



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais d'optique

Question écrite n° 30119

Texte de la question

M. Patrick Delnatte attire l'attention de M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur les modalités de prise en charge, par l'assurance maladie, des frais inhérents à la prescription de verres correcteurs par un ophtalmologue étranger. Alors que l'assurance maladie semble accepter la prise en charge de frais de lunettes chez un opticien belge sur la base d'une ordonnance d'un ophtalmologue français, elle refuse en revanche toute prise en charge sur la base d'une ordonnance établie par un ophtalmologue belge. Cette situation est préjudiciable pour les nombreux patients du département du Nord qui, compte tenu des longs délais d'attente pour une consultation chez un ophtalmologue français, préfèrent consulter un ophtalmologue belge. Il lui demande donc s'il est envisageable de remédier à cette situation.

Texte de la réponse

Depuis la circulaire DSS/DACI/286 du 16 juin 2003 qui vise à intégrer en droit interne la jurisprudence communautaire sur la libre circulation des marchandises et la libre prestation de service en matière de soins de santé, la prescription d'un médicament ou d'un dispositif médical par un professionnel de santé qui exerce légalement son activité dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne constitue plus un obstacle à la prise en charge de ce produit par l'assurance maladie française, dès lors que cette prescription est effectuée dans le respect des règles fixées par les codes de la sécurité sociale et de la santé publique. Ainsi, les assurés des régimes français d'assurance maladie peuvent obtenir la prise en charge de leurs frais d'achat de lunettes auprès d'un opticien installé en Belgique, alors même que ces lunettes ont été prescrites par un ophtalmologue de ce pays, dans la mesure où les conditions décrites supra sont remplies. Les assurés doivent faire l'avance des frais et adresser leurs demandes de remboursement à leur caisse d'assurance maladie d'affiliation en y joignant les justificatifs des dépenses réellement acquittées (les prescriptions médicales et les factures correspondantes des produits achetés). Le remboursement des frais exposés s'effectue sur la base des tarifs pratiqués en France. Toutefois, en aucun cas le remboursement par l'assurance maladie ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés.

Données clés

Auteur : [M. Patrick Delnatte](#)

Circonscription : Nord (9^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 30119

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 15 décembre 2003, page 9580

Réponse publiée le : 1er juin 2004, page 4119