

Para procesar su solicitud a tiempo:

- **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.
- **Recomendamos que la sección 2 y 3 sea completada por la farmacia, debido a que cierta información requerida no aparece en el recibo original de la farmacia.** Puede utilizar más de una solicitud de reembolso en caso de ser necesario.

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

Triple-S Advantage
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 Beneficiario

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"/> Yes <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 *(debe ser completada por la farmacia)*

Medicamento #1 <input type="checkbox"/> Receta nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ___ de ___	Medicamento #1 <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:
NO sustituir indicado por: _____	NO sustituir indicado por: _____
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:

Beneficiary Signature: _____ Date: _____