



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'optique

Question écrite n° 18943

Texte de la question

M. Michel Raison attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur la faiblesse des remboursements des frais d'optique par la sécurité sociale. Les montures sont ainsi remboursées à un taux de 65 %, sur la base d'un tarif forfaitaire de 2,84 euros, soit 1,85 euro. Les verres sont remboursés à 65 %, sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction de 2,29 euros pour les verres blancs simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00, à 24,54 euros pour les verres blancs multifocaux ou progressifs, sphère hors zone de -8,00 à +8,00. Les sommes ainsi remboursées sont très faibles par rapport au coût des lunettes. Les assurés sociaux doivent alors supporter une charge financière importante alors même que le port des lunettes de vue est indispensable à leur vie quotidienne. Aussi, il lui demande quelles mesures elle entend prendre afin de réévaluer le calcul des remboursements des frais d'optique.

Texte de la réponse

Le Gouvernement est conscient des difficultés rencontrées par les patients concernant les conditions de prise en charge des frais d'optique, notamment pour ceux dont les revenus sont les plus modestes. En l'état actuel de la réglementation, pour ce qui est de la prise en charge des lentilles de contact pour la myopie, le niveau visuel est passé de 15 à 8 dioptries permettant ainsi de couvrir une tranche plus importante de la population. Pour les mineurs, la prise en charge, sur la base des tarifs préférentiels « enfants », concerne désormais 1,6 million de patients. Par ailleurs, les personnes relevant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ne supportent aucune dépense au titre du ticket modérateur et, 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. En outre, des dispositifs permettent de favoriser l'accès aux soins des assurés disposant de revenus modestes. Ainsi, l'aide au paiement d'une complémentaire de santé, créée par la loi sur la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, qui s'adresse aux personnes dont les revenus sont compris entre le plafond de la couverture maladie universelle complémentaire et ce plafond majoré de 20 %, permet d'obtenir une réduction sur la prime d'un montant compris entre 100 et 400 euros en fonction de l'âge et de la situation de famille. Enfin, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent décider d'octroyer des aides aux personnes se trouvant dans des situations difficiles, ce qui recouvre la prise en charge de tout ou partie des frais exposés sur leurs crédits d'action sanitaire et sociale.

Données clés

Auteur : [M. Michel Raison](#)

Circonscription : Haute-Saône (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 18943

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 18 mars 2008, page 2220

Réponse publiée le : 20 mai 2008, page 4267