

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
Oficina de Servicios Médicos
INDICADOR DE PLAN MÉDICO INDIVIDUAL

Primer Semestre _____

Número de Estudiante _____

Segundo Semestre _____

--	--	--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre – Inicial

Tengo Plan Médico Sí No

Nombre del Plan: _____

Número del Plan: _____

Fecha de Expiración: _____

Me acogeré al Plan Médico Estudiantil de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo

Cubierta con Medicamentos Genéricos - \$8 deducible	Cubierta con Medicamentos de Marcas - \$5 deducible
S Cubierta Básica \$ _____	W Cubierta Básica con Farmacia \$ _____
T Cubierta Básica con Major Medical \$ _____	X Cubierta Básica con Farmacia y Major Medical \$ _____
U Cubierta Básica con Dental \$ _____	Y Cubierta Básica con Farmacia y Dental \$ _____
V Cubierta Básica con Dental y Major Medical \$ _____	Z Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Major Medical \$ _____

 Fecha

 Firma del Estudiante