Edificio **MAPFRE**
297 calle César González, **San Juan** PR 00918-1739

PO Box 70297, **San Juan** PR 00936-8297

T 787.622.7780 **T** 1.888.835.3634 **F** 787.622.7775 **W** www.mapfre.pr

MAPFRE | SALUD

REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO)

Employee's Name *(Nombre del Empleado)*		**Contract Number** *(Número de Contrato)*	
Dependent's Name *(Nombre del Dependiente)*			
Employer's Name *(Nombre de su Patrono)*			

Policy No. *(Número de Póliza)*	**Diagnosis Code** *(Código del Diagnóstico)*	**Procedure Code** *(Código del Procedimiento)*

Service Rendered *(Servicio Ofrecido)*	

If it was an accident, please indicate. *(Si está relacionado con accidente favor indicar)*

How it happened? *(¿Cómo sucedió?)*

Date Fecha **(MM/DD/YYYY)**	**Where?** (¿Dónde?)

Is the claimant currently insured with another health plan? Which plan? *(¿Está el reclamante actualmente asegurado con otro plan? ¿Cuál plan?)*

If you answered No, please indicate date coverage terminated, _____.	***Si su respuesta fue No, favor de indicar fecha de* terminación de seguro, _____.**
IMPORTANT See Below / IMPORTANTE Ver Abajo:	*Don't answer if you have already provided this information.* *No complete la siguiente información si ya fue provista en otra ocasión.*

We are offering electronic fund transfers via ACH for your reimbursements. To offer this service you need to provide us with the following information: *(Estamos ofreciendo el pago directo por ACH para sus reembolsos, para ofrecerle este servicio es necesario que nos brinde las siguientes informaciones ;)*

Account Owner Name *(Nombre Dueño de la cuenta)*			
Routing Number *(Número de Ruta)*			
Account Number *(Número de Cuenta)*			
Bank Name *(Nombre de Banco)*			
Type of Account: Check *(Tipo de cuenta: Cheque)*		**Savings** *(Ahorros)*	
Home Phone Number *(Número de Teléfono Casa)*		**Cell Phone Number** *(Número de Celular)*	
Email *(Correo Electrónico)*			

Note: Please send a void check (optional) - *(Nota***:** *favor de enviar un cheque nulo - opcional)*

I give express permission to MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico (MAPFRE Life) to utilize ACH wire transfers for the reimbursement of claims. By signing and submitting this form, the Employee certifies the bank account information provided above is correct and agrees that is obligated to timely provide MAPFRE Life with any changes to its account information or other designations above. This authorization will be effective until further

Edificio **MAPFRE**
297 calle César González, **San Juan** PR 00918-1739

PO Box 70297, **San Juan** PR 00936-8297

T 787.622.7780 **T** 1.888.835.3634 **F** 787.622.7775 **W** www.mapfre.pr

MAPFRE | SALUD

written notice from the Employee, or another legally authorized representative, is received by MAPFRE Life. To correct any overpayments, I hereby authorize the reversal of any amounts deposited in error.

Please allow processing time for set up before ACH claim payments can begin.

Autorizo expresamente a MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico (MAPFRE Life) a utilizar transferencias electrónicas ACH para el reembolso de reclamaciones. Al firmar y enviar este formulario, el empleado certifica que la información de la cuenta bancaria proporcionada anteriormente es correcta y acepta su obligación de informar oportunamente a MAPFRE Life sobre cualquier cambio en la información de su cuenta u otras designaciones mencionadas anteriormente. Esta autorización será efectiva hasta que MAPFRE Life reciba nueva notificación por escrito del Empleado o de otro representante legalmente autorizado. Para corregir cualquier sobrepago, autorizo la reversión de cualquier monto depositado por error.

Por favor, espere un tiempo de procesamiento para la configuración antes de que puedan comenzar los pagos de reclamaciones ACH.

_____

Employee's Signature (Firma del Empleado)

Please Mail to: (*Favor enviar a:*)
MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico
P.O. Box 70297
San Juan, Puerto Rico 00936-8297

All claims should be submitted with original receipt, no copies will be accepted. Receipt must be pre-printed with provider's name, address and telephone number; do not include co-payment or deductible since it is the claimant's responsibility. Please submit separate claims per family member. Please keep a copy of your receipt for your record; originals will be kept by MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico. Please do not submit cancelled checks or account statements, please submit receipts on a monthly basis, or when the amount exceeds $100.00. Please complete all the information or your claim could be returned.

(Toda reclamación que se someta debe venir acompañada de recibo original, no se aceptaran copias. El recibo debe tener membrete médico con nombre del proveedor, dirección y teléfono. Favor de no incluir copago o deducible responsabilidad del reclamante. Favor someter una reclamación por cada miembro de la familia (por separado). Favor mantener copia de su recibo para su récord ya que los originales no serán devueltos. Favor de no someter cheques cancelados o estados de cuentas. Favor someter recibos mensualmente o cuando excedan la cantidad de $100.00. Favor completar todos los encasillados o su reclamación podría ser devuelta.)

FRAUD WARNING *(AVISO DE FRAUDE)*

Any person who knowingly and with the intention to commit fraud provides false information in an insurance application, or submits, helps or causes the submission of a fraudulent insurance claim for the payment of a loss or any other benefit, or submits more than one claim for the same damage or loss, will incur in a felony and, upon conviction thereof, shall be punished, for each violation, with a fine not less than five thousand (5,000) dollars, not greater than ten thousand (10,000) dollars, or imprisonment for a fixed term of three (3) years, or both penalties. If aggravating circumstances are present, the fixed penalty established could be increased up to a maximum of five (5) years; if attenuating circumstances are present, the penalty could be reduced to a minimum of two (2) years.

(Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude proporciona información falsa en una solicitud de seguro, o envía, ayuda o causa el envío de un reclamo de seguro fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o envía más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, una vez condenados, será castigado, por cada violación, con una multa de no menos de cinco mil (5,000) dólares, no más de diez mil (10,000) dólares o encarcelamiento por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. Si existen circunstancias agravantes, la multa fija establecida podría aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, la pena podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.)

Rev. 07/2025