

## INSTRUCCIONES PARA ACTIVAR PLAN MÉDICO INDIVIDUAL

1. Llenar en su totalidad el Formulario de Activación y Cambios del Plan Médico (ver documento adjunto).
2. Adjuntar evidencia de pago (formulario o programa de clases donde indique que usted pagó el plan médico y que cubierta(s) pagó. El documento debe tener el sello de la Oficina de Recaudaciones del Recinto de Ciencias Médicas.
3. Enviar ambos documentos (Solicitud de Activación y Evidencia de Pago) vía fax o correo electrónico a la Sra. Evelyn Rodríguez (evrodri@ssspr.com) o a la Sra. Evarista Colón (evacolon@ssspr.com) También puede utilizar el fax (787) 625-8468.
4. Llamar a la Sra. Evelyn Rodríguez, Sra. Evarista Colón o su representante al (787) 774-6072 o 764-8405 para confirmar que llegó el fax y contestar dudas que tuviera la persona al recibir el documento. La representante le indicará cuándo enviará la certificación y cuánto tiempo demorará la misma.

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](mailto:evrodri@ssspr.com)

Sra. Evarista Colón  
Email: [evacolon@ssspr.com](mailto: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.