

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS

NUMERO DE ESTUDIANTE: _____

HOJA DE INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO– Enviar antes del 14 de julio de 2023

I. INDICADOR DE SEGURO MÉDICO PARA EL **PRIMER SEMESTRE 2023-24**, indique si usted:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de Nacimiento _____ Pueblo y país: _____

1. Tengo Seguro Médico Privado vigente hasta el **12 DE ENERO DE 2024**, indique:

*Nombre del PLAN _____ Número de la PÓLIZA _____

(Si no indica estos datos, no se aceptará)

***INCLUYA CERTIFICADO DE CUBIERTA E INDIQUE SI ES PLAN VITAL: SSS Vital, MCS Vital, Humana Vital, etc.**

2. NO TENGO PLAN MÉDICO, ME ACOGERÉ AL DE LA UNIVERSIDAD. (Vigente hasta el día antes del comienzo de clases en **AGOSTO**).¹

INDIVIDUAL

ALTERNATIVA A: GENÉRICO CON \$8.00 DEDUCIBLE

- S = \$463 Básico + Farmacia
 T = \$487 Básico + Farmacia + Major Medical
 U = \$596 Básico + Farmacia + Dental
 V = \$619 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

ALTERNATIVA B: MEDICINA MARCA Y GENÉRICOS \$5.00 DEDUCIBLE

- W = \$1,083 Básico + Farmacia
 X = \$1,106 Básico + Farmacia + Major Medical
 Y = \$1,215 Básico + Farmacia + Dental
 Z = \$1,239 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

FAMILIAR: Sólo aplica al estudiante, conyugue e hijos, sujeto a verificación de SSS, requiere llenar formulario de beneficiaros

ALTERNATIVA A: GENÉRICO CON \$8.00 DEDUCIBLE

- A = \$1,032 Básico + Farmacia
 B = \$1,088 Básico + Farmacia + Major Medical
 C = \$1,264 Básico + Farmacia + Dental
 D = \$1,320 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

ALTERNATIVA B: MEDICINA MARCA Y GENÉRICOS \$5.00 DEDUCIBLE

- E = \$2,271 Básico + Farmacia
 F = \$2,327 Básico + Farmacia + Major Medical
 G = \$2,503 Básico + Farmacia + Dental
 H = \$2,559 Básico + Farmacia + Dental + Major

INSTRUCCIONES:

1. Todo estudiante deberá indicar la opción de Seguro Médico para el Primer Semestre 2023-24.

2. Si usted no somete la información solicitada, se le asignará el Plan Básico. Una vez pagado, el costo del Plan Médico **NO ES REEMBOLSABLE**.

3. ENVÍE EL FORMULARIO ACOMPLAÑADO DEL CERTIFICADO DE CUBIERTA DE SU SEGURO MÉDICO PRIVADO O VITAL EN PDF A LOS SIGUIENTES CORREOS: edmundojinera1@upr.edu y david.roman2@upr.edu antes del 14 de julio de 2023.

INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER VIOLACIÓN AL REGLAMENTO DE ESTUDIANTES.

COSTOS DEL PLAN SUJETO A CAMBIOS de acuerdo a la nueva Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible –PPACA–.

Firma: _____ Fecha: _____
