

GUIDE PRATIQUE

du Protocole d'accord MFP-CNSD

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 et aux traitements d'orthopédie dento-faciale des quatre millions de bénéficiaires des Mutuelles de la Fonction Publique.

Le présent guide a vocation à vous accompagner pour la mise en œuvre de cet accord national, d'en optimiser la gestion et ainsi permettre aux adhérents des mutuelles de la Fonction Publique d'en bénéficier.

Les nouveautés 2013 de votre guide pratique :

- Une revalorisation des prestations conventionnelles et des plafonds d'honoraires des traitements prothétiques et d'orthodontie
- L'abandon du devis protocolaire au profit du devis conventionnel
- L'extension des garanties de prise en charge de la mutuelle MCDEF à l'orthodontie
- L'arrêt des dispositifs de prévention prévus par l'annexe 3 du protocole, l'examen de prévention de la femme enceinte étant désormais pris en charge dans le cadre de la convention nationale.

ANNEXE I : TRAITEMENTS PROTHETIQUES

Détail des évolutions applicables au 1^{er} janvier 2013

1/ Notice d'utilisation du devis conventionnel pour les traitements prothétiques

Dans le cadre d'une demande de prise en charge pour des traitements relevant du Protocole dentaire, l'utilisation du devis spécifique MFP-CNSD n'est plus nécessaire.

Vous établissez un devis conforme aux dispositions réglementaires et conventionnelles.

En outre, vous indiquez sur le devis la mention « Protocole Dentaire » et dans la colonne « Réservé à l'organisme complémentaire » la mention « P » pour Protocole Dentaire pour chaque ligne correspondant à un acte pris en charge dans le cadre du protocole.

2/ Modalités de gestion de la Dispense d'Avance des Frais (DAF)

La notification de décision établie par la mutuelle prévoit la Dispense d'Avance des Frais, sauf pour les cas où le patient a fait connaître expressément à sa mutuelle sa volonté de renoncer au tiers-payant.

3/ La valeur du point est fixée à 16,90 euros

Les montants des prestations et des plafonds d'honoraires sont ainsi revalorisés à compter du 1^{er} janvier 2013 (se référer aux tableaux ci-après).

4/ Facturation de la couronne transitoire

Lors de la facturation à l'assurance maladie obligatoire, et dans le respect des plafonds d'honoraires fixés par le Protocole, le praticien dispose du libre choix de regrouper ou non l'honoraire de la couronne transitoire et celui de la couronne définitive sur la feuille de soins.

Il inscrit seulement l'honoraire de la couronne définitive sur la feuille soins ou peut continuer à globaliser les deux montants sur la feuille de soins.

5/ Modalités d'entrée en vigueur

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux traitements dentaires faisant l'objet d'un devis proposé à partir du 1^{er} janvier 2013. Les devis antérieurs au 1^{er} janvier 2013 ne doivent pas être modifiés. La prise en charge de la mutuelle se fera conformément à la notification de décision émise.

Les tableaux, ci-après, détaillent les traitements prothétiques visés par le protocole, les plafonds d'honoraires à respecter ainsi que les remboursements dont peut bénéficier le patient.

Barème des prestations améliorées

Les prestations améliorées se calculent de la manière suivante : coefficient prestation x valeur point (16,90 €)

Prothèse	Coefficient	Remboursement sécurité sociale + mutuelle (dans la limite de la dépense engagée)	Remboursement mutuelle (dans la limite de la dépense engagée)
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	28	473,20 €	397,95 €*
Pose d'une couronne définitive localisée sur les molaires avec ou sans couronne transitoire	16	270,40 €	195,15 €*

* sur la base d'un taux de remboursement de 70% par l'Assurance Maladie.

Barème des plafonds d'honoraires

Les plafonds d'honoraires se calculent de la manière suivante : coefficient plafond x valeur du point (16,90 €) x 150 %

Les honoraires pratiqués doivent correspondre à la pratique tarifaire habituelle. En conséquence, le tarif de l'acte doit demeurer inférieur ou égal à l'honoraire (tarif ou fourchette des tarifs) tel qu'affiché de façon visible et lisible dans le lieu d'exercice.

Prothèse	Coefficient	Plafond d'honoraires
Couronne métallique	16	405,60 €
Couronne métallique, couronne transitoire incluse	18	456,30 €
Couronne céramo métallique, couronne transitoire incluse	30	760,50 €
Couronne céramo céramique sur toutes les dents sauf molaires, couronne transitoire incluse	33	836,55 €

Cas particulier de la couronne provisoire ou transitoire isolée

En dehors des deux cas de figure indiqués ci-après, la couronne transitoire posée préalablement à la couronne définitive ne doit jamais faire l'objet d'une demande de remboursement spécifique auprès de la mutuelle. En effet, le montant de la prestation versée par la mutuelle comprend le remboursement de la couronne transitoire et de la couronne définitive.

La facturation spécifique de la couronne transitoire isolée ne donne lieu à un remboursement spécifique de la mutuelle que dans deux cas de figure :

- situation d'urgence : Le praticien indique sur la note d'honoraires « couronne transitoire pour urgence ». Le patient transmet la note d'honoraires à sa mutuelle aux fins de remboursement.
- situation de temporisation thérapeutique : la réalisation de la couronne définitive n'est possible qu'au delà d'un délai de 6 mois. Dans ce cas, cet acte doit faire l'objet d'un devis spécifique. Le praticien indique sur le devis « couronne transitoire pour attente thérapeutique ».

Dans le cadre du protocole, la couronne provisoire est assimilée à la couronne transitoire.

Prothèse	Coefficient	Plafond d'honoraires	Remboursement mutuelle
Couronne provisoire ou transitoire isolée	3	76,05 €	50,70 €

Liste des mutuelles parties prenantes

Peuvent bénéficier de l'annexe I du présent protocole les adhérents des mutuelles énumérées ci-après :	Contrats concernés
Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)	Tous
Mutuelle Centrale des Finances (MCF)	Tous
Mutuelle Générale des Affaires sociales (MGAS) (*)	VITA SANTE MULTI SANTE MULTIMAX SANTE
Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI) (*)	VITA SANTE MULTI SANTE
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)	offre globale offre Jeunes (Bénéficiaires enfants, Trajectoire prof, Enfants étudiants) offres Complémenter (*)
MGEN-Filia (les adhérents MGEN Filia-MOCEN n'ont pas accès au protocole)	Offre Efficience Santé Contrats Collectifs (*)
Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ) (*)	VITA SANTE MULTI SANTE MULTI SANTE PLUS
Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (MPCDC)	Tous
MFPrécaution	Tous
Mutuelle Civile de la Défense (MCDEF) (*)	VITA SANTE MULTI SANTE
Mutuelle Générale Environnement et Territoires (MGET)	(*) offres Complémenter (*)
La Mutuelle des Étudiants (LMDE)	FORFAITS OPTIMUM FORFAITS
La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)	(*) offres Complémenter (*)
Complémenter (mutuelles MGEN-MNT-MGET)	Tous

*se référer à la carte mutualiste de votre patient et à la dernière page du guide pratique.

A noter : La mutuelle d'appartenance de votre patient est indiquée par la carte mutuelle, par l'attestation ou par la carte vitale

PROCEDURE

APPLICABLE À LA PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS VISÉS PAR LES ANNEXES I ET 2

Étape 1. Renseignement du devis

Le praticien établit un devis conforme à la réglementation en vigueur, et, le cas échéant, l'accord préalable Assurance Maladie pour les traitements d'orthodontie.

En outre, le praticien indique sur le devis la mention « Protocole Dentaire » et dans la colonne « Réservé à l'organisme complémentaire » la mention « P » pour Protocole Dentaire pour chaque ligne correspondant à un acte pris en charge dans le cadre du protocole. Le praticien doit faire figurer sur un même devis les actes visés et non visés par le protocole MFP-CNSD.

Pour chaque dent couronnée, le devis précise :

- la localisation dentaire,
- l'utilisation éventuelle de métal précieux ou semi-précieux (pour dépassement du plafond du protocole en cas de justifications thérapeutiques),
- la cotation NGAP comme prévue par la convention nationale.

S'agissant d'un traitement ODF, il doit être précisé sur le devis, le cas échéant, que le traitement proposé présente un caractère esthétique avec pose de brackets céramiques.

Étape 2. Envoi du devis par le patient à la mutuelle en vue d'une décision de prise en charge

Le patient transmet le devis, et, le cas échéant, le formulaire de renoncement à la dispense d'avance des frais à la mutuelle.

Le devis est traité par la mutuelle et donne lieu à une notification de décision adressée au patient.

La notification de décision établie par la mutuelle prévoit la Dispense d'Avance des Frais, sauf pour les cas où le patient a fait connaître expressément à la mutuelle son choix de renoncer au tiers-payant.

La mutuelle y indique pour les actes pris en charge dans le cadre du protocole :

- le montant de la participation Assurance Maladie (lorsque celle-ci intervient),
- le montant de la participation de la mutuelle,
- le montant du reste à charge du mutualiste.

IMPORTANT : La mise à disposition du formulaire de renoncement est du domaine de la mutuelle et la transmission de celui-ci à la mutuelle relève de la responsabilité du patient. Si le patient n'a pas adressé son formulaire à sa mutuelle, le praticien ne peut en être tenu responsable.

Étape 3. Engagement du traitement à réception de la notification de décision adressée au patient

Étape 4. Fin du traitement et facturation

Le respect des règles de facturation est une condition indispensable pour permettre le traitement du dossier.

Pour les traitements prothétiques

À l'issue de la période de traitement, la notification de décision signée est envoyée à la mutuelle parallèlement à la télétransmission de la FSE (ou la feuille de soins de papier). La notification atteste de la fin du traitement et permet l'ordonnancement du paiement par la mutuelle.

La feuille de soins et la notification de décision précisent le contexte de paiement (voir les consignes dans la partie délégation de paiement).

Lors de la facturation à l'assurance maladie obligatoire, et dans le respect des plafonds d'honoraires fixés par le Protocole, le praticien dispose du libre choix de regrouper ou non l'honoraire de la couronne transitoire et celui de la couronne définitive sur la feuille de soins ; il inscrit seulement l'honoraire de la couronne définitive sur la feuille soins ou peut continuer à globaliser les deux montants sur la feuille de soins.

Pour les traitements orthodontiques

À la fin de chaque période de traitement, la note d'honoraires correspondante est envoyée à la mutuelle parallèlement à l'envoi de la FSE (ou de l'envoi de la feuille de soins de papier) si le traitement est pris en charge par l'Assurance Maladie.

La note d'honoraires acquittée précise l'acceptation du patient et du praticien pour la mise en oeuvre de la délégation de paiement à hauteur des prestations conventionnelles. La note d'honoraires peut être établie par demi-semester si la période de traitement TO45 est accordée par l'Assurance Maladie.

Pour les enfants de moins de 16 ans, la demande d'accord préalable Assurance Maladie doit être établie par semestre et envoyée par votre patient au contrôle dentaire de l'Assurance Maladie.

Règlement du patient

Le patient règle directement au praticien :

- la part sécurité sociale lorsque la gestion de son régime obligatoire d'Assurance Maladie n'est pas du ressort de la mutuelle
- le reste à charge éventuel
- la totalité des honoraires lorsque celui-ci a renoncé à la Dispense d'Avance des Frais.

IMPORTANT

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, toutefois, respecter le montant des honoraires initialement prévus par le devis, objet de la notification de décision.

FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES

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

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 rapide et fiable.

Données préalables

Au regard des informations indiquées par la notification de décision établie par la mutuelle, 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. La saisie du tiers payant sur la part complémentaire implique que la carte vitale du patient contienne les informations relatives à l'assurance maladie complémentaire. A défaut, la facturation en tiers payant doit être réalisée au moyen d'une feuille de soins de papier.

Élaboration de la FSE

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

IMPORTANT Lorsque vous avez effectué des actes visés et non visés par le protocole, et pour faciliter le traitement des feuilles de soins, il convient de réaliser :

- 1/ une FSE pour les traitements visés par le protocole ;
- 2/ une FSE pour les soins et traitements non visés par le protocole.

Modalités d'application de la délégation de paiement pour une FSE

1. Délégation de paiement sur la part Assurance Maladie Obligatoire et la part Complémentaire

A effectuer lorsque la part obligatoire et la part complémentaire du patient sont gérées par la mutuelle. Dans ce cas, la feuille de soins fait foi pour la gestion de la délégation de paiement.

Le praticien saisit dans son logiciel :

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

Le praticien confirme la dispense d'avance de frais prévue par la FSE en signant sur la notification de décision la case "Dispense d'Avance de Frais".

2. Délégation de paiement sur la part Assurance Maladie Obligatoire uniquement

Ce cas de figure n'entre pas dans le cadre du Protocole MFP-CNSD.

3. Délégation de paiement sur la part complémentaire uniquement

A effectuer lorsque le régime obligatoire d'Assurance Maladie du patient n'est pas géré par la mutuelle.

- Dans la version Sesam-Vitale 1.31, le tiers payant sur la part complémentaire seule n'est pas possible par la FSE. Le recours à la feuille de soins de papier est obligatoire.
- Avec la version Sesam-Vitale 1.40.4, il convient d'indiquer qu'il s'agit d'un tiers payant sur la part complémentaire (tiers payant Assurance Maladie Complémentaire).

Le praticien indique que la délégation de paiement est pratiquée en signant sur la notification de décision la case « Dispense d'Avance de Frais ».

4. Absence de tiers payant

Le praticien ne coche pas le tiers-payant sur la FSE (voir ci-après pour une feuille de soins de papier).

Le praticien indique que la délégation de paiement n'est pas pratiquée en ne signant pas sur la notification de décision la case « Dispense d'Avance de Frais ».

Le patient règle la totalité des honoraires au praticien.

Modalités d'application de la délégation de paiement pour une Feuille de Soins de Papier

Lorsque la gestion du régime obligatoire d'Assurance Maladie est assumée par la mutuelle, vous avez effectué des actes visés et non visés par le protocole, il convient de réaliser :

- 1/ une FSP pour les traitements visés par le protocole
- 2/ une FSP pour les soins et traitements non visés par le protocole.

Pour l'application du Tiers-payant et lorsque la part obligatoire et la part complémentaire du patient sont gérées par la mutuelle, il convient de ne pas signer la case « attestation de règlement des honoraires » et d'indiquer la mention Tiers-payant dans cette même case.

ANNEXE II : TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

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

Détail des évolutions applicables 1^{er} janvier 2013

1/ Notice d'utilisation du devis conventionnel pour les traitements orthodontiques

Dans le cadre d'une demande de prise en charge pour des traitements relevant du Protocole MFP-CNSD, l'utilisation du devis spécifique MFP-CNSD n'est plus nécessaire.

Vous établissez un devis conforme aux dispositions réglementaires et conventionnelles.

En outre, vous indiquez sur le devis la mention « Protocole Dentaire » et dans la colonne « Réserve à l'organisme complémentaire » la mention « P » pour Protocole Dentaire pour chaque ligne correspondant à un acte pris en charge dans le cadre du protocole.

2/ Modalités de gestion de la Dispense d'Avance des Frais (DAF)

La notification de décision établie par la mutuelle prévoit la Dispense d'Avance des Frais, sauf pour les cas où le patient a fait connaître expressément à sa mutuelle sa volonté de renoncer au tiers-payant.

3/ La valeur du point est fixée à 16,90 euros

Les montants des prestations et des plafonds d'honoraires sont ainsi revalorisés à compter du 1^{er} janvier 2013 (se référer aux tableaux ci-après).

4/ Intégration de la MCDEF comme mutuelle partie prenante

Les adhérents de la MCDEF disposant d'un contrat « VITA SANTE » ou « MULTI SANTE » bénéficient des dispositions de l'annexe 2 à compter du 1^{er} janvier 2013.

5/ Modalités d'entrée en vigueur

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux traitements dentaires faisant l'objet d'un devis proposé à partir du 1^{er} janvier 2013.

Les devis antérieurs au 1^{er} janvier 2013 ne doivent pas être modifiés. La prise en charge de la mutuelle se fera conformément à la notification de décision émise.

Barème des honoraires, des plafonds d'honoraires et des prestations

Le tableau, ci-après, détaille les traitements orthodontiques visés par le protocole, les plafonds d'honoraires à respecter ainsi que les remboursements dont peut bénéficier le patient.

Les honoraires du praticien doivent correspondre à sa pratique tarifaire habituelle. En conséquence, le tarif de l'acte doit demeurer inférieur ou égal à l'honoraire (tarif ou fourchette des tarifs) tel qu'affiché de façon visible et lisible dans le lieu d'exercice.

Les plafonds d'honoraires se calculent de la manière suivante : coefficient x valeur du point (16,90 €) x 150 % (omnipraticien) ou 170 % (spécialiste), à l'exception du semestre de traitement esthétique : coefficient x valeur du point (16,90 €) x 150 %.

Traitement	Honoraires			Remboursement de la mutuelle (sécurité sociale et/ou mutuelle)	
	Coefficient	Plafonds d'honoraires		Coefficient	Prise en charge
		Omnipraticien	Spécialiste		
Semestre de traitement actif <i>accord sécurité sociale TO90</i>	29	735,15 €	833,17 €	29	490,10 €
Semestre de traitement actif <i>refus sécurité sociale TO90</i>	29	735,15 €	833,17 €	20	338 €
Semestre de traitement actif esthétique (au moins 8 brackets céramique) <i>accord sécurité sociale TO90</i>	40	1 014 €	1 014 €	29	490,10 €
Semestre de traitement actif esthétique (au moins 8 brackets céramique) <i>refus sécurité sociale TO90</i>	40	1 014 €	1 014 €	20	338 €
1 ^{re} année de contention <i>accord sécurité sociale TO75</i>	16	405,60 €	459,68 €	16	270,40 €
1 ^{re} année de contention <i>refus sécurité sociale TO75</i>	16	405,60 €	459,68 €	13	219,70 €

Liste des mutuelles parties prenantes

Peuvent bénéficier de l'annexe I du présent protocole les adhérents des mutuelles énumérées ci-après :	Contrats concernés
Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)	Tous
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)	offre globale offre Jeunes (Bénéficiaires enfants, Trajectoire prof, Enfants étudiants) offres Complemen'ter(*)
MGEN-Filia (les adhérents MGEN Filia-MOCEN n'ont pas accès au protocole)	Offre Efficience Santé Contrats Collectifs (*)
Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (MPCDC)	Tous
Mutuelle Civile de la Défense (MCDEF) (*)	VITA SANTE MULTI SANTE
Mutuelle Générale Environnement et Territoires (MGET)	(*) offres Complemen'ter(*)
Complemen'ter (mutuelles MGEN-MNT-MGET)	Tous

*se référer à la carte mutualiste de votre patient et à la dernière page du guide pratique.

A noter : La mutuelle d'appartenance de votre patient est indiquée par la carte mutuelle, par l'attestation ou par la carte vitale

ANNEXE III : PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

Détail des évolutions applicables au 1^{er} janvier 2013

Arrêt des dispositions de prévention prévues par l'annexe 3 du protocole

Vous ne devez plus réaliser et facturer d'examen de prévention dans le cadre du Protocole MFP-CNSD (examen annuel de prévention, Examen de la femme enceinte, Examen de prévention de la maladie parodontale et traitement préventif de la maladie parodontale).

PROTOCOLE MFP-CNSD : MODE D'EMPLOI

DEMANDE D'INFORMATION SUR LE PROTOCOLE

 N° unique

0 821 08 9000

DEMANDE D'ADHESION AU PROTOCOLE

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

**MFP – Pôle Conventionnements
Tour Maine Montparnasse - BP 144
33 avenue du Maine
75 755 Paris Cedex 15**

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 d'exercice professionnel et d'adresse,
- si vous souhaitez ré-adhérer,
- si vous souhaitez adhérer pour votre cabinet secondaire.

CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES

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

**MFP – Pôle Conventionnements
Tour Maine Montparnasse - BP 144
33 avenue du Maine
75 755 Paris Cedex 15**

Vous précisez votre numéro d'exercice professionnel et joignez un RIB

DEMANDE DE RESILIATION

Toute demande de résiliation doit être adressée par courrier daté à l'adresse suivante :

**MFP – Pôle Conventionnements
Tour Maine Montparnasse - BP 144
33 avenue du Maine
75 755 Paris Cedex 15**

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.

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
Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE)	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) Sauf en région parisienne : 01 43 17 54 00 MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Centrale des Finances (MCF)	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) Sauf en région parisienne : 01 41 74 42 02 ou 03 - mcf@mfp.fr MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTIMAX »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (MGEFI) Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)	N° unique : 0 820 212 312 (0,09 € ttc/min) sauf DOM (section départementale) www.mgen.fr (espace professionnel de santé)
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) Offre JEUNES ÉTUDIANTS (offre commune MGEN-LMDE)	Centre de contacts LMDE : 01 40 92 54 72 (prix appel local)
MGEN Filia Offre Efficience Santé	N° unique : 0 820 216 216 (0,09 € ttc/min) www.mgen.fr (espace professionnel de santé)
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 »)
Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ) Contrats « VITA SANTE », « MULTI SANTE » et « MULTI SANTE PLUS »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle des Personnels de la Caisse des Dépôts et Consignations (MPCDC)	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
MFPPrécaution	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Civile de la Défense (MCDEF) Contrats « VITA SANTE » et « MULTI SANTE »	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
Mutuelle Générale Environnement et Territoires (MGET)	N° unique : 0 821 08 9000 (0,118 € ttc/min) MFP Services - Gestion Dentaire 16, rue Théodore Blanc CS 61197 - 33040 BORDEAUX CEDEX
La Mutuelle des Etudiants (LMDE) Contrats « FORFAITS » et « OPTIMUM FORFAITS »	N° unique : 01 76 21 40 15 (prix appel local)
Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)	N° unique : 0 821 01 0601 (0,118 € ttc/min) (carte mutualiste portant la mention « CNSD »)
COMPLEMEN'TER (mutuelles MGEN-MNT-MGET)	N° unique : 0 821 011 000 (0,118 € ttc/min) Mut'Santé TSA 9200163 024 Clermont-Ferrand Cedex 2 (Voir la carte mutualiste du patient)

La Mutuelle Générale de l'Économie, 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