



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
ou par mail à contact@m-f-h.fr

**DOCUMENT TÉLÉCHARGEABLE sur www.m-f-h.fr
ou transmis sur simple demande auprès de votre Mutuelle**