

INSTRUCCIONES PARA ACTIVAR
PLAN MÉDICO FAMILIAR

1. Llenar los siguientes documentos: (Solicitud para activación y cambios del Plan Médico y Solicitud de Ingreso de Estudiantes). Ver anejo. Para llenar la Solicitud de Ingreso debe tener:
 - a. Nombres completos de esposo(a) e hijos.
 - b. Números de seguro social
 - c. Copia certificado de Matrimonio
 - d. Copia certificado de nacimiento de cada hijo.
2. Copia de la evidencia de pago de la Oficina de Recaudaciones en dónde indique la cantidad que pagó por el plan médico y las cubiertas. Este documento debe tener el sello Oficial de la Oficina de Recaudaciones.
3. Enviar toda la documentación a Triple S por fax (787) 625-8468 o correo electrónico: evrodri@ssspr.com o evacolon@ssspr.com.
4. Llamar al representante al (787) 774-6072, 764-8405 para verificar si llegaron los documentos e informarse del tiempo que tardará la certificación del plan médico por fax. Las tarjetas del plan llegarán por correo a la dirección provista por el estudiante.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

SOLICITUD PARA ACTIVACIÓN Y CAMBIOS DEL PLAN MÉDICO

FECHA: _____

A: Sra. Evelyn Rodríguez Tel. (787) 764-8405 FAX (787) 625-8468
Email: evrodri@ssspr.com

Sra. Evarista Colón
Email: evacolon@ssspr.com

DE: Recinto de Ciencias Médicas
Servicios Médicos a Estudiantes Fax.(787) 766-0122 Tel. (787) 758-2525 EXT. 1216, 1215
Entidad que envía el fax

Nombre del estudiante: _____

Dirección Postal: _____

Zip Code _____

Teléfono del estudiante () _____ Género _____ F _____ M

Número de Estudiante: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ correo electrónico: _____
Mes en palabras Día Año

Contrato nuevo / _____ / Si / _____ / No (indicar núm. de contrato) _____
Correo electrónico: _____

Tipo de contrato: () **Individual** () **Familiar**
() Opción A () Opción A
() Opción B () Opción B

Cubiertas seleccionadas: Major Medical / _____ / Dental / _____ /

Nota: Debe llenar todos los espacios señalados, de no aplicar, favor de indicar N/A. La información tiene que estar legible, si no se cumple con estos requisitos no se puede trabajar el contrato. **Adjunte programa de clases** en donde evidencie el **pago del plan médico con el sello de la Oficina de Recaudaciones.**

