



# MFH +

## Formulaire à retourner à la MFH

Pour le remboursement du Forfait **MFH +**  
*(inclus dans votre Contrat Santé)*

Pour le remboursement de tout acte et/ou dépense de santé soumis à dépassement ou hors nomenclature, ou très peu remboursé par la sécurité sociale,

Vous bénéficiez du forfait **MFH +** à hauteur de **6 remboursements de 20 €**, soit **120 € / an**.

### Acte de santé concernant :

NOM : ..... Prénom : .....

N°SS : .....

Date de l'acte : ..... Montant de l'acte : .....

Dépassement d'honoraires : OUI  NON

*(si **OUI**, merci de joindre le décompte Sécurité Sociale)*

### Coordonnées du praticien :

Raison Sociale : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Tel : .....

N° ADELI : ..... @ : .....

### Cachet du praticien :

### À nous retourner :

MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS  
CHU GRENOBLE – CS 10217  
38043 GRENOBLE CEDEX 9  
☎ : 04 76 15 27 80 📠 : 04 76 15 27 79

**DOCUMENT TÉLÉCHARGEABLE sur [www.m-f-h.fr](http://www.m-f-h.fr)  
ou transmis sur simple demande auprès de votre Mutuelle**