

Solicitud de Reembolso de Medicamentos

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

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 este medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si responde "sí" 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 #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 a base 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 cargos para usted. Llame 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).