

Para procesar su solicitud a tiempo:

información requerida no aparece en el recibo original de la farmacia.

- Se requiere recibo original de la farmacia.
- Se sugiere incluya copia de la receta para agilizar el proceso y complete la solicitud de reembolso de medicamentos.
- Puede utilizar más de una solicitud de reembolso en caso de ser necesario.
- **Recomendamos que la sección 2 y 3 sea completada por la farmacia, debido a que cierta**

Favor enviar toda la documentación a Triple-S Advantage, Inc. a la siguiente dirección:

Triple-S Advantage, Inc.
 Departamento de Farmacia
 PO Box 11320 San Juan, PR 00922
 Fax: 787-993-3262

Su solicitud será procesada dentro de 14 días calendario

Sección 1 – Información del Afiliado			
Nombre:		Número de Contrato:	
Fecha de Nacimiento:	____ / ____ / ____ (mm/dd/año)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono:
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____			
¿Tiene otro plan que cubra éste medicamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Si responde “si” por favor indique si es: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario	
Nombre del otro plan: _____		Número de contrato del otro Plan: _____	
Sección 2 – Información de la Farmacia			
Nombre:		Teléfono: _____ NPI#: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____			
Firma del Farmacéutico: _____			
Sección 3 – Información de los Medicamentos <i>(debe ser completada por la farmacia)</i>			
Medicamento #1 <input type="checkbox"/> Receta nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____		Medicamento #2 <input type="checkbox"/> Receta nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____	
Fecha de Servicio: ____/____/____		Fecha de Servicio: ____/____/____	
Fecha de Receta: ____/____/____		Fecha de Receta: ____/____/____	
Número de Receta		Número de Receta	
Cantidad Despachada		Cantidad Despachada	
Días de Suplido		Días de Suplido	
Nombre del Medicamento:		Nombre del Medicamento:	
Número de NDC:		Número de NDC:	
NPI o DEA del médico		NPI o DEA del médico	
Cantidad pagada por usted:		Cantidad pagada por usted:	
Cantidad pagada por otro plan:		Cantidad pagada por otro plan:	

Firma del Afiliado: _____

Fecha: _____

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Triple-S Advantage Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llamando al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Si desea información adicional, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Afiliado al 1-888-620-1919. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-620-2520. Estamos disponibles de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Service Center at 1-888-620-1919 for additional information. TTY/TTD users should call 1-866-620-2520. We are available from Monday to Sunday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés) y de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare, y con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG). La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.