



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'optique

Question écrite n° 46382

Texte de la question

Mme Catherine Quéré attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur le coût des remboursements d'optique médicale. Plusieurs millions de nos concitoyens souffrent de déficiences visuelles, légères, moyennes ou importantes. Le coût pour ces malades est bien trop élevé, sachant que celui-ci se renouvelle tous les 2 ans avec l'évolution de la vue. Par exemple, une personne de sa circonscription doit aujourd'hui s'acquitter d'une facture de 771,46 € remboursée 24,54 € par l'assurance maladie et 202,90 € par sa mutuelle. La correction de la vue est primordiale pour la sécurité des gens et, en particulier, pour la conduite de véhicules. En pratique, nous pouvons constater tous les jours que des gens ont une vue déficiente ou ne sont pas corrigés correctement en terme de vision, à cause du coût et du faible remboursement des verres correcteurs en particulier. Un forfait monture à 1,85 €, un verre correcteur de 340 € remboursé 15,95 € et un autre verre de 315 € remboursé 6,74 €, soit un total de 24,54 €, à l'heure où le pouvoir d'achat des Français est un problème majeur ; les factures des soins concernant la vue sont insupportables pour bon nombre de nos concitoyens. Par conséquent, elle souhaite connaître sa position en vue de réduire le coût très élevé des lunettes de correction et pour améliorer le taux presque ridicule des remboursements proposés par l'assurance maladie et les mutuelles.

Texte de la réponse

L'article L. 4362-10 du code de la santé publique permet à un opticien-lunetier d'adapter la prescription médicale initiale, pour les personnes de seize ans au moins et sur la base d'une prescription médicale de moins de trois ans. En ce qui concerne les renouvellements de prescription médicale, conformément au décret du 13 avril 2008 publié au Journal officiel du 14 avril 2008, pour pallier les problèmes de délais d'obtention de rendez-vous chez les ophtalmologues, peuvent également être remboursés par l'assurance maladie les verres correcteurs et, le cas échéant, les montures correspondantes, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 délivrés par un opticien-lunetier. À chaque renouvellement, l'opticien-lunetier mentionne sur la prescription la nature des produits délivrés et la date de la délivrance. En l'état actuel de la réglementation, la prise en charge des lentilles de contact pour la myopie est désormais possible pour une correction de 8 dioptries (au lieu de 15 auparavant), permettant ainsi de couvrir une tranche plus importante de la population. Pour les mineurs (jusqu'à dix-huit ans) la prise en charge, sur la base des tarifs préférentiels « enfants », concerne désormais 1,6 million de patients. Les personnes relevant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ne supportent aucune dépense au titre du ticket modérateur. En effet, pour les frais d'optique visés par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié, relatif à la détermination de limites applicables aux frais pris en charge au titre de la CMUC en sus des tarifs de responsabilité, ces personnes bénéficient d'une prise en charge intégrale. Par ailleurs, les personnes dont les ressources dépassent de peu le seuil d'accès à la CMUC peuvent recevoir de leur caisse primaire une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS). En outre, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent décider, après examen du dossier de l'assuré, de prendre en charge tout ou partie des frais exposés sur leurs crédits d'action sanitaire et sociale. Enfin, une meilleure gestion du risque, permettant la « reconquête du marché », est une condition préalable à la mise en oeuvre de toute politique de meilleur partage

des charges entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages. Les conclusions du rapport récent du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) mettent en exergue qu'une telle politique passe nécessairement par : une réforme du libellé des contrats ; le développement de plates-formes de services ; la constitution de réseaux de professionnels qui s'engagent avec les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) sur des garanties de qualité, de service et de prix. Une collaboration plus poussée entre l'UNCAM et l'UNOCAM est donc nécessaire. Pour cela il a été prévu que l'UNOCAM puisse être associée à la convention négociée entre l'assurance maladie et les opticiens.

Données clés

Auteur : [Mme Catherine Quéré](#)

Circonscription : Charente-Maritime (3^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 46382

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 14 avril 2009, page 3456

Réponse publiée le : 27 octobre 2009, page 10271