

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RÍO PIEDRAS

NÚMERO DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

**HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL – ENTREGAR EN REGISTRADOR ANTES DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2023**

I. INDICADOR DE PLAN MÉDICO PARA EL **SEGUNDO SEMESTRE 2023-24** (Instrucciones al calce)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Pueblo, país o estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

1.  Tengo Plan Médico Privado o Plan Vital vigente hasta el **14 DE AGOSTO DE 2024** Favor indicar:

\* Nombre del PLAN \_\_\_\_\_ Número de la PÓLIZA \_\_\_\_\_  
(Si no indica estos datos, no se aceptará)

**\*FAVOR INDICAR SI ES PLAN VITAL. Ej: SSS Vital, 1st Medical 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 = \$649 Básico + Farmacia

T = \$681 Básico + Farmacia + Major Medical

U = \$834 Básico + Farmacia + Dental

V = \$867 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 = \$1,444 Básico + Farmacia

B = \$1,523 Básico + Farmacia + Major Medical

C = \$1,769 Básico + Farmacia + Dental

D = \$1,848 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

**ALTERNATIVA B: MEDICINA MARCA Y GENÉRICOS \$5.00 DEDUCIBLE**

W = \$1,516 Básico + Farmacia

X = \$1,549 Básico + Farmacia + Major Medical

Y = \$1,702 Básico + Farmacia + Dental

Z = \$1,734 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

**ALTERNATIVA B: MEDICINA MARCA Y GENÉRICOS \$5.00 DEDUCIBLE**

E = \$3,179 Básico + Farmacia

F = \$3,258 Básico + Farmacia + Major Medical

G = \$3,504 Básico + Farmacia + Dental

H = \$3,583 Básico + Farmacia + Dental + Major Medical

1. Todo estudiante deberá indicar la opción de Plan Médico para el Segundo 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.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **COSTOS DEL PLAN SUJETO A CAMBIOS** de acuerdo a la nueva Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible –PPACA-.

ENVÍE A LOS SIGUIENTES CORREOS ELECTRÓNICOS: [edmundo.linera1@upr.edu](mailto:edmundo.linera1@upr.edu) y [david.roman2@upr.edu](mailto:david.roman2@upr.edu) .