

NOTA: ENVIAR ESTE DOCUMENTO COMPLETADO A: planmedico.rrp@upr.edu

Universidad de Puerto Rico
Recinto: Río Piedras
Departamento de Servicios Médicos

**Solicitud para activación del Plan Medico
Año Académico 2024-2025**

Fecha: _____

A: Sr. Jose O. Rosa
Email: joserosa@ssspr.com
Fax: (787) 774-6086

De: Carmen N. Heredia Marcano, Oficial Ejecutivo
carmen.heredia1@upr.edu

Teléfono del Recinto: 787-764-0000 exts. 86562 y 86563.

Favor de completar todos los espacios de su información personal, si no aplica debe poner n/a.
(Please complete all the spaces of your personal information, write N/A if something does not apply.)

Nombre del estudiante: _____

Dirección Postal: _____

_____ **Zip code** _____

Teléfono del estudiante: _____ **Género** _____ **F** _____ **M**

Núm. de Estudiante: _____

Núm. Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Fecha de nacimiento** _____
Mes / día / año

Contrato nuevo: / ___ / Si / ___ / No (si es no indicar núm. de contrato) _____

Tipo contrato: () Individual () Familiar

Cubiertas seleccionadas: **Cubierta básica Alternativa A** / ___ /
Cubierta básica Alternativa B / ___ /

Cubiertas Opcionales:
Dental / ___ / **Major Medical** / ___ / **Farmacia** / ___ /

Nota: Debe llenar todos los espacios. Si no aplica debe indicar N/A. La información tiene que estar legible. Si no se cumple con estos requisitos, no se puede procesar la activación. Debe tener la firma de la persona representante del Recinto o el sello oficial del Recinto.