

INSTRUCCIONES

Agradeceremos lea la información que aplica a su categoría y complete todos los encasillados requeridos. No escriba en el área de uso oficial.

Solicitud de Ingreso

Si solicita admisión bajo la clasificación de **Socio Integral** marque con una **X** el encasillado de **Socio Integral** (ver definición)

- Maestros socios de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (AMPR) y sus familiares.
- Personal no docente del sistema educativo público, privado y sus familiares.

Para efectos del reglamento, bajo la categoría de Socio Integral pueden ingresar los siguientes dependientes*:

*Si los dependientes no vienen de otro plan médico al momento de ingresar, deben cumplir con los requisitos de elegibilidad.

- **Dependientes Directo:** Cónyuge e hijos solteros hasta los 25 años si son estudiantes a tiempo completo (9 créditos o más) y nietos dependientes del socio hasta los 21 años (presentar evidencia).
- **Dependientes Opcionales:** Hijos casados y su grupo familiar, hijos de 18 años o más que no estén estudiando, padre y madre del socio principal.

Si solicita admisión bajo la clasificación de **Socio Especial Afiliado** marque con una **X** el encasillado de **Socio Especial Afiliado** (ver definición)

- Los empleados públicos que laboran en agencias o sistemas de retiro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus dependencias e instrumentalidades, los municipios y los empleados de organizaciones y la organización sin fines de lucro cuyos fines y propósitos sean cónsonos con los fines y propósitos de la AMPR.

Para efectos del reglamento, en la categoría de Socio Especial Afiliado pueden ingresar los siguientes dependientes

- **Dependientes Directo:** Cónyuge e hijos solteros hasta los 25 años, si son estudiantes a tiempo completo (9 créditos o más). Presentar evidencia.
- **Dependientes Opcionales:** Padre y madre del socio principal.

*Si el socio o sus dependientes no vienen de otro plan médico al momento de ingresar, deben cumplir con los requisitos de elegibilidad.

Nombre del Socio Principal y Número de Seguro Social: El asegurado principal debe escribir su nombre completo y número de seguro social. Escriba toda la información personal solicitada.

Patrono: Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja e indique con una X los encasillados que apliquen. Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero si a suscribirse al plan.

Cubiertas: Seleccione con una X la cubierta deseada:

Cubierta Regular – Incluye dental, farmacia 9.1 (medicamentos bioequivalentes), Visión y Seguro de Vida (para el socio principal) tanto para el Socio Integral como el Socio Especial Afiliado.

Farmacia y Servicios (Opcionales)

El socio principal puede escoger Farmacia 9.2 (medicamentos de marca) y el servicio de PAE. La cubierta de Farmacia y Visión de los dependientes directos deberá ser la misma que la del socio principal, excepto PAE.

Para los dependientes opcionales puede escoger entre Farmacia 9.1, Farmacia 9.2 y la cubierta de Visión.

Firme la solicitud y escriba la **fecha en que entregó la solicitud**.

Asegúrese de que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.

Retenga la segunda hoja de solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a la oficina de admisiones o PROSSAM. El Socio Especial Afiliado debe tramitar la autorización de la agencia a través de la oficina de Recursos Humanos de la agencia u organización para la cual trabaja.

Uso oficial

Agencia				
Fecha efectividad (mes/año)				

Descuento verificado	
Ley 95	
Total	
Verificado por:	

Descuentos

Cuota socio	
Cuota pareja	
Cuota familiar	
Farmacia 9.1	
Farmacia 9.2	
Visión	
PAE	
Medicare Advantage	
Plan D de Medicare	
Plan de Pago	
Total de Pago	
Total de Descuento	