

Bienvenido a Triple-S Salud

Para su conveniencia le ofrecemos las siguientes alternativas para efectuar su pago:

Pago Automático de Triple-S Salud ofrece una excelente alternativa para pagar mensualmente su factura de manera rápida y segura. Con este conveniente sistema, Triple-S Salud debita su prima del plan médico automáticamente de su cuenta de banco (cheque o ahorro) o tarjeta de crédito en la fecha acordada, eliminando retrasos del correo u otras razones que causan pagos tardíos. Para acogerse a Pago Automático debe completar la solicitud al dorso para disfrutar de este extraordinario método de pago.

Pagos a través del Portal de Triple-S

Puede efectuar sus pagos con Visa, MasterCard, ATH del BPPR y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro) a través de nuestra página de Internet en www.ssspr.com. También puede visitar nuestras oficinas regionales y centros de servicios y efectuar su pago en uno de nuestros Quioscos de servicio.

Pagos por Teléfono

Por teléfono llamando a **Telexpresso de Triple-S Salud al 787-774-6060**. Se acepta Visa, MasterCard, AMEX y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro).

Pagos por Correo

Para su conveniencia, puede realizar su pago mediante cheque o giro por correo a **Triple-S, Salud. PO Box 71548 San Juan, PR 00936-8648**. Siempre debe acompañar el cupón de pago correspondiente y escribir el número de contrato por el cual está pagando en el cheque o giro. No envíe efectivo.

Pagos en Sucursales

Puede realizar sus pagos en las sucursales de las siguientes instituciones bancarias alrededor de la Isla; **Banco Popular y Banco Santander**. Siempre debe presentar el cupón de pago correspondiente y escribir el número de contrato por el cual está pagando en el cheque o giro. Se permiten pagos en efectivos.

Banca por Internet / Telepago

Puede efectuar su pago utilizando los servicios que proveen las siguientes instituciones bancarias:

Recuerde debe registrarse con su banco antes de poder emitir su pago, para ello va a informar al banco su número de contrato el cual aparece en la parte inferior izquierda de su talonario de pago. También puede obtener su número de contrato de la tarjeta de identificación. Añada primero el número 100.

Banco Popular

Telebanco Popular
787-724-3650
www.bppr.com

Banco Santander

Pago Express
787-281-2000
www.santandernet.com

FirstBank

FirstLine
787-725-2511
www.firstbankpr.com

Oriental Group

Banca Telefónica
787-622-6800
www.OrientalOnline.com



Realice su **pago** con
mayor **comodidad**.



BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association

Información de: Asegurado(s) Grupo(s)

Nombre(s):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Número(s) de Contrato(s) o Grupo(s):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Teléfonos: Residencial (____) _____ - _____

Trabajo (____) _____ - _____ Correo Electrónico _____

Celular (____) _____ - _____

Información Bancaria: Cuenta de Cheque Cuenta de Ahorro

Nombre del Banco o Institución Financiera:

Número de Cuenta:

Nombre según aparece en el estado de cuenta del Banco:

Número de ruta y tránsito (ABA) (9 dígitos)

Elegir fecha de débito:

____ Débito entre los días 4 y 6 de cada mes (04)

____ Débito entre los días 19 y 21 de cada mes (19)

____ Débito entre los días 11 y 13 de cada mes (11)

____ Débito entre los días 27 y 29 de cada mes (27)*

*(NO DISPONIBLE PARA PÓLIZA GRUPAL)

Información Tarjeta de Crédito:



Número de Tarjeta:

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito:

Fecha de expiración: ____ / ____

Teléfonos:

CVV: _____

Residencial (____) _____ - _____

Dirección donde recibe el estado de cuenta de la Tarjeta:

Trabajo (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____

El cargo a la tarjeta de crédito se efectuará entre los días 1 y 10 de cada mes (10).

Nota importante: Si la cuenta de banco o tarjeta de crédito no está a nombre del asegurado, es el poseedor de la cuenta o tarjeta quien debe firmar esta autorización.

Términos Aplicables:

- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente o poseedor de la cuenta, quien concederá a Triple- S Salud y al Banco el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios, ser enviada por correo a Dirección postal: Triple-S Salud, Inc. Departamento de Enrollment P.O Box 363628 San Juan, PR 00936-3628. • Facsímil: 787-706-2833 • Correo electrónico: servicioalcliente@ssspr.com
- De haber un cambio de cuenta bancaria, tarjeta de crédito o fecha de expiración de la tarjeta, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático.
- Sus estados de cuenta serán el recibo de pago.
- Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Firma: _____

Fecha de Autorización: ____ / ____ / ____