

Renovación Solicitud Nueva

### SOLICITUD GRUPO OPCIONAL



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)

CUBIERTAS: ULTRA MAX FIT Complementario Dental Visión

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

#### NOMBRE DEL PRINCIPAL DEL PLAN

Nombre:	Número de Contrato:
---------	---------------------

#### INFORMACIÓN PERSONAL DEL FAMILIAR OPCIONAL

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	Pais	Código Postal	Pueblo	Pais	Código Postal

#### 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

#### AUTORIZACIÓN DE DÉBITO A CUENTA DE CHEQUE Y/O AHORRO

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Número ruta y tránsito: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta:(seleccione una) \_\_\_\_\_ Cheque: \_\_\_\_\_ Ahorro: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Asociación de Maestros de Puerto Rico a debitar de mi cuenta de banco que ha sido especificada en este formulario la cantidad del pago total de mi cuenta. La mencionada cuenta está registrada a mi nombre en el Banco \_\_\_\_\_, esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo notifique por escrito la cancelación de la misma o la Asociación de Maestros notifique que el servicio ha cesado. Estoy de acuerdo en proveer un periodo de tiempo razonable previo a la ejecución de mis instrucciones.

Cantidad a debitar: \_\_\_\_\_ Mes a comenzar a debitar: \_\_\_\_\_

Número de Batch: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

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

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

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

SOLICITUD DE INGRESO: \_\_\_Añadir Dependientes