



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

frais médicaux, dentaires et d'optique

Question écrite n° 1489

Texte de la question

M. Jean de Gaulle attire l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé sur le faible taux de remboursement des dépenses de lunettes (montures et verres), des prothèses dentaires ou des actes de kinésithérapie. Ces dépenses sont très mal prises en charge par la sécurité sociale en raison du tarif de convention retenu qui ne correspond plus dans la réalité aux prix pratiqués. Malgré la souscription d'une assurance complémentaire, l'assuré doit prendre à sa charge une grande partie de la dépense. Aussi, il lui demande s'il ne serait pas possible d'effectuer une réactualisation des tarifs de convention retenus afin de prendre en compte l'évolution du coût de la vie.

Texte de la réponse

En matière d'optique, l'effort de l'assurance maladie se concentre au bénéfice des catégories d'assurés dont les besoins sont jugés prioritaires : les enfants de moins de 16 ans, dans un souci de prévention et d'insertion, et les amblyopes (afin de tenir compte de la gravité du handicap). Les appareils de prothèse dentaire sont pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues par la nomenclature générale des actes professionnels. Les parties conventionnelles sont convenues, dans la convention signée en 1997, de fixer des « honoraires de référence » pour certains traitements prothétiques (couronnes dentaires) dont les honoraires sont actuellement déterminés par entente directe entre le patient et le praticien, celui-ci étant tenu déontologiquement et conventionnellement de fixer ses honoraires « avec tact et mesure ». Les personnes les plus démunies peuvent solliciter leur admission à l'aide médicale pour la prise en charge du ticket modérateur afférent à leurs frais d'optique ou dentaires. L'aide médicale, qui est automatiquement attribuée aux titulaires du RMI, est financée par les conseils généraux pour les personnes qui ont une résidence dans le département et par l'Etat pour les personnes sans résidence stable. Certains départements accordent une prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie. En outre, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent, après examen du dossier de l'assuré, prendre en charge tout ou partie des frais exposés dans le cadre des prestations extralégales et sur leur fonds d'action sanitaire et sociale. Les actes dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes sont, comme l'ensemble des actes dispensés par les auxiliaires médicaux, pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 60 %. Les assurés sociaux ou les organismes de protection sociale complémentaire supportent le coût de la part des soins non remboursés par l'assurance maladie. Cependant, les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée bénéficient d'une exonération de ticket modérateur, dès lors que les soins entrent dans le cadre du protocole de traitement de l'affection de longue durée.

Données clés

Auteur : [M. Jean de Gaulle](#)

Circonscription : Paris (8^e circonscription) - Rassemblement pour la République

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 1489

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 28 juillet 1997, page 2471

Réponse publiée le : 2 mars 1998, page 1244