

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)**

**\* 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**).<sup>1</sup>

**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 beneficiarios**

**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 EN PDF A LOS SIGUIENTES CORREOS: [edmundolinera1@upr.edu](mailto:edmundolinera1@upr.edu) y [davidroman2@upr.edu](mailto:davidroman2@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: \_\_\_\_\_