

Guide Pratique du Protocole d'accord MFP-CNSD

Edition 2010

Docteur,

Vous êtes adhérent au protocole d'accord MFP-CNSD et nous vous remercions de votre confiance.

Ce protocole, auquel adhèrent plus de 25 000 chirurgiens-dentistes, a pour objet d'améliorer l'accès aux traitements prothétiques, aux traitements d'orthopédie dento-faciale ainsi que la prise en charge, sous certaines conditions, d'examens de prévention.

Il vise potentiellement plus de deux millions de bénéficiaires.

Le présent guide a vocation à vous accompagner tout au long de la mise en oeuvre de cet accord national dont bénéficient les adhérents des mutuelles de la Fonction Publique parties prenantes.

Les nouveautés 2010 de votre guide pratique :

- Une amélioration des plafonds d'honoraires et prestations améliorées des traitements d'orthopédie dento-faciale dont les modalités d'entrée en vigueur vous sont définies en page 3.
- Une nouvelle mutuelle partie prenante à l'annexe I du protocole relative aux traitements prothétiques : la Mutuelle des Etudiants.
- Un mode d'emploi du protocole enrichi (page 7).
- Pour les mutuelles gérées par MFP Services, une adresse unique mise à votre disposition pour toute demande de remboursement, devis ou réclamation (page 8).
- **La CNSD a décidé de procéder à la suppression de Dispadent dans le courant du premier semestre 2010.**

ANNEXE I : TRAITEMENTS PROTHETIQUES

Le tableau ci-dessous vous détaille les traitements prothétiques visés par le protocole, les plafonds d'honoraires que vous vous êtes engagé à respecter ainsi que les limites dans lesquelles votre patient sera remboursé par sa mutuelle

Prothèse	Coefficient	Plafonds d'honoraires	Remboursement de la mutuelle (Sécurité Sociale et/ou mutuelle)
Couronne provisoire <i>Sur toutes dents sauf molaires</i>	3	73,35 €	48,90 €
Couronne métallique <i>Sur toutes dents</i>	15	366,75 €	244,50 €
Couronne à incrustation vestibulaire <i>Sur toutes dents sauf molaires</i>	20	489 €	326 €
Couronne céramo-métallique <i>Sur toutes dents sauf molaires</i>	25	611,25 €	407,50 €

Les plafonds d'honoraires se calculent de la manière suivante : $\text{coefficient} \times \text{valeur du point} \times 150 \%$
(valeur du point au 1^{er} janvier 2010 : 16,30 €).

Peuvent bénéficier de l'annexe I du présent protocole les adhérents des mutuelles énumérées ci-après :

- Mutuelle des Affaires Etrangères (MAE)
- Mutuelle Centrale des Finances (MCF)
- Mutuelle Générale des Affaires sociales (MGAS)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) - offre globale, offre jeunes (dont étudiants)* et offre COMPLEMENTER* et MGEN-Filia, MGEN-Filia Contrats Collectifs*
- Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ)* - Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTI PLUS SANTE »
- Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (MPCDC)
- SMAR
- MFPrécaution
- Mutuelle Civile de la Défense (MCDEF)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale Environnement et Territoires (MGET)*
- Mutuelle Nationale Aviation Marine (MNAM)
- La Mutuelle des Etudiants (LMDE) - Contrats « FORFAITS », « OPTIMUM FORFAITS »

NB : La mutuelle d'appartenance de votre patient figure sur sa carte mutuelle ou sur son attestation ou carte vitale.

* se référer à la carte mutualiste de votre patient et page 8 du présent guide pour les mentions.

ANNEXE II : TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

Docteur,

Si vous êtes spécialiste en orthopédie dento-faciale ou omnipraticien ayant déclaré exercer l'orthopédie dento-faciale, la présente annexe vous concerne.

Peuvent bénéficier de l'annexe II du présent protocole les adhérents des mutuelles énumérées ci-après :

- Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) - offre globale, offre jeunes (dont étudiants)* et offre COMPLEMENTER* et MGEN-Filia, MGEN-Filia Contrats Collectifs*
- Mutuelle Générale Environnement et Territoires (MGET)*
- Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (MPCDC)
- Mutuelle des Affaires Etrangères (MAE)

NB : La mutuelle d'appartenance de votre patient figure sur sa carte mutuelle ou sur son attestation ou carte vitale.

* se référer à la carte mutualiste de votre patient et page 8 du présent guide pour les mentions.

Le tableau ci-dessous vous détaille les traitements orthodontiques visés par le protocole, les plafonds d'honoraires que vous vous êtes engagé à respecter en adhérent ainsi que les limites dans lesquelles votre patient sera remboursé par sa mutuelle.

Traitement	Honoraires			Remboursement de la mutuelle (Sécurité Sociale et/ou mutuelle)	
	Coefficient	Plafonds d'honoraires		Coefficient	Prise en charge mutuelle
		Omnipraticien	Spécialiste		
Semestre de traitement actif <i>accord sécurité sociale TO90</i>	28	672 €	761,60 €	28	448 €
Semestre de traitement actif <i>Refus sécurité sociale TO90</i>	28	672 €	761,60 €	20	320 €
1 ^{ère} année de contention <i>accord sécurité sociale TO75</i>	16	384 €	435,20 €	16	256 €
1 ^{ère} année de contention <i>refus sécurité sociale TO75</i>	16	384 €	435,20 €	13	208 €

Les plafonds d'honoraires se calculent de la manière suivante : coefficient x valeur du point x 150 % ou 170 % (valeur du point au 1^{er} janvier 2010 : 16 €).

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux traitements d'orthopédie dento-faciale ayant fait l'objet d'un devis postérieur au 1^{er} janvier 2010.

Vos devis antérieurs au 01/01/2010, ne doivent pas être modifiés. La prise en charge de la mutuelle se fera conformément à la notification de décision émise.

Seules les interruptions de traitement médicalement justifiées peuvent faire l'objet d'un nouveau devis.

MODALITES PRATIQUES DES ANNEXES 1 ET 2

1 – Vous établissez au patient l'entente préalable sécurité sociale s'il y a lieu, le devis/note d'honoraires (formulaire protocolaire) et en conservez un exemplaire.

Vous pouvez faire figurer sur le même devis les actes visés et non visés par le protocole MFP-CNSD.

2 – Le tout est adressé par votre patient à sa section locale mutualiste.

3 – A réception du devis/note d'honoraires, une notification de décision est adressée par courrier à votre patient. La réception de cette notification permet le début des travaux. La mutuelle y indique : la participation sécurité sociale (lorsque celle-ci intervient), la participation de la mutuelle et le reste à charge du mutualiste.

4 – A la fin des travaux :

◆ L'adhérent règle directement le reste à charge s'il existe.

◆ **Pour les traitements prothétiques** : la notification de décision signée est envoyée à la section locale mutualiste parallèlement à la télétransmission de la FSE (ou feuille de soins papier). La notification atteste de la fin des travaux et permet l'ordonnancement du paiement.

◆ **Pour les traitements orthodontiques** : à la fin de la période de traitement vous envoyez la note d'honoraires correspondante à la section locale mutualiste ainsi que la FSE (ou feuille de soins papier) si votre patient a moins de 16 ans.

La note d'honoraires peut être établie par demi-semester si la période de traitement TO45 est accordée par la sécurité sociale.

Pour les enfants de moins de 16 ans, l'entente préalable sécurité sociale doit être établie par semestre et envoyée par votre patient au contrôle dentaire de la sécurité sociale.

Cas particulier : membre associé (Patient non géré par la section locale mutualiste pour la part sécurité sociale)

À la fin des travaux, votre patient vous règle directement la part sécurité sociale ainsi que le reste à charge éventuel.

Vous télétransmettez la FSE (ou feuille de soins papier) et votre patient adresse à sa section locale mutualiste la notification de fin de travaux ou la note d'honoraire signée pour règlement.

ANNEXE III-A : PREVENTION BUCCO-DENTAIRE (Examen annuel de prévention, Examen femme enceinte)

En tant que signataire du protocole d'accord, vous pourrez être amené à réaliser, pour vos patients adhérents à l'une des mutuelles parties prenantes (voir liste ci-dessous) l'un des examens suivants :

- **Un examen annuel de prévention** qui vise à encourager la prévention bucco-dentaire par un entretien sur l'état médical du patient, un examen clinique, des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire et des conseils sur l'apprentissage du brossage et les méfaits liés au tabac
- **Un examen de prévention pour la femme enceinte entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse** qui permet de dépister les besoins de soins dentaires de ces patientes et de les informer des comportements nécessaires à la prévention des risques bucco-dentaires du jeune enfant

Afin de faciliter le suivi de ces prestations purement mutuelles, un coupon est associé à chaque demande de remboursement.

Au 1^{er} janvier 2010, les mutuelles énumérées ci-après, adhèrent à l'annexe III-A du protocole d'accord MFP-CNSD :

- Mutuelle des Affaires Etrangères (M.A.E.)
- Mutuelle Centrale des Finances (M.C.F.)
- Mutuelle Générale des Affaires Sociales (M.G.A.S.)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) - offre globale, offre jeunes (dont étudiants)* et offre COMPLEMENTER*
Examen femme enceinte uniquement
- Mutuelle du Ministère de la Justice (M.M.J.)* - Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTI PLUS SANTE »
- Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (M.P.C.D.C.)
- MFPrécaution
- Mutuelle Civile de la Défense (M.C.D.E.F.)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle Générale Environnement et Territoires (M.G.E.T.)*
- Mutuelle Nationale Aviation Marine (M.N.A.M.)

* se référer à la carte mutualiste de votre patient et page 8 du présent guide pour les mentions.

MODALITES PRATIQUES

A l'issue de l'examen :

- Vous complétez le carnet de suivi bucco-dentaire
- Vous télétransmettez la FSE (ou feuille de soins papier) portant une consultation à sa valeur conventionnelle et remettez au patient le coupon correspondant d'une valeur de 5 euros dûment complété par vos soins.

Le patient vous règle la totalité soit 26 € et envoie à sa section locale mutualiste, le coupon, pour remboursement.

ANNEXE III-B DU PROTOCOLE D'ACCORD MFP-CNSD

PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

A titre expérimental dans trois départements : Ain, Aisne et Yonne

(Examen de prévention de la maladie parodontale pour les 35-50 ans)

(Traitement préventif de la maladie parodontale)

En tant que signataire du protocole d'accord MFP-CNSD, vous pouvez être amené à réaliser, pour vos patients adhérents à l'une des mutuelles parties prenantes, un examen de prévention de la maladie parodontale suivi, le cas échéant, d'un traitement de la maladie parodontale.

La présente annexe a pour objectif de repérer les personnes à risque, de les sensibiliser à l'hygiène bucco-dentaire et de leur dispenser, le cas échéant, un traitement curatif (séances d'assainissement, délivrance de conseils personnalisés sur les soins à suivre, suivi régulier du patient).

Afin de faciliter le suivi des prestations, un coupon est associé à chaque demande de remboursement.

Au 1^{er} janvier 2010, les mutuelles énumérées ci-après adhèrent à l'annexe III-B du protocole d'accord MFP-CNSD :

- Mutuelle du ministère de la justice (MMJ)* - Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTI PLUS SANTE »
- Mutuelle générale des affaires sociales (MGAS)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie (MGEFI)* - Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »
- Mutuelle centrale des finances (MCF)
- Mutuelle des personnels de la caisse des dépôts et consignations (MPCDC)

* se référer à la carte mutualiste de votre patient et page 8 du présent guide pour les mentions.

MODALITES PRATIQUES

A l'issue de l'examen de dépistage :

- Vous devez :
 - remettre au patient le carnet de suivi bucco-dentaire à jour et le coupon correspondant d'une valeur de 10 € dûment complété par vos soins
 - télétransmettre la feuille de soins électronique (ou feuille de soins papier) portant une consultation à sa valeur conventionnelle
- Le patient vous règle la totalité soit 31 € et envoie à section locale mutualiste le coupon pour remboursement.
- **Si vous estimez nécessaire à la fin de l'examen de dépistage de procéder à un traitement, vous cochez la case correspondante (« envoi au praticien du coupon forfait prévention de la maladie parodontale ») sur le coupon d'examen de dépistage.**
- Vous ne pouvez commencer le traitement qu'à réception de l'accord de la mutuelle qui se matérialise par l'envoi d'un coupon forfait prévention de la maladie parodontale à votre patient.
- Vous remettez à votre patient un devis l'informant des traitements envisagés pendant 6 mois.
- Les mutuelles adhérentes prennent en charge le traitement de la maladie parodontale sur la base d'un forfait de 200 € qui comprend au moins une séance par mois pendant 6 mois. Ne sont pas inclus dans ce forfait les actes pris en charge par l'assurance maladie.

A l'issue du traitement :

Vous télétransmettez la feuille de soins électronique (ou feuille de soins papier) et envoyez à la section locale mutualiste le coupon forfait prévention de la maladie parodontale dûment complété pour remboursement.

FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES

FACTURATION DES ACTES ENTRANT DANS LE CADRE DU PROTOCOLE MFP-CNSD

Paramétrage du tiers payant Sécurité Sociale et de la délégation de paiement sur la part complémentaire.

Lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique (FSE), nous vous rappelons l'importance de l'information saisie concernant le destinataire du remboursement afin de garantir un paiement plus rapide et fiable.

Données préalables

Sur la prise en charge de votre patient (notification établie par la section locale mutualiste), vous devez vérifier que le tiers payant sécurité sociale et complémentaire est géré par la mutuelle pour vous permettre de connaître quel type de facturation vous devez réaliser.

Élaboration de la FSE

Le Chirurgien-dentiste établit une FSE à l'aide de sa carte CPS et de la Carte Vitale du patient.

La FSE effectuée doit absolument être conforme au devis accepté par le patient et à la prise en charge éditée par la mutuelle. La FSE du protocole MFP-CNSD est mise en traitement à réception par la section locale mutualiste.

Elle est toujours accompagnée par l'envoi à la section locale mutualiste de la notification (prothèses) ou de la note d'honoraires (ODF) dûment complétée et signée par l'adhérent et son praticien.

N'inscrivez que des actes entrant dans le cadre du protocole sur la feuille de soins électronique. Pour les actes qui ne peuvent donner lieu à une FSE, il convient d'utiliser la procédure papier habituelle (envoi de la notification de fin de travaux).

Lorsque vous avez effectué des actes hors protocole ou des soins portez les sur une autre FSE.

1. Tiers payant intégral (sécurité sociale et complémentaire santé)

Le praticien pour effectuer le tiers payant intégral dans son logiciel :

- **coche tiers payant sur la part obligatoire** (tiers payant Assurance Maladie Obligatoire)
- **coche tiers payant sur la part complémentaire** (tiers payant Assurance Maladie Complémentaire)

Le remboursement sur la part sécurité sociale (AMO) et la part complémentaire (AMC) vous sera versé après traitement.

Le patient règle le reste à charge au praticien (le montant étant inscrit sur la prise en charge).

2. Tiers payant sécurité sociale seul

Le tiers payant sécurité sociale seul n'est pas prévu par le protocole MFP-CNSD.

3. Tiers payant complémentaire seul

A effectuer lorsque le patient n'est pas géré par la mutuelle pour la part Sécurité Sociale (membre associé).

- Dans la version Sesam-Vitale 1.31, le tiers payant complémentaire **n'est pas** possible par la FSE. La feuille de soins de papier est obligatoire.
- Avec la version Sesam-Vitale 1.40, le praticien **coche tiers payant sur la part complémentaire** (tiers payant Assurance Maladie Complémentaire).

Le remboursement sur la part complémentaire (AMC) vous sera versé après traitement.

Le patient règle la part Sécurité Sociale (AMO) et le reste à charge au praticien (le montant étant inscrit sur la prise en charge).

4. Pas de tiers payant

- Le praticien **ne coche pas de case tiers payant** dans son logiciel

Le remboursement sur la part sécurité sociale (AMO) et la part complémentaire (AMC) sera versé au patient après traitement. Le patient règle la totalité des honoraires au praticien.

En cas de feuille soins papier, la notion de tiers payant doit être identique à la notification de décision de la mutuelle.

PROTOCOLE MFP-CNSD : MODE D'EMPLOI

DEMANDE D'ADHESION AU PROTOCOLE

Vous renvoyez le bulletin d'adhésion à l'aide de l'enveloppe T à l'adresse suivante :

MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE
Protocole dentaire
Autorisation 63681
75642 PARIS CEDEX 13

Votre adhésion est effective à réception du courrier du siège MFP.

La signature d'un nouveau bulletin d'adhésion est nécessaire :

- si vous êtes déjà adhérent et souhaitez pratiquer l'ODF,
- si vous changez de numéro Adéli et d'adresse,
- si vous souhaitez réadhérer,
- si vous souhaitez adhérer pour votre cabinet secondaire.

DEMANDE D'INFORMATION SUR LE PROTOCOLE

CHANGEMENT DE MODE DE PAIEMENT

Toute demande de changement de RIB/RIP doit être faite par courrier daté à l'adresse suivante :

Mutualité Fonction Publique - DRPS
62, rue Jeanne d'Arc
75640 PARIS CEDEX 13

Vous précisez votre numéro Adéli et joignez 2 RIB/RIP.



N° unique

0 821 08 9000

(0,118 € ttc/min)

Site Internet www.mfpservices.fr
(Rubrique : Professionnels de Santé)

DEMANDE DE DOCUMENTS

- Liste des mutuelles parties prenantes au protocole
- Guide pratique du protocole
- Devis traitements prothétiques
- Devis ODF, notes d'honoraires, engagement du mutualiste.

Vous pouvez également commander ces documents à l'adresse e-mail suivante :

formulairesprotocolemfpncsd@mfp.fr

en indiquant le nombre d'exemplaires et l'adresse de livraison

DEMANDE DE RESILIATION

Votre demande doit être faite par courrier à l'adresse suivante :

Mutualité Fonction Publique - DRPS
62, rue Jeanne d'Arc
75640 PARIS CEDEX 13

Le siège MFP vous accusera réception de votre résiliation.

Sauf disposition contraire, la date d'effet de la résiliation correspond à la date figurant dans votre courrier.

En cas de résiliation de votre adhésion, la mutuelle reste tenue au paiement de la part qui lui incombe dans la notification de décision émise avant la date de résiliation.

Vous devez respecter les honoraires initialement prévus dans le devis, objet de la notification de décision.

GESTION INDIVIDUALISÉE DES DOSSIERS SELON LA MUTUELLE D'APPARTENANCE DE VOTRE PATIENT

- ⇒ Demande concernant la notification de décision : contenu, non réception ou réclamation
- ⇒ Demande de remboursement
- ⇒ Vérification des droits de l'adhérent

Liste des Mutuelles	Contact
MAE : Mutuelle des Affaires Etrangères*	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) Sauf en région parisienne : 01 43 17 54 00
MCF : Mutuelle Centrale des Finances*	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) Sauf en région parisienne : 01 41 63 55 63 ou 01 41 63 55 64
MGAS : Mutuelle Générale des Affaires Sociales* Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MGEFI : Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie* Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale	N° unique : 0 820 212 312 (0,09 € ttc/min) www.mgen.fr (espace professionnel de santé)
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale Offre JEUNES ÉTUDIANTS (offre commune MGEN-LMDE)	Phone Campus : 01 40 92 54 72 (prix appel local)
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale offre COMPLEMENTER	Voir la carte mutualiste du patient (Carte commune 3 logos : MGEN-MNT-MGET portant la mention Protocole MFP/CNSD)
MGEN Filia	N° unique : 0 820 216 216 (0,09 € ttc/min)
MGEN Filia Contrats Collectifs	N° unique : 0 805 501 501 (appel gratuit depuis un poste fixe) contact@mgencollectives.fr (carte mutualiste portant la mention « Protocoles MFP-CNSD/MGEN »)
MMJ : Mutuelle du Ministère de la Justice* Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTI PLUS SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MPCDC : Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations*	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
SMAR*	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MFPPrécaution	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MCDEF : Mutuelle Civile de la Défense* Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MGET : Mutuelle Générale Environnement et Territoires*	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
MNAM : Mutuelle Nationale Aviation Marine :	Adhérents gérés par MFP Services pour la part Régime Obligatoire et la part Régime Complémentaire N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min)
	Autres adhérents N° unique : 02 33 94 21 60 (prix appel local)
LMDE : La Mutuelle des Etudiants Contrats « FORAITS » et « OPTIMUM FORAITS »	N° unique : 05 49 52 72 72 (prix appel local)

*Pour les mutuelles gérées par MFP Services, une adresse unique est à votre disposition pour toutes demandes de remboursement, devis ou réclamation :

MFP Services - Gestion Dentaire
16, rue Théodore Blanc - CS 61197
33040 BORDEAUX CEDEX

La Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI) regroupe la Mutuelle des Douanes, la Mutuelle des Agents des Impôts, la Mutuelle du Trésor, la Mutuelle Nationale de l'Entraide Administrative, la Fraternelle Mutuelle de l'Imprimerie Nationale, la Mutuelle des Personnels de l'Industrie et de la Recherche et la Mutuelle de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.