



Renovación Solicitud Nueva

ASOCIACIÓN DE MAESTROS DE PUERTO RICO  
PO BOX 191088 SAN JUAN, PR 00919-1088  
Teléfono (787) 767-2020 / www.prossam.org

Recomendado por  
(nombre con dos apellidos)

Núm. Socio(a)

CUBIERTAS: ULTRA MAX FIT Complementario Dental Visión

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Seguro Social (9 dígitos)	Fecha Nacimiento / / (Día/Mes/Año)

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_F \_\_\_M Estado Civil: \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Casado(a)

¿Tiene otro seguro médico? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha Expiración: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Incluya evidencia)

¿Tiene Medicare? \_\_\_ Si \_\_\_ No HOSPITAL (Parte A) \_\_\_\_\_ MEDICO (Parte B) \_\_\_\_\_

Participantes de Prossam Complementario no tienen cubierta de farmacia; Dental y Visión tienen costo adicional.

Dirección Postal			Dirección Residencial		
Urbanización / Condominio / PO Box / HC / RR			Urbanización / Condominio		
núm. casa	Calle/Ave.	número apartamento	núm. casa	Calle/Ave.	número apartamento
Pueblo	País	Código Postal	Pueblo	País	Código Postal

Nombre Agencia	Escuela o Lugar de Trabajo	Municipio	Posición	Nivel Enseña*	Junta Local*

Estatus: \_\_\_ Permanente \_\_\_ Probatorio \_\_\_ Transitorio (un año contrato) \_\_\_ Transitorio (menos de 6 meses)\*\*  
\*Solamente Maestros. \*\*Debe acompañar la solicitud con una orden de descuento de cuenta bancaria.

**GRUPO DE FAMILIARES DIRECTOS**

Parentesco	Nombre del Familiar Apellido Paterno / Materno / Nombre / Inicial	Seguro Social (9 dígitos)	Fecha Nacimiento (día/mes/año)	Sexo F/M	Uso Oficial de Admisiones		
					Sufijo	Plan Code	Optionals

**FAMILIARES COLATERALES (padre y/o madre del socio principal)**

Parentesco	Nombre del Familiar Apellido Paterno / Materno / Nombre / Inicial	Seguro Social (9 dígitos)	Fecha Nacimiento (día/mes/año)	Sexo F/M	Uso Oficial de Admisiones		
					Sufijo	Plan Code	Optionals
Padre							
Madre							

Tarifa es Individual: Cubierta Dental y/o Visión para Familiares Colaterales Tiene costo adicional mensual según cubierta escogida.  
Padre ULTRA MAX FIT Dental Visión Medicare Part. A \_\_\_\_\_ Part. B \_\_\_\_\_ Complementario  
Madre ULTRA MAX FIT Dental Visión Medicare Part. A \_\_\_\_\_ Part. B \_\_\_\_\_ Complementario

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a la AMPR para que la misma sea verificada y a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del programa. Autorizo además, a la divulgación de la información médica de ser necesario, bajo la ley que protege la privacidad y confidencialidad de la información de salud del paciente conforme lo establecido por la ley HIPAA. Entiendo que el ingreso y los servicios provistos bajo el programa están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en el reglamento.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Socio(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

----- **USO OFICIAL** ----- **Descuentos**

Núm. Socio: \_\_\_\_\_  
 Grupo: \_\_\_\_\_ Plan Code: \_\_\_\_\_  
 Agencia: \_\_\_\_\_ Optionals: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_  
 Dept. \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Mes a Descontar: \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

Tarifa Cubierta Médica	
Tarifa Complementaria	
Plan de Pago	
Tarifa Colateral Padre y Madre	
Dental / Visión Colaterales	
Total de Pago	
- Aportación Patronal	
<b>Total de Descuento</b>	