les syndicats et le corps médical ne le souhaitent pas non plus. Les syndicats révolutionnaires estiment qu'un tel système serait une béquille pour le capitalisme, condamné par le sens de l'histoire. Les médecins dénoncent un système qui pourrait aboutir à la fonctionnarisation de leur activité. Les médecins plaident alors pour le remboursement par les caisses d'un tarif fixé par elles plutôt que l'entente directe au sujet des honoraires. Les modalités du remboursement de base sont encore pratiquées aujourd'hui. En 1930, le Parlement vote la première assurance-maladie remboursant une part contributive garantie par les caisses. En même temps que le remboursement de base, apparaît donc la nécessité d'un remboursement complémentaire. Limitée à certaines professions et aux plus pauvres, la protection sociale maladie avant la Deuxième Guerre mondiale est loin d'être universelle.

Les pères fondateurs de la Sécurité sociale, en 1945, sont influencés par le système britannique avec la mise en place d'une protection universelle et unique. Le plan Beveridge de 1942 au Royaume-Uni prévoyait ainsi les deux composantes de l'universalité : une couverture générale et l'uniformité des prestations. *In fine*, compte tenu des positions des partenaires sociaux et du manque de consensus politique, la France opte pour une solution intermédiaire entre le courant plus professionnaliste d'inspiration allemande, où la protection contre le risque s'inscrit dans le cadre du contrat de travail et le courant britannique. Les principes retenus en 1945 par la Sécurité sociale sont universalité, unité, uniformité et

gestion paritaire. Ces principes n'ont été que partiellement retenus dans les ordonnances qui se contentent d'appeler à l'harmonisation et à l'extension des régimes mis en place.

Les régimes spéciaux de certaines professions, principalement les administrations de l'État, les collectivités locales, les marins, les mineurs, les cheminots, et de certains organismes (Comédie française, Opéra de Paris, Banque de France, Compagnie générale des eaux, EDF-GDF, Crédit foncier de France, clercs de notaire, ports autonomes, chambres de commerce, etc.) demeurent. Les cadres sont intégrés, mais ils peuvent cotiser à partir d'un plafond de ressources aux régimes particuliers existant avant la guerre et qui donnent naissance à la protection complémentaire. Certaines professions sont exclues, à commencer par les indépendants.

Le régime général ne le sera pas avec le maintien de régimes autonomes. Il faudra attendre plus de vingt ans et la loi du 12 juillet 1966 pour que les « non-non » (travailleurs non-salariés, non agricoles) bénéficient du régime d'assurance-maladie qu'ils avaient toujours refusé.

L'universalisation revient sur le devant de la scène avec le développement du chômage dans les années 70 et par la forte demande de protection sociale de la population. Le législateur a conduit depuis la loi du 3 juillet 1972 un effort d'harmonisation des régimes.

Les pouvoirs publics décident d'établir une couverture santé pour les personnes exerçant une activité non répertoriée au registre du commerce ou dans les chambres de métiers, les ordres professionnels et les chambres



de commerce ainsi que ceux sans activité qui échappaient en effet à tous les régimes. La loi du 4 juillet 1975 fixait ainsi dans son article premier cet objectif : « *un projet de loi prévoyant les conditions d'assujettissement à un régime obligatoire de sécurité sociale de toutes les personnes n'en bénéficiant pas devra être déposé au plus tard le 1er janvier 1977* ». La loi du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité sociale répond partiellement au problème. En lieu et place de l'assurance-maladie universelle et obligatoire, elle crée un régime de l'assurance personnelle facultative. Les pouvoirs publics prennent en charge les cotisations de ceux ne peuvent pas les assumer. La généralisation de l'assurance-maladie a été réalisée tout en conservant le principe de l'affiliation professionnelle et de la contribution nécessaire à l'ouverture de droits.

En 1995, la Cour des Comptes souligne que l'assurance personnelle ne remplit que partiellement son rôle au service des exclus de l'assurance-maladie et que sa gestion soulève de nombreuses difficultés. Se retrouvent dans le même régime des catégories d'assurés très différentes, les assurés personnels acquittant eux-mêmes leurs cotisations (assises sur les revenus ou bien selon une cotisation forfaitaire), les assurés hors RMI pris en charge par une autre institution (allocation spéciale vieillesse, aide sociale, etc.) et les titulaires du RMI. Avant la loi de 1999 instaurant la CMU, environ 150 000 personnes étaient exclues de tout système d'assurance-maladie.

La CMU de base permet l'accès à l'assurance-maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis

plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couverte par un régime de Sécurité sociale. Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu annuel inférieur à un plafond déterminé (fixé à 8 951 euros en 2019), les autres devant s'acquitter d'une cotisation de 8 % de la part de leurs revenus fiscaux supérieure à ce plafond. Les personnes résidant en France de manière irrégulière peuvent bénéficier de l'aide médicale d'État (AME). Le département français de Mayotte, ainsi que la collectivité d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon ne sont pas inclus dans ces deux dispositifs.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la CMU a été remplacée par la Protection Universelle Maladie (Puma). La réforme du régime de couverture maladie poursuivait comme objectifs, l'élargissement de la base des bénéficiaires, la garantie la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et la simplification des démarches d'obtention. La Puma garantit « *à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie* ». La stabilité de la résidence est reconnue aux demandeurs résidant en France depuis au moins 3 mois avant l'ouverture des droits à la Puma, puis résidant au moins 6 mois par an en France. Sont dispensées de justifier de la durée minimum de résidence, les personnes qui résident en France et présentent les justificatifs de leur inscription dans un établissement d'enseignement en France ou de leur qualité de réfugiés ou de bénéficiaires de la protection subsidiaire (et donc enregistrés comme demandeurs



d'asile autorisés à se maintenir sur le territoire national).

Une personne majeure sans activité professionnelle, dès lors qu'elle réside en France de manière stable et régulière, a droit à titre personnel à la prise en charge de ses frais de soins. Nul besoin d'un rattachement à un assuré en qualité d'ayant droit : toute personne âgée de 18 ans, même sans emploi est automatiquement assurée. Les mineurs âgés d'au moins 16 ans peuvent bénéficier de la Puma à titre personnel. Avec cette réforme, dès l'âge de 12 ans, les enfants peuvent avoir une carte Vitale personnelle (contre 16 ans auparavant). La demande formulée par les parents auprès de l'Assurance-maladie permet de simplifier les démarches administratives, notamment aux parents divorcés ou séparés. Les personnes en situation irrégulière peuvent être prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État.

Les bénéficiaires de la Puma sont redevables d'une cotisation baptisée « cotisation subsidiaire maladie » sur leurs revenus. Les redevables de la cotisation subsidiaire maladie sont les personnes qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- exercer une activité professionnelle en France ou avoir une résidence stable et régulière en France pour le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé ;
- avoir des revenus d'activités professionnelles exercées en France inférieurs à 3 862 euros pour 2016, 3 923 euros pour 2017 ou 3 973 euros pour 2018 (soit 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, PASS) ;

- avoir des revenus du patrimoine et du capital supérieurs à 9 654 euros en 2016, 9 807 euros en 2017, ou 9 933 euros en 2018 (soit 25 % du PASS). Le bénéficiaire doit s'acquitter du ticket modérateur, du forfait journalier en cas d'hospitalisation, de la participation forfaitaire d'un euro par consultation et des franchises médicales. Il ne dispose pas du tiers payant et doit faire l'avance de ses frais de soins.

Ne paient pas cette cotisation les étudiants, les pensionnés et leurs conjoints ou partenaires de PACS, les assurés et leurs conjoints ou partenaires de PACS ayant une activité professionnelle leur procurant un revenu d'au moins 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

L'UNIVERSALISATION DES COMPLÉMENTAIRES

Les pouvoirs publics avec les partenaires sociaux travaillent à l'universalisation des complémentaires. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés doivent être couverts au niveau de leur entreprise par une complémentaire santé.

Le remplacement de la CMU-C et de l'ACS

L'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 a prévu l'extension de la couverture actuelle de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'aide pour une complémentaire santé (ACS), et, par conséquent, la suppression de l'ACS. La CMU-C est ainsi transformée en Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La suppression de l'ACS se fera progressivement d'ici la fin du mois d'octobre 2020.



La Couverture Maladie Universelle complémentaire a été mise en place par la loi du 27 juillet 1999. Cette couverture maladie garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance-maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. La CMU-C offre à ses bénéficiaires une protection complémentaire santé gratuite ainsi que d'autres avantages comme la prise en charge du ticket modérateur, la couverture de certains dépassements pour les frais les plus coûteux, l'exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 euro. La CMU-C était accordée sous condition de ressources (le plafond de ressources étant fixé à 50 % du revenu médian, correspondant à un seuil de pauvreté défini par l'INSEE). Au 1^{er} avril 2019, le montant du plafond de revenus à ne pas dépasser pour avoir accès à la CMU-C est de 746 euros par mois pour une personne seule vivant en métropole.

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie a instauré une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les ménages disposant de faibles ressources et qui ne sont pas éligibles à la CMU-C. L'ACS s'adressait aux personnes dont les ressources étaient comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % (soit 991 euros par mois pour une personne seule résidant en métropole). L'ACS est une aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé privé. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, l'ACS était réservée à des contrats de

complémentaire santé sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

Depuis le mois de novembre 2019, il n'y a donc qu'une complémentaire santé bénéficiant d'une aide sociale, avec ou sans participation financière selon le niveau de ressources du bénéficiaire. La couverture santé de la CSS est identique pour l'ensemble des bénéficiaires. La demande de complémentaire santé solidaire se fait auprès de l'assurance-maladie obligatoire. Les bénéficiaires peuvent choisir pour la gestion de leur complémentaire soit l'assurance-maladie obligatoire soit un autre organisme inscrit sur une liste gérée par le Fonds CMU-C. Deux types de complémentaire santé solidaire existent, celle sans participation financière ou celle avec participation financière,

La part complémentaire des soins remboursables par l'assurance-maladie sera prise en charge par la CSS, à hauteur de 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance-maladie. Il s'agit notamment des consultations chez un professionnel de santé, des médicaments, des analyses médicales, etc. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. La participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales, de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire est gratuit pour les personnes ayant des ressources ne dépassant pas un certain plafond qui correspond à celui de l'ancienne



CMU-C. Un dispositif avec participation financière pour les personnes ayant des ressources entre le plafond CSS et ce plafond majoré de 35 % a été prévu. Le montant de la contribution dépend de l'âge.

| Montant mensuel de la participation financière | |
|--|----|
| Assuré âgé* de 29 ans et moins | 8 |
| Assuré âgé* de 30 à 49 ans | 14 |
| Assuré âgé* de 50 à 59 ans | 21 |
| Assuré âgé* de 60 à 69 ans | 25 |
| Assuré âgé* de 70 ans et plus | 30 |

*Âge au 1^{er} janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé

Le tarif ci-dessus ne s'applique pas aux assurés relevant du régime local d'Alsace-Moselle qui disposent de leur propre tarif.

Jusqu'à 12 millions de personnes éligibles

En 2017, la France comptait entre 6,6 et 7,9 millions de personnes éligibles à la CMU-C et entre 2,9 et 4,2 millions à l'ACS (statistiques de la DREES). Toujours en 2017, le taux de recours (nombre de bénéficiaires dans l'année) était de 60 % pour la CMU-C (4,4 millions de personnes) et de celui de l'ACS était de 50 % (1,4 million de personnes). De même, 20 % de la population éligible à l'ACS était alors couverte par un contrat d'entreprise et ne rentrait pas, de ce fait, dans le champ des bénéficiaires.

Le remboursement à 100 % des frais dentaires, de l'optique et de l'auditif

Depuis le 1^{er} janvier 2020, tous les contrats de complémentaire santé responsables, majoritaires sur le marché, intègrent les offres 100 % santé. Cette réforme concerne les

salariés via la complémentaire de leur entreprise mais aussi les retraités, indépendants, les fonctionnaires, les professionnels libéraux, les micro-entrepreneurs, les étudiants ou les demandeurs d'emploi de longue durée qui doivent souscrire et payer par eux-mêmes un contrat individuel.

Dans le cadre de l'offre de référence définie par les pouvoirs publics, les opticiens devront proposer des formules « 100 % santé » donnant le choix entre, au moins, 17 modèles de monture pour adultes et 10 pour enfants, en 2 coloris, assurés d'une valeur de 30 euros maximum. Les verres sans reste à charge, dont le tarif maximum dépend de la correction, respectent certaines conditions en matière performance technique (anti-rayures et antireflet) et d'esthétisme. Le « reste à charge zéro » concerne également les couronnes et les bridges (en céramique ou métal selon leur emplacement) avant l'intégration des prothèses amovibles qui interviendra dans un an. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins dentaires qui est faible en France, 40 % contre une moyenne de 70 % au sein de l'Union européenne.

Pour les audioprothèses, la réforme entrera en vigueur totalement en 2021. Néanmoins, après une prise en charge de 200 euros de plus par appareil auditif en 2019 viendront s'ajouter 250 euros en 2020 au titre du « 100 % santé ». Sur les quelque 6 millions de Français souffrant de difficultés d'audition, la moitié peut être appareillée, mais seulement un sur trois l'est effectivement.



3 037 EUROS DE DÉPENSE DE SANTÉ PAR HABITANT EN 2018

En France, les dépenses de santé, évaluées à travers la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), ont atteint, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé 203,5 milliards d'euros en 2018 (8,6 % du PIB). La consommation par habitant est de 3 037 euros en moyenne.

Le « 100 % santé » réduira le reste à charge des assurés français qui est déjà le plus faible de l'OCDE. S'élevant à 7 % de la dépense totale engagée, avant même la mise en œuvre du « reste à charge zéro », il devrait se rapprocher de 5 % dans les prochaines années.

Cette prise en charge permet d'améliorer sensiblement la situation des personnes à revenus modestes qui étaient jusqu'alors couverts par la CMU-C ou l'ACS. Elle a comme conséquence, pour les titulaires d'un contrat responsable, une baisse de leur niveau de remboursement s'ils sortent du panier de soin. Compte tenu des contraintes de prix, l'offre tout en répondant aux exigences de santé publique reste assez simple. Il est à signaler que les opticiens seront bien souvent contraints de s'approvisionner au sein des pays émergents. Les classes moyennes voulant continuer à s'équiper avec des produits de qualité devront payer davantage et se passer du remboursement dont elles pouvaient actuellement bénéficier.

L'universalisation des complémentaires poursuit le travail mené depuis des années sur le régime de base. Les prestations sont de plus en plus d'ordre assistanciel. La mutualisation n'est plus uniquement liée aux risques mais aussi aux revenus.

Le reste à charge s'inscrit en baisse depuis plusieurs années. De 7,0 % en 2018, il était de 7,5 % en 2017 et de 7,7 % en 2016. Cette baisse résulte à la fois de la progression de la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale (78,1 %) et de celle des organismes complémentaires (13,4 %). L'évolution de la part de la Sécurité sociale qui a progressé de 0,2 point en moyenne par an entre 2009 et 2018 est principalement liée à la forte progression du nombre de patients pris en charge à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD). La hausse de la part prise en charge par les organismes complémentaires (+0,3 point en 2018) s'explique notamment par une meilleure prise en charge de l'optique et des soins dentaires à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016. En définitive, la participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève à 14,3 milliards d'euros en 2018, soit 214 euros par habitant et par an. Ce montant moyen varie selon le profil des personnes (âge, état de santé, etc.). Si d'un côté, la prise en charge des frais dentaires et d'optique à 100 % devait conduire à une baisse du reste à charge pour l'ensemble de la population, il pourrait en être autrement pour certaines catégories.

La France fait partie des pays de l'Union européenne où la dépense courante de santé est la plus élevée (11,3 % du PIB) tandis que la part de reste à charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE (9 % de la DSCi). Au cours de la période récente, la croissance des dépenses de santé en France est restée stable (+1,4 % en moyenne entre 2009 et 2017) alors qu'au sein des pays de l'UE-15 les dépenses ont accéléré (+2,0 % en moyenne entre 2013 à 2017, après -0,1 % en moyenne entre 2009 et 2013).



Retrouvez la lettre et toutes les informations concernant le Cercle sur notre site : www.cercledelepargne.fr

Sur le site, vous pouvez accéder à :

- L'actualité du Cercle
- Les bases de données économiques et juridiques
- Les simulateurs épargnement/retraite du Cercle

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance est un centre d'études et d'information présidé par Jean-Pierre Thomas et animé par Philippe Crevel.

Le Cercle a pour objet la réalisation d'études et de propositions sur toutes les questions concernant l'épargne, la retraite et la prévoyance. Il entend contribuer au débat public sur ces sujets.

Pour mener à bien sa mission, le Cercle est doté d'un Conseil Scientifique auquel participent des experts reconnus en matière économique, sociale, démographique, juridique, financière et d'étude de l'opinion.

Le conseil scientifique du Cercle comprend **Robert Baconnier**, ancien directeur général des impôts et ancien Président de l'Association Nationale des Sociétés par Actions, **Jacques Barthélémy**, avocat-conseil en droit social et ancien Professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, **Philippe Brossard**, chef économiste d'AG2R LA MONDIALE, **Marie-Claire Carrère-Gée**, présidente du Conseil d'Orientation pour l'Emploi (COE), **Jean-Marie Colombani**, ancien directeur du Monde et fondateur de Slate.fr, **Jean-Paul Fitoussi**, professeur des universités à l'IEP de Paris, **Jean-Pierre Gaillard**, journaliste et chroniqueur boursier, Philippe Georges, président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), **Christian Gollier**, directeur de la Fondation Jean-Jacques Laffont - Toulouse Sciences Économiques, membre du Laboratoire d'Économie des Ressources Naturelles (LERNA) et directeur de recherche à l'Institut d'Économie Industrielle (IDEI) à Toulouse, **Serge Guérin**, sociologue, Directeur du Master « Directeur des établissements de santé » à l'Insee Paris, **François Héran**, professeur au Collège de France, ancien directeur de l'INED, **Jérôme Jaffré**, directeur du CECOP, **Florence Legros**, directrice générale de l'ICN Business School ; **Jean-Marie Spaeth**, président honoraire de la CNAMTS et de l'EN3S et **Jean-Pierre Thomas**, ancien député et président de Thomas Vendôme Investment.

Comité de rédaction : Philippe Crevel, Sarah Le Gouez

Contact relations presse, gestion du Mensuel :

Sarah Le Gouez

0613907548

slegouez@cercledelepargne.fr



AG2R LA MONDIALE

AMPHITEA
Association d'assurés partenaire d'AG2R LA MONDIALE