

**FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL CERTIFICADO DE FACTURACIÓN MÉDICA**

**Año Académico:** 20\_\_ - 20\_\_ **Periodo:** Enero – Junio \_\_\_\_\_ Julio – Diciembre \_\_\_\_\_

**I. Datos Personales**

**Primer Apellido:** \_\_\_\_\_ **Segundo Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial:** \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **(Requisito en caso de reembolso)**

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Lugar de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** Celular: \_\_\_\_\_ **Residencia:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**II. Empleado o Ex-Alumno de UPR CAROLINA**

**Empleado** **Oficina:** \_\_\_\_\_ **(20% de descuento)**

**Alumno o Exalumno** **Número de Estudiante:** \_\_\_\_\_ **(10% de descuento)**

Para evidenciar que es empleado o estudiante, debe proveer tarjeta de identificación de la institución o programa de clases (estudiantes)

**IV. Firmas**

Certifico que todo lo arriba expuesto es correcto

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del director DECEP o representante:** \_\_\_\_\_

**LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA USO OFICIAL. FAVOR DE NO LLENAR**

Pago Efectuado	Fecha del pago	Forma de Pago						Balance Pendiente	Número de Recibo	Firma del Recaudador
		Efectivo	ATH	VISA	Master Card	American Express	Giro Postal			

Costo de matrícula: \$800.00

Descuento (si aplica): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

### INICIO Y CANCELACIÓN DEL CERTIFICADO

- Iniciarán una vez se alcance el mínimo de matrícula que se requiere para su ofrecimiento. Nos reservamos el derecho de cancelar el ofrecimiento del certificado que no reúna el mínimo de la matrícula requerida.

### CERTIFICADO DEL CURSO

- El estudiante debe cumplir mínimo un 70% de asistencia al curso para recibir su certificado.
- En el caso de cursos que lo ameriten, el estudiante debe completar a tiempo los trabajos que solicite el profesor como parte de los requisitos del curso, ya sean asignaciones, trabajos especiales o trabajos en la sala de clases para recibir su certificación. El profesor tiene la capacidad de determinar si usted reúne los requisitos pertinentes para la otorgación del certificado.

### POLÍTICA DE PAGOS, BAJAS Y REEMBOLSO

- Para darse de baja de un curso, el estudiante deberá radicar oficialmente una solicitud de baja en la oficina de la DECEP.
- La cantidad que se reembolsará del pago de matrícula efectuado estará determinada por la fecha de solicitud de baja, de acuerdo a las siguientes normas:
  - 100% para aquellos estudiantes matriculados en cursos que sean cancelados por no tener la matrícula requerida para su ofrecimiento.
  - 80% para aquellos estudiantes que se den de baja una semana o más antes de la fecha de comienzo.
  - Ningún estudiante tendrá derecho a reembolso si se da de baja después de la fecha de inicio del curso.
  - Todo estudiante que se acoja a plan de pago deberá pagarlo en su totalidad aunque no finalice los programas.
- El reembolso requiere un trámite administrativo que conlleva un tiempo aproximado de 45 días laborables, para luego proceder con el envío por correo de la devolución.
- No se otorgan créditos a tarjetas de créditos ni devoluciones en efectivo en el caso de que el estudiante se dé de baja de un curso y cualifique para reembolso. Las devoluciones se efectúan mediante cheque a favor de la persona matriculada.

### DESGLOSE DE PAGOS DE MATRÍCULA PARA EL CERTIFICADO PROFESIONAL EN FACTURACIÓN MÉDICA

- El plan de pago consiste en 1 pago de \$270.00 Y 2 pagos de \$265.00 (Total de \$800.00)
- Si el participante de la certificación es un estudiante o exalumno de UPR Carolina (10% de descuento) su plan de pago será de 3 pagos de \$240.00 (Total de \$720.00)
- Si el participante de la certificación es un empleado de la UPR Carolina (20% de descuento) su plan de pago será de 1 pago de \$220.00 y 2 pagos de \$210.00 (Total de \$640.00)

**Nota:** Si el estudiante se acoge al plan de pago debe cumplir con las fechas establecidas. Se le dará al participante hasta tres días luego de las fechas estipuladas para efectuar el pago de los plazos. De no recibir cada pago a tiempo no podrá seguir asistiendo a clases.

Certifico que he leído este documento en todas sus partes y que estoy de acuerdo con todo lo expuesto en el mismo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO****I. Información del Curso**

Título del Curso: \_\_\_\_\_ Costo: \_\_\_\_\_

Días: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

**IV. Análisis y pago de matrícula** Visa                       Master Card                       American Express                       Discover

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Exp: \_\_\_\_\_

Total que autorizo a descontar de la tarjeta de crédito: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del tenedor de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Facturar a agencia/compañía  **(debe incluir carta de compromiso de pago de la agencia/compañía)**

Nombre de la agencia/compañía a facturar: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE****Debe de enviar esta hoja junto al formulario de matrícula. De igual forma debe hacernos llegar copia de su identificación y de la tarjeta de crédito a alguna de estas opciones:**

- Fax – 787-752-2235
- Correo electrónico – [decep.carolina@upr.edu](mailto:decep.carolina@upr.edu)

**Para nosotros es importante su seguridad, es por esto que una vez tramitemos su pago esta información será triturada o borrada de nuestros archivos o datos.****Para cualquier pregunta puedes comunicarte al 787-257-0000 ext. 4664 o 4612.**