

Los regentes de la Universidad de California

Cobertura voluntaria de
indemnización hospitalaria



AVISO PARA LOS RESIDENTES DE TEXAS

Have a complaint or need help?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

The Prudential Insurance Company of America

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: Prudential Life Claim Division

Toll-free: 1-855-483-1438

Mail: P.O. Box 8517, Philadelphia, PA 19176

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call with a question: 1-800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

The Prudential Insurance Company of America

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Prudential Life Claim Division

Teléfono gratuito: 1-855-483-1438

Dirección postal: P.O. Box 8517, Philadelphia, PA 19176

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Aviso de divulgación

PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS

Oficina de servicio al cliente de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
Customer Services Department
Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035

Teléfono: 855-483-1438

Si Prudential no le proporciona un servicio razonable y adecuado, puede comunicarse con:

Arkansas Insurance Department
Consumer Services Division
1200 West Third Street
Little Rock, Arkansas 72201-1904
1-800-852-5494

PARA RESIDENTES DE ARIZONA

Aviso: Es posible que este certificado de seguro no proporcione todos los beneficios y protecciones proporcionados por la ley en Arizona. Lea este certificado cuidadosamente.

PARA LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA

Este es un complemento del seguro de salud. No es un sustituto de los beneficios esenciales de salud o de la cobertura esencial mínima, tal como lo establece la ley federal.

PARA LOS RESIDENTES DE COLORADO

ESTE ES UN PLAN COMPLEMENTARIO QUE NO ESTÁ PENSADO PARA PROPORCIONAR LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA REQUERIDA POR LA LEY DE ATENCIÓN ACCESIBLE (ACA). EXCEPTO QUE TENGA OTRO PLAN (COMO UNA COBERTURA MÉDICA MAYOR) QUE LE PROPORCIONE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA DE ACUERDO CON LA ACA, PUEDE ESTAR SUJETO A UNA SANCIÓN IMPOSITIVA FEDERAL. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTE PLAN NO PUEDEN COORDINARSE CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. REVISE CUIDADOSAMENTE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTE PLAN PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LA COBERTURA.

PARA LOS RESIDENTES DE FLORIDA

Los beneficios de la póliza que le proporciona cobertura se rigen por la ley de un estado que no es Florida.

PARA LOS RESIDENTES DE IDAHO

Si necesita ayuda de la agencia gubernamental que regula el negocio de los seguros, puede comunicarse con el Departamento de seguros de Idaho:

Idaho Department of Insurance
Consumer Affairs
700 W State Street, 3rd Floor
PO Box 83720
Boise ID 83720-0043

1-800-721-3272 o 208-334-4250 o www.DOI.Idaho.gov

PARA LOS RESIDENTES DE INDIANA

Las preguntas que tuviera sobre su póliza o cobertura, deben dirigirse

**a: The Prudential Insurance Company of America
855-483-1438**

Si (a) necesita ayuda de la agencia gubernamental que regula los seguros o (b) tiene una queja que no ha podido resolver con su aseguradora, puede comunicarse con el Departamento de seguros por correo postal, teléfono o correo electrónico:

State of Indiana Department of Insurance
Consumer Services Division
311 West Washington Street, Suite 300
Indianapolis, Indiana 46204

Línea directa para consumidores: (800) 622-4461; (317) 232-

2395 Las quejas se pueden presentar en forma electrónica en

www.in.gov/idoi.

PARA LOS RESIDENTES DE MARYLAND:

El contrato de seguro grupal que proporciona cobertura con este certificado fue emitido en una jurisdicción que no es Maryland y es posible que no proporcione todos los beneficios exigidos por la ley de Maryland.

PARA LOS RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE:

Aviso: Este certificado de seguro proporciona todos los beneficios que exige el Código de seguros de Carolina del Norte, pero está emitido bajo una póliza grupal maestra ubicada en otro estado y es posible que no se rija por las leyes de ese estado.

PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

NOTIFICACIÓN AL CONSUMIDOR: Este es un plan de salud con beneficios limitados. Los beneficios proporcionados son complementarios y no sustituyen la cobertura médica mayor, incluso si se combina con otros planes. Para solicitar un plan médico mayor individual o para un grupo pequeño, visite el sitio web de New Mexico

Health Insurance Exchange en www.bewellnm.com o llame al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

PARA LOS RESIDENTES DE OKLAHOMA

Aviso: Los certificados emitidos para entregar en Oklahoma están regidos por el certificado y las leyes de Oklahoma y no por el estado en que se emitió la póliza maestra.

PARA LOS RESIDENTES DE TEXAS

LA PÓLIZA DE SEGURO BAJO LA CUAL SE EMITIÓ ESTE CERTIFICADO, NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES. LE SUGERIMOS QUE CONSULTE A SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI ESTE ESTÁ SUSCRITO AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES.

PARA LOS RESIDENTES DE WISCONSIN

GUARDE ESTE AVISO JUNTO CON SUS PAPELES DEL SEGURO

¿Tiene problemas con su seguro? - Si tiene problemas con su compañía de seguros o agente, no dude en comunicarse con la compañía de seguros o el agente para resolver su problema.

Oficina de servicio al cliente de Prudential:

**Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035
855-483-1438**

También puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, una agencia estatal encargada de hacer cumplir las leyes sobre seguros de Wisconsin y presentar una queja. Puede presentar una queja en forma electrónica ante la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** en su sitio web <http://oci.wi.gov/>, o comunicándose con la:

Office of the Commissioner of Insurance
Complaints Department
P.O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873
1-800-236-8517
608-266-0103

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Certificado de cobertura

Prudential certifica que el seguro se proporciona de acuerdo con los contratos grupales para cada empleado asegurado. El programa de beneficios de su cuadernillo muestra al titular del contrato y los números de los contratos grupales.

Empleado asegurado: Usted es elegible para quedar asegurado bajo el contrato grupal si está en las clases cubiertas por el programa de beneficios del cuadernillo y cumple con los requisitos de la sección del cuadernillo Quién es elegible. La sección del cuadernillo Cuándo queda asegurado explica cómo y cuándo usted puede quedar asegurado con cada cobertura. Su seguro finalizará cuando disponen las reglas de la sección "Cuándo finaliza su seguro". Su cuadernillo y este certificado de cobertura juntos forman el certificado de su seguro grupal.

Cobertura y montos: En el cuadernillo se describe la cobertura disponible y los montos del seguro.

Si usted está asegurado, su cuadernillo y este certificado de cobertura forman su certificado del seguro grupal. Juntos, reemplazan a todos los cuadernillos y certificados anteriores emitidos a su nombre por la cobertura que aparece en el programa de beneficios del cuadernillo. Todos los beneficios están sujetos en todos los aspectos al contrato grupal completo, lo que incluye el certificado del seguro grupal.

Renovación. No se garantiza que el certificado sea renovable. Prudential o el titular del contrato pueden dar de baja el contrato grupal en cualquier momento. Sin embargo, mientras esta cobertura esté vigente, no cambiaremos ninguna disposición del certificado, excepto por las tarifas de la prima, que las podemos cambiar por clase para todos los asegurados en su estado, cubiertos por este formulario. En lugar de cambiar las tarifas de la prima, podemos cambiar definiciones para todos los asegurados en su estado, cubiertos por este formulario. Todos los cambios de tarifas o de definiciones serán aprobados primero por la autoridad correspondiente del estado.

Derecho a examinar este certificado de seguro grupal: Puede devolver este certificado de seguro grupal a Prudential, por cualquier motivo, dentro de los 31 días de haberlo recibido. Si lo devuelve dentro de este plazo, el seguro será nulo en la fecha en que, de otro modo, entraría en vigencia y Prudential reembolsará sus aportes, si los hubiera.

Dirección de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
751 Broad Street
Newark, New Jersey 07102

ESTE CERTIFICADO NO ES UN CERTIFICADO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía del seguro de salud para las personas con Medicare, que está disponible en la empresa.

Este es un complemento del seguro de salud. No es un sustituto de los beneficios esenciales de salud o de la cobertura esencial mínima, tal como lo establece la ley federal.

ESTE CERTIFICADO NO ES UNA COBERTURA MÉDICA NO proporciona ningún tipo de cobertura médica y no sustituye la cobertura médica o el seguro por incapacidad.

El contrato grupal proporciona ÚNICAMENTE cobertura de indemnización hospitalaria.

COBERTURA VOLUNTARIA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Mensaje de bienvenida

Nos complace entregarle este cuadernillo. Describe el programa de beneficios que hemos organizado para usted y lo que usted tiene que hacer para estar cubierto por estos beneficios.

Creemos que este programa proporciona protección valiosa para usted y su familia.

Lea este cuadernillo cuidadosamente. Estaremos encantados de responder las preguntas que tenga sobre el programa.

AVISO IMPORTANTE: *Este cuadernillo es un documento importante y debería guardarlo en un lugar seguro. Este cuadernillo y el certificado de cobertura incluido en el mismo forman juntos el certificado de su seguro grupal.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE CIERTOS ESTADOS: *Hay requisitos específicos de cada estado que pueden cambiar las disposiciones de la cobertura, incluidas en este certificado de seguro grupal. Si vive en un estado con este tipo de requisitos, estos se aplicarán a su cobertura y forman parte del certificado del seguro grupal.*

Si desea recibir una copia impresa de estos requisitos o tiene alguna pregunta, llame a Prudential al 1-855-483-1438.

ÍNDICE

PROGRAMA DE BENEFICIOS	11
DEFINICIONES GENERALES.....	13
DEFINICIONES DE BENEFICIOS.....	18
DEFINICIONES DE BENEFICIOS - BENEFICIOS PRINCIPALES.....	18
QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SER ASEGURADO	21
CUÁNDO QUEDA ASEGURADO.....	24
DEMORA DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	25
CUÁNDO FINALIZA SU SEGURO	26
INFORMACIÓN GENERAL	30
EXCLUSIONES.....	33
DOCUMENTO PDF INSERTADO 1	35
DOCUMENTO PDF INSERTADO 2	40

Programa de beneficios

Clases cubiertas: Las "Clases cubiertas" son los siguientes empleados del titular del contrato (y sus compañías asociadas): Todos los empleados activos de tiempo completo.

Fecha del programa: 1 de enero de 2026 Este cuadernillo describe los beneficios que cubre este programa grupal a partir de la fecha del programa.

- Este cuadernillo y el certificado de cobertura juntos forman el certificado de su seguro grupal. La cobertura descrita en este cuadernillo está asegurada bajo un contrato grupal emitido por Prudential. Todos los beneficios están sujetos en todos los aspectos al contrato grupal completo, lo que incluye el certificado del seguro grupal. En sí mismo forma el contrato bajo el cual se realiza el pago del seguro.

Este cuadernillo describe todas las opciones disponibles bajo el contrato grupal.

COBERTURA VOLUNTARIA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Los siguientes ítems son solo puntos destacados de su cobertura. Para obtener una descripción completa, lea este certificado del seguro grupal en su totalidad.

El monto del seguro es el monto de su tipo de beneficio. Puede inscribirse en el plan que se muestra a continuación. Si elige el monto del seguro o si tiene opciones entre las cuales elegir, el monto por el que se inscriba quedará registrado por su empleador y será informado a Prudential.

Clase de beneficio

Todos los empleados

Para su cónyuge o pareja doméstica

Para sus hijos

Beneficio principal

Monto asegurado

Beneficio diario por internación hospitalaria:

Monto del beneficio diario	\$200.00
Beneficio máximo	10 veces por año calendario

Admisión en el hospital:

Beneficio diario	\$1,200
Beneficio máximo	10 veces por año calendario

Beneficio por admisión en la UCI:

Monto del beneficio diario	\$1,200
Beneficio máximo	10 veces por año calendario

Beneficio por estadía en la unidad de cuidados intensivos:

Monto del beneficio diario	\$400.00
Beneficio máximo	10 veces por año calendario

OTRA INFORMACIÓN

Titular del contrato: LOS REGENTES DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

Contrato grupal N.º: HG-97000-CA

Compañías asociadas: Las compañías asociadas son empleadores que son subsidiarias o filiales del titular del contrato y que se informan a Prudential por escrito para ser incluidas en el contrato grupal, siempre que Prudential haya aprobado dicha solicitud.

Aniversario del contrato: 1 de enero de cada año, comenzando en 2026.

Costo del seguro: El seguro de este cuadernillo es un seguro contributivo. Se le informará el monto de su contribución cuando se inscriba.

Dirección de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
213 Washington Street
Newark, NJ 07102

CUANDO TIENE UNA RECLAMACIÓN

Cada vez que se presenta una reclamación, debe hacerse sin demora. Use un formulario de reclamación y siga las instrucciones que aparecen en el mismo.

Si no tiene un formulario de reclamación, comuníquese con su empleador. Remítase a las Reglas para reclamaciones para obtener todos los detalles respecto de qué debe hacer cuando tiene una reclamación.

Definiciones generales

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Algunos de los términos usados en esta cobertura.

Requisito de actividad laboral: es el requisito de que esté trabajando a tiempo completo en el lugar de actividad del empleador o en cualquier otro lugar al que la actividad del empleador requiere que usted vaya. Se considera que está en actividad laboral durante las vacaciones normales, si estuvo en actividad laboral en su último día de trabajo habitual programado.

Período de inscripción anual: Hay un período cada año durante el cual se puede inscribir en una cobertura o solicitar un cambio de cobertura para el siguiente año calendario. El titular del contrato le notificará cuándo comienza y cuándo termina este período de inscripción anual.

Año calendario: es un año que comienza el 1 de enero.

Complicaciones del embarazo: es una afección, si el embarazo no se interrumpe, cuyo diagnóstico es distinto del de embarazo, pero lo afectó de manera adversa o fue causada por el embarazo. Las complicaciones del embarazo incluyen, entre otras, cesárea no electiva, finalización de un embarazo ectópico, aborto espontáneo que ocurre durante un período de gestación en el que es imposible un nacimiento viable, nefritis o nefrosis aguda, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable. No incluye trabajo de parto falso, manchado ocasional, náuseas matutinas, descanso indicado por el médico, hiperemesis gravidarum, preeclampsia o cualquier otra afección asociada al manejo de un embarazo difícil, que no consiste de una complicación nosológicamente distinta.

Internado o internación La asignación a una cama como paciente internado en un hospital (incluida la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital) por consejo de un médico o la internación en un área de observación dentro de un hospital por un período no menor a 18 horas por consejo de un médico.

Seguro contributivo: un seguro contributivo es aquel para el cual el titular del contrato tiene el derecho de pedirle que pague la totalidad de las primas o una parte de ellas.

Seguro no contributivo: es aquel para el cual el titular del contrato no tiene el derecho de pedirle que pague la totalidad de las primas o una parte de ellas. El programa de beneficios muestra si la cobertura de seguro es contributiva o no.

Cobertura: es una parte del cuadernillo que consiste de:

- (1) una página de beneficios etiquetada en el título como cobertura.
- (2) cualquier página o páginas en las que continúa el mismo tipo de beneficios.
- (3) una entrada en el programa de beneficios y en otras páginas o formularios que, por sus términos, se aplica a ese tipo de beneficios.

Accidente cubierto: Un suceso repentino, imprevisible y externo que fue la causa directa de una pérdida cubierta y cumple con todas las condiciones siguientes:

- (1) ocurre mientras la persona cubierta está asegurada bajo esta póliza;

- (2) no fue ayudada por una enfermedad mental o física;
- (3) ocurre mientras la persona cubierta asiste, participa o viaja hacia o desde cualquier evento patrocinado por el titular de la póliza;
- (4) no está excluido de alguna otra manera por los términos de esta póliza.

Enfermedad cubierta: es una enfermedad o trastorno físico o mental, incluido el embarazo y sus complicaciones, que da como resultado una pérdida cubierta. Una enfermedad cubierta incluya la cuarentena en un hospital, necesaria desde el punto de vista médico, junto con un tratamiento preventivo necesario desde el punto de vista médico, de una exposición identificable a una enfermedad contagiosa e infecciosa, potencialmente mortal.

Lesión cubierta: es cualquier daño corporal que fue la cause directa de un accidente cubierto y da como resultado una pérdida cubierta

Persona cubierta: es un empleado asegurado con un seguro de empleado bajo una cobertura; un dependiente calificado por quien un empleado está asegurado con un seguro de dependientes bajo una cobertura.

Estadías diarias en el hospital: estadía en un hospital durante, al menos, un día completo, por la que el hospital cobra por la habitación y la comida.

Seguro de dependientes: es el seguro del dependiente de una persona.

Médico: es un profesional matriculado del arte de la curación, que actúa dentro del alcance de su licencia. Prudential no reconocerá como médico a ningún familiar, lo que incluye, entre otros, a usted, su cónyuge, su pareja doméstica o un hijo, hija, hermano, hermana o progenitor suyo o de su cónyuge o pareja doméstica por una reclamación que usted nos envíe.

Sala de emergencias: Un área especialmente designada en un hospital, que está supervisada por médicos y equipada y dotada para prestar atención médica ambulatoria inmediata durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por la aparición repentina de síntomas relacionados con un accidente, lesión o enfermedad cubiertos. Una sala de emergencias no es una clínica, un centro de atención de urgencias ni el consultorio de un médico.

Empleado: una persona empleada por el empleador.

Seguro del empleado: es el seguro de la persona empleada.

Empleador: en conjunto, son todos los empleadores incluidos en el contrato grupal.

Anestesia general: es la inducción de un estado equilibrado de inconsciencia, acompañado de la ausencia de sensación de dolor y parálisis musculoesquelética en todo el cuerpo.

Titular de la póliza grupal: es el empleador nombrado en la primera página de este certificado.

Cuidados paliativos: son servicios proporcionados por un centro de hospicio, destinados a atender o manejar una enfermedad terminal en el hogar o en otro lugar, o mientras un paciente está internado en un centro de este tipo.

Cuidados en un centro de hospicio: son cuidados proporcionados en un centro designado o en el hogar por un profesional médico matriculado, que proporciona principalmente servicios médicos, apoyo emocional y recursos espirituales a personas que están en las últimas etapas de una enfermedad grave, terminal.

Hospital: es una institución que satisface cualquiera de estas pruebas:

- (1) Está acreditada como hospital bajo el programa de acreditación hospitalaria de la Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención médica.
- (2) Funciona legalmente, está supervisada por un conjunto de médicos durante las 24 horas, tiene servicio de enfermería durante las 24 horas, prestado por personal de enfermería graduado y registrado y cumple con (a) o (b):
 - (a) Proporciona principalmente atención médica general a pacientes internados y tratamiento a personas enfermas o lesionadas utilizando instalaciones médicas, de diagnóstico y de cirugía mayor. Todas estas instalaciones están en el hospital o bajo su control.
 - (b) Proporciona principalmente atención médica especializada a pacientes internados y tratamiento a personas enfermas o lesionadas utilizando instalaciones médicas y de diagnóstico (lo que incluye radiología y laboratorio). Todas estas instalaciones están en el hospital, están bajo su control o están disponibles conforme a un contrato escrito con un hospital (según la definición anterior) o con un proveedor especializado de dichas instalaciones.

Pero hospital no incluye a un centro de convalecencia. Tampoco incluye a una institución o parte de ella que: (1) se usa principalmente como lugar de convalecencia, descanso, centro hospicio, atención de enfermería especializada para el tratamiento de ancianos o drogadictos, alcohólicos, (2) proporciona principalmente cuidados de custodia similares a un hogar o capacitación en las rutinas de la vida diaria, (3) es principalmente una escuela o (4) presta únicamente servicios psiquiátricos a enfermos mentales.

Unidad de cuidados intensivos del hospital (UCI): es un área especial, designada del hospital que:

- (1) proporciona el nivel más alto de cuidados y está restringida al tratamiento de pacientes en estado agudo y crítico;
- (2) está dotada en forma permanente de equipos y suministros para salvar vidas en una emergencia y que están al alcance de inmediato;
- (3) está dotada durante las 24 horas con personal de enfermería capacitado especialmente para trabajar en dicha área especial;
- (4) está equipada y dotada para monitorear los signos vitales de cada paciente durante las 24 horas;
- (5) funciona conforme a todos los requisitos jurisdiccionales para las unidades de cuidados intensivos y está incluida en la edición actual de la American Hospital Association Guide o reúne los requisitos para ser incluida en la misma. Esta guía incluye tres tipos de unidades que cumplen con esta definición: 1) unidades de cuidados intensivos, 2) unidades de cuidados cardiológicos y 3) unidades de cuidados de bebés (neonatales).

Las unidades de cuidados intensivos no incluyen salas de recuperación de cirugías, salas monitoreadas en forma privada, unidades de observación, salas de parto, unidades de cuidados intermedios, unidades de cuidados intensivos de subagudos y cualquier otro centro, independientemente de su nombre, que no cumpla con los requisitos anteriores.

Suceso vital: un suceso vital incluye:

- (1) casamiento, divorcio, separación legal o anulación.
- (2) convertirse o dejar de ser pareja doméstica.
- (3) nacimiento, adopción o colocación para adopción de un niño o niña.

- (4) un cambio en la cantidad de sus dependientes calificados.
- (5) un cambio en la situación de empleo, suya o de su dependiente calificado (lo que incluye un cambio del lugar de trabajo o de residencia), si causa que usted o su dependiente obtengan o pierdan la elegibilidad para la cobertura grupal.
- (6) Usted no se inscribió previamente en la cobertura ni inscribió a su dependiente calificado porque tenía otra cobertura grupal, pero la misma a caducado debido a:
 - (a) pérdida de elegibilidad para la otra cobertura grupal;
 - (b) ha alcanzado el límite de por vida de todos los beneficios de otra cobertura grupal.

Enfermero: Un enfermero profesional registrado (registered professional nurse, R.N.), enfermero práctico licenciado (licensed, practical nurse, L.P.N.) o enfermero vocacional licenciado (licensed vocational nurse, L.V.N.), que obtuvo su licencia conforme a las leyes en que presta los servicios.

El término enfermero no incluye:

- (1) a usted;
- (2) su cónyuge o cualquier persona con la que esté relacionado por sangre o matrimonio;
- (3) cualquier persona con la que esté residiendo;
- (4) su hijo adoptado o hijastro;
- (5) cualquier persona con la que comparte intereses comerciales o
- (6) su empleado.

Prudential: The Prudential Insurance Company of America.

Parto de rutina: es el nacimiento por vía vaginal de un niño o más o el nacimiento de un niño o más por cesárea electiva.

Embarazo de rutina: es un embarazo normal sin complicaciones.

Programa: el programa de beneficios correspondiente que aparece en este certificado de cobertura.

Enfermedad: cualquier desorden corporal o mental de una persona cubierta, pero no una lesión, el embarazo normal de una persona cubierta, lo que incluye aborto, aborto espontáneo o parto normal.

El término enfermedad no incluye lo siguiente:

- (1) una enfermedad, dolencia o afección causada o a la que contribuyó el empleo por salario o ganancia de la persona cubierta;
- (2) atención de rutina en enfermería o de bienestar de un recién nacido.

Centro de enfermería especializada: es una institución o una parte diferenciada de una institución que:

- (1) proporciona atención de enfermería especializada a personas enfermas y lesionadas;
- (2) está supervisada en todo momento por un médico o un enfermero profesional registrado;
- (3) tiene un médico disponible en todo momento;

- (4) cumple con todos los requisitos de licencia y legales;
- (5) no es principalmente un lugar de descanso, cuidado supervisado o de ancianos, drogadictos, alcohólicos o personas con trastornos mentales o nerviosos, ni un hotel o establecimiento similar y
- (6) tiene vigente un acuerdo de transferencia con uno o más hospitales participantes.

El término "centro de enfermería especializada" no incluye hospitales con camas mecedoras autorizados a proporcionar y cobrar por servicios de cuidados prolongados.

Enfermedad terminal: un médico certifica que es probable que la lesión o enfermedad de una persona cubierta cause su muerte dentro de los 24 meses.

Centro de urgencias: un centro de atención médica:

- (1) que mantiene todas las licencias correspondientes a un centro que proporciona atención de urgencia o inmediata;
- (2) que está supervisado por un médico;
- (3) que es independiente de un hospital o es una unidad separada dentro de un hospital y
- (4) su propósito principal es ofrecer y proporcionar atención médica inmediata y a corto plazo.

Nosotros: The Prudential Insurance Company of America.

Usted, su y sus: un empleado o empleada.

Definiciones de beneficios

BENEFICIOS PRINCIPALES

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Esta cobertura paga los siguientes beneficios de indemnización hospitalaria

Admisión en el hospital: Prudential pagará el beneficio que aparece en la sección Programa de beneficios, si una persona cubierta es internada en un hospital para recibir tratamiento por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) la admisión debe ocurrir dentro de los 180 días posteriores a que ocurra el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta.
- (2) El beneficio de admisión no se paga para tratamientos en sala de emergencias, ambulatorios o estadías de menos de 18 horas en un área de observación.
- (3) Solo pagaremos un beneficio de admisión hospitalaria por accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta por persona cubierta y por accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta. El beneficio de admisión de una persona cubierta se pagará por una admisión hospitalaria por vez, incluso si la admisión es causada por más de un accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta.
- (4) Pagaremos el beneficio por admisión no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta y
 - (b) 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 180 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 180 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Beneficio por admisión en la UCI: Prudential pagará el beneficio que aparece en la sección Programa de beneficios, si una persona cubierta, después de la admisión inicial y de ser internada en un hospital para recibir tratamiento por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta, es admitida en la UCI siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La admisión debe cumplir con los requisitos de pago del beneficio por admisión.
- (2) la admisión debe ocurrir dentro de los 90 días posteriores a que ocurra el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta.
- (3) El beneficio de admisión en la UCI no se paga por una estadía inferior a 18 horas.

- (4) Si la persona cubierta pasa a la UCI después de la admisión inicial en el hospital, no pagaremos el beneficio por admisión en la UCI.
- (5) Pagaremos el beneficio por admisión en la UCI no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente cubierto o lesión cubierta y
 - (b) 10 veces por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 180 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 180 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Estadías diarias en el hospital: Prudential pagará el beneficio de estadía diaria en el hospital que aparece en el programa de beneficios por cada día posterior al día de admisión en el hospital, si la persona cubierta es internada en el hospital para recibir tratamiento por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La internación inicial en el hospital debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a que ocurra el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta.
- (2) El beneficio de estadía diaria en el hospital no se paga por un día en la que se paga el beneficio de admisión en el hospital o la UCI o por una internación inferior a 24 horas.
- (3) El beneficio diario por internación hospitalaria se paga por hasta 30 días por persona cubierta, por accidente cubierto, por lesión cubierta o por enfermedad cubierta.
- (4) Solo pagaremos el beneficio diario por internación hospitalaria por una internación hospitalaria de una persona cubierta por vez, incluso si la causa de la internación es más de un accidente cubierto.
Lesión cubierta o enfermedad cubierta
- (5) Solo pagaremos un beneficio diario por internación hospitalaria por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta por día. Si la persona cubierta es internada fuera de UCI y en la unidad de cuidados intensivos el mismo día, solo pagaremos el beneficio diario por internación hospitalaria por el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta que corresponde a la internación en la unidad de cuidados intensivos.
- (6) Pagaremos el beneficio diario por internación hospitalaria no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta y
 - (b) 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 180 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 180 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Unidad de cuidados intensivos del hospital (UCI): Prudential pagará el beneficio por la unidad de cuidados intensivos UCI que aparece en la sección Programa de beneficios, por cada día que la persona cubierta esté internada en una unidad de cuidados intensivos para recibir tratamiento por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta y cumpla con los requisitos de pago del beneficio diario por internación hospitalaria, siempre que se cumplan los dos requisitos adicionales siguientes:

- (1) La internación en la unidad de cuidados intensivos debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a que ocurra el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta.
- (2) El beneficio de estadía diaria en la UCI no se paga por un día en la que se paga el beneficio de admisión en el hospital o la UCI o por una internación inferior a 24 horas.
- (3) El beneficio internación en la UCI se paga por hasta 30 días por persona cubierta, por accidente cubierto, por lesión cubierta o por enfermedad cubierta.
- (4) Solo pagaremos un beneficio diario por internación hospitalaria por un accidente cubierto, una lesión cubierta o una enfermedad cubierta por día. Si la persona cubierta es internada fuera de UCI y en la unidad de cuidados intensivos el mismo día, solo pagaremos el beneficio diario por internación hospitalaria por el accidente cubierto, la lesión cubierta o la enfermedad cubierta que corresponde a la internación en la unidad de cuidados intensivos.
- (5) 10 veces por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 180 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 180 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Quién es elegible para ser asegurado

SEGURO DEL EMPLEADO

Usted es elegible para el seguro del empleado mientras:

- sea empleado de tiempo completo del empleador;
- está en una clase cubierta y
- ha completado el período de espera del empleo, si lo hubiera. Es posible que tenga que trabajar para el empleador por un período continuo de tiempo completo antes de ser elegible para la cobertura. El período debe ser acordado entre el empleador y Prudential. Su empleador le informará si su clase tiene algún período de espera del empleo.

Usted es empleado de tiempo completo si trabaja habitualmente para el empleador una cantidad mínima de horas en la semana laboral normal de tiempo completo del empleador para su clase.

Su clase está determinada por el titular del contrato. Esto se hará bajo sus reglas, en las fechas establecidas. El titular del contrato no debe discriminar entre personas que se encuentran en situaciones similares. Para el seguro, usted no puede pertenecer a más de una clase sobre cada base, seguro contributivo o no contributivo, bajo la cobertura. "Clase" significa clase cubierta, clase de beneficio o cualquier cosa relacionada con el trabajo, como un puesto o ingresos, que afecta al seguro disponible.

Esto se aplica si usted es empleado de más de un empleador incluido en el contrato grupal:

Para el seguro, usted será considerado empleado de uno solo de dichos empleadores. Su servicio a los otros será tratado como servicio con aquel.

Las reglas para obtener seguro del empleado están en la sección Cuándo queda asegurado.

SEGURO DE DEPENDIENTES

Usted es elegible para el seguro de dependientes mientras:

- es elegible para el seguro del empleado;
- tiene un dependiente calificado.

Dependientes calificados:

Las siguientes son las personas para las cuales usted puede obtener seguro de dependientes:

- Su cónyuge o pareja doméstica antes de su inscripción en el seguro de dependientes. Su cónyuge significa su cónyuge legal.

Su pareja doméstica es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto:

- (1) satisface los requisitos de una pareja doméstica, pareja doméstica registrada o parte de una unión civil, conforme a la ley de su jurisdicción de residencia o

- (2) es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que cumple con lo siguiente:
- (a) tiene 18 años o más;
 - (b) no está relacionada con usted por sangre o grado de cercanía que impidiera el casamiento conforme a la ley de su jurisdicción de residencia;
 - (c) es mentalmente competente para consentir el contrato;
 - (d) no está casada con otra persona bajo la ley estatutaria o común, ni es pareja doméstica, pareja doméstica registrada o está en una unión civil con otra persona;
 - (e) no es un dependiente calificado bajo el programa;
 - (f) está en una relación única, dedicada, seria y comprometida con usted;
 - (g) ha compartido con usted una única residencia permanente durante al menos 12 meses consecutivos y
 - (h) es económicamente independiente de usted.

Si Prudential lo solicita, usted y/o su pareja doméstica debe certificar que se cumplen todos los requisitos anteriores.

Ya sea un cónyuge o una pareja doméstica puede ser un dependiente calificado bajo este programa, pero uno por vez, no ambos a la vez.

- Sus hijos desde el nacimiento con vida hasta los 26 años de edad.
- Sus hijos incluyen a sus:
 - (1) hijos biológicos;
 - (2) hijos adoptados legalmente, niños colocados con usted en adopción antes de su adopción legal y cada uno de sus hijastros. Un niño colocado con usted para su adopción antes de la adopción legal se considera su dependiente calificado desde la fecha de la colocación en adopción y se lo trata como si fuera su hijo recién nacido.
 - (3) niños de crianza;
 - (4) hijos de la pareja doméstica y
 - (5) niños de los que usted, su cónyuge o su pareja doméstica:
 - (a) ha sido designado el tutor legal y
 - (b) se indica como dependiente suyo, de su cónyuge o de su pareja doméstica. en la declaración del impuesto federal a la renta

Un niño que está bajo su tutela legal, la de su cónyuge o de su pareja doméstica se considerará como dependiente calificado a partir de la fecha de entrada en vigencia de la orden judicial que otorga la tutela legal y se lo trata como si fuera su hijo recién nacido.

- Sus hijos incapacitados.

Un hijo incapacitado es un hijo (tal como se define más arriba) que satisface las siguientes condiciones:

- (1) Su hijo es incapaz de autosustentarse con un empleo debido a una lesión o enfermedad mental o física.
- (2) Su hijo está incapacitado de este modo antes de alcanzar el límite de edad para un hijo dependiente calificado.

Usted debe presentar ante Prudential prueba de que su hijo satisface las condiciones anteriores 31 días antes de:

- (1) que el hijo cubierto alcance el límite de edad para un hijo dependiente calificado o
- (2) la fecha en que usted es elegible por primera vez para la cobertura con respecto a que dicho hijo supere el límite de edad para un hijo dependiente calificado.

Prudential puede pedirle en forma periódica que presente prueba de que su hijo continúa cumpliendo con las condiciones anteriores.

Si no presenta la prueba solicitada, su cobertura con respecto a dicho hijo finalizará.

Excepciones:

Su cónyuge, pareja doméstica o su hijo no es su dependiente calificado mientras:

- (1) está en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país;
- (2) está asegurado como empleado bajo un contrato grupal o
- (3) el cónyuge, la pareja doméstica o los hijos están protegidos por cualquier cobertura de empleado del contrato grupal después que finaliza esa cobertura del cónyuge, la pareja doméstica o los hijos.

Un hijo no se considerará un dependiente calificado de más de un empleado. Si este no fuera el caso, el hijo será considerado el dependiente calificado del empleado nombrado en un acuerdo escrito de todos los empleados presentados ante el titular del contrato. Si no existiera un acuerdo escrito, el hijo será considerado el dependiente calificado:

- (1) del empleado que fue asegurado bajo el contrato grupal con respecto al hijo, mientras el hijo era el dependiente calificado de ese empleado solo y, de lo contrario,
- (2) del empleado que tiene el servicio continuo más prolongado con el empleador, en función de los registros del titular del contrato.

Las reglas para obtener seguro de dependientes están en la sección Cuándo queda asegurado.

Cuándo queda asegurado

SEGURO DEL EMPLEADO

Su seguro del empleado bajo la cobertura comenzará el primer día en que:

- se haya inscrito, si la cobertura es contributiva;
- es elegible para el seguro del empleado;
- usted está en la clase cubierta por ese seguro;
- su seguro no está demorado conforme a la sección Demora de la fecha de entrada en vigencia y
- esa cobertura forma parte del contrato grupal.

En el caso del seguro contributivo, usted debe inscribirse con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse en el seguro contributivo (1) dentro de los 31 días de la fecha en que podría quedar cubierto por primera vez, (2) dentro de los 31 días de un suceso vital o (3) durante el período de inscripción anual. Cuando se inscriba, su empleador le informará si sus aportes son necesarios y el monto de los mismos.

En todo momento los beneficios para los cuales está inscrito son los que corresponden a su clase, a menos que se indique lo contrario. La sección Definiciones generales explica qué significan "período de inscripción anual" y "suceso vital".

SEGURO DE DEPENDIENTES

El seguro de dependientes bajo la cobertura de una persona, ya sea contributiva o no, comenzará el primer día en que se cumplan las siguientes condiciones:

- Usted se ha inscrito en el seguro de dependientes bajo la cobertura, si la misma es contributiva.
- La persona es su dependiente calificado.
- Usted está en la clase cubierta por ese seguro.
- Usted está asegurado como empleado bajo la cobertura.
- El seguro de dicho dependiente calificado no está demorado conforme a la sección Demora de la fecha de entrada en vigencia.
- El seguro de dependientes bajo la cobertura forma parte del contrato grupal.

En el caso del seguro contributivo, usted debe inscribir a su dependiente calificado con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse en el seguro contributivo de dependientes (1) dentro de los 31 días de la fecha en que podría quedar cubierto por primera vez, (2) dentro de los 31 días de un suceso vital o (3) durante el período de inscripción anual. Cuando inscriba a su dependiente calificado, su empleador le informará si los aportes son necesarios y el monto de los mismos.

En todo momento los beneficios del seguro de dependientes para los cuales está inscrito, son los que corresponden a su clase, a menos que se indique lo contrario.

La sección Definiciones generales explica qué significan "período de inscripción anual" y "sucesos vitales".

Cambio en la situación familiar: Es importante que informe de inmediato al empleador cuando tiene por primera vez un dependiente calificado. También debe informar al empleador si la situación del seguro de sus dependientes cambia de una a otra de las siguientes categorías:

- Sin dependientes calificados.
- Cónyuge o pareja doméstica dependiente calificada únicamente.
- Cónyuge o pareja doméstica e hijos dependientes calificados.
- Los hijos dependientes calificados solamente.

Si usted tiene asegurados bajo la cobertura a uno o más hijos, no es necesario que informe hijos adicionales.

Hay formularios disponibles para informar estos cambios.

Demora de la fecha de entrada en vigencia

SEGURO DEL EMPLEADO

Su seguro del empleado bajo esta cobertura se demorará si no cumple con el requisito de estar en actividad laboral el día en que comenzaría a regir su seguro. En cambio, comenzará el primer día en que cumpla con el requisito de estar en actividad laboral y los demás requisitos del seguro. La misma regla de demora se aplicará a todo aumento de su seguro que esté sujeto a esta sección. Si no cumple con el requisito de estar en actividad laboral el día en que entraría en vigencia dicho cambio, entrará en vigencia el primer día que cumpla con ese requisito. Esta regla de demora no se aplica a las reducciones de su seguro.

SEGURO DE DEPENDIENTES

Un dependiente calificado puede ser internado para recibir atención médica o tratamiento, en su casa o en otro lado. Si un dependiente calificado está internado de esta manera el día en que el seguro de sus dependientes bajo la cobertura de dicho dependiente calificado entra en vigencia, o cualquier cambio en dicho seguro sujeto a esta sección, entonces no entrará en vigencia. El seguro o el cambio entrará en vigencia cuando el dependiente calificado reciba el alta de dicha internación. También se deben cumplir los demás requisitos para el seguro o el cambio.

Excepción para el hijo recién nacido: Esta sección no se aplica a un hijo suyo en el momento en que nace, si el hijo es suyo y:

- (1) es su primer dependiente calificado o
- (2) se convierte en un dependiente calificado mientras usted tiene el seguro de dependientes bajo esta cobertura o para cualquier otro dependiente calificado.

Cuándo finaliza su seguro

SEGURO DEL EMPLEADO Y DEPENDIENTES

Su seguro del empleado bajo la cobertura o su seguro de dependientes bajo la cobertura finalizará cuando ocurra lo primero de los siguientes:

- Su membresía en las clases cubiertas para el seguro finaliza porque su empleo termina (ver a continuación) o por cualquier otra razón.
- Su clase fue eliminada de las clases cubiertas por el seguro.
- La fecha del contrato grupal que proporciona el seguro finaliza.
- Usted cumple 100 años.
- Usted muere.
- Para el seguro contributivo bajo esta cobertura, usted no paga el aporte necesario cuando llega el vencimiento. Pero, si el seguro del empleado es contributivo, el no pagar el aporte del seguro de dependientes no hará que finalice su seguro para empleados.
- El seguro es seguro de dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- Su seguro de dependientes para un dependiente calificado bajo la cobertura, finalizará cuando esa persona deje de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados a continuación).

Fin del empleo: Para el seguro su empleo finalizará cuando haya dejado de ser un empleado de tiempo completo en actividad laboral para el empleador. Pero, bajo los términos del contrato grupal, el empleador puede considerar que usted sigue estando empleado de tiempo completo en las clases cubiertas durante determinados tipos de ausencias. Esto está sujeto a los límites de tiempo u otras condiciones establecidas en el contrato grupal.

Su empleo en las clases cubiertas no se considerará finalizado mientras se ausenta del trabajo debido a una licencia para la cual es necesario que el seguro continúe conforme a la Ley federal sobre familia y licencias médicas de 1993 o una ley estatal que exija una continuación similar, tal como el empleador se lo informe a Prudential.

Si deja de trabajar a tiempo completo por alguna razón, debe comunicarse de inmediato con el empleador para determinar qué arreglos, si los hubiera, se han hecho para que continúe con su seguro.

Cobertura continuada de hijos incapacitados: Corresponde solo para el seguro de dependientes que tiene para un hijo bajo esta cobertura. El seguro del hijo no finalizará cuando llegue a la fecha de edad límite en la definición de dependiente calificado, si estas dos situaciones son verdaderas:

- (1) El hijo está mental o físicamente incapacitado para ganarse la vida. Prudential debe recibir prueba de esto dentro de los siguientes 31 días.
- (2) De lo contrario, el hijo cumple con la definición de dependiente calificado.

Si se cumplen estas condiciones, la edad límite no causará que el hijo deje de ser un dependiente calificado

bajo esta cobertura Esto se aplicará siempre y cuando el hijo permanezca incapacitado.

Continuación de la cobertura a su opción:

Su cobertura se vuelve portable y usted puede elegir si continúa la cobertura para usted y sus dependientes calificados, siempre y cuando se cumplan todas estas condiciones:

- (1) La cobertura para usted y sus dependientes calificados bajo el contrato grupal terminaría porque:
 - (a) terminó su empleo por una razón que no es mala conducta o
 - (b) se redujeron sus horas de trabajo.
- (2) Ha estado asegurado de forma continua bajo el contrato grupal y/o el plan anterior de su empleador durante, al menos, 30 días, justo antes del día en que finalizó su empleo o que se redujeran sus horas de trabajo.

Puede mantener la cobertura que tenía a la fecha en que finalizó su empleo o se redujeron sus horas de trabajo.

Prudential le dará o le enviará por correo una notificación con sus derechos para continuar la cobertura. La notificación declarará la cantidad de pagos necesarios para la cobertura portable y la forma en que deberá realizarlos.

Si desea continuar la cobertura, debe completar la notificación de elección y devolverla a Prudential, junto con el primer pago obligatorio a más tardar:

- (1) 31 días después de que la cobertura hubiera terminado y
- (2) 15 días después de recibir la notificación informándole de su derecho a continuar. Pero, en ningún caso puede elegir si no solicitó la continuación de la cobertura y realizó el primer pago antes de los 92 días después de dejar de estar cubierto.

De hacerlo, la cobertura portable continuará a partir de la fecha en que hubiera terminado y hasta que suceda lo primero de estas tres opciones:

- (1) Usted cumple 100 años.
- (2) Usted muere.
- (3) Al llegar el vencimiento, no realiza el pago necesario para continuar la cobertura. Pero, no pagar el aporte del seguro de dependientes no hará que finalice su seguro del empleado.
- (4) El seguro es seguro de dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- (5) Usted queda cubierto bajo cualquier otro plan grupal de indemnización hospitalaria.

Su seguro de dependientes para dependientes calificados bajo la cobertura continuada finalizará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

- (1) Esa persona deja de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados más arriba).

(2) Usted cumple 100 años.

Mientras se continúe la cobertura por indemnización hospitalaria bajo esta parte, se aplicarán todos los demás términos del contrato grupal, a excepción de:

- (1) Su monto de seguro no puede superar el 100% del monto del seguro bajo el contrato grupal en el momento en que la cobertura hubiera finalizado. El monto del seguro de cada dependiente no puede superar el monto del seguro de dependientes bajo el contrato grupal al momento en que la cobertura hubiera terminado.
 - (2) No se puede aumentar el monto del seguro bajo la cobertura continuada.
 - (3) No se puede aumentar el monto del seguro de cada dependiente bajo la cobertura continuada.
 - (4) Una vez que la cobertura se continúa bajo esta parte, no se pueden aplicar otras disposiciones de continuación, excepto por las disposiciones mencionadas para la cobertura continuada de hijos incapacitados.
-

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si una persona cubierta está internada en la fecha en que termina su seguro y usted no desea continuarlo conforme a la sección Continuación de la cobertura a su opción, pagaremos determinados beneficios por dicha persona cubierta, si la internación continúa después de que su seguro finalice, de acuerdo con y siempre que se cumpla lo siguiente:

- No habrá beneficios disponibles bajo esta disposición de extensión de beneficios si su seguro finaliza debido a una prima impaga.
- El beneficio de admisiones en el hospital, el beneficio de estadía diaria en el hospital y el Beneficio de unidad de cuidados intensivos (UCI) en el hospital se pagarán si se cumplen los requisitos de pago de dichos beneficios mientras la persona cubierta está internada. No se pagarán otros beneficios.
- Los beneficios pagaderos bajo esta disposición de extensión de beneficios se pagarán de acuerdo con y sujeto a los términos y condiciones de este certificado, excepto por lo establecido en esta disposición.
- Los beneficios de esta disposición de extensión finalizarán cuando suceda lo primero de lo siguiente:
 - (1) la fecha en que la persona cubierta deje de estar internada o
 - (2) finaliza la cantidad de días que se pagan los beneficios de internación, sin exceder los 30 días.
- Si la persona cubierta vuelve a ser internada en cualquier momento después del alta, no se pagarán más beneficios.

Monto del beneficio extendido: Este monto se determina como si usted hubiera seguido siendo una persona cubierta por el plan de indemnización hospitalaria. Pero se reduce por todo monto pagadero conforme al programa de beneficios o cualquier seguro grupal de Prudential que reemplace a esta cobertura para una clase de empleados.

Efecto de la continuación: El seguro continuado conforme a la disposición de continuación de la cobertura a su opción reemplazará a todos los derechos de esta sección. Pero si ha cumplido con los requisitos de esta sección, puede obtener estos derechos a cambio de todos los beneficios del seguro continuado.

Las primas pagadas por el seguro continuado serán reembolsadas.

CAMBIO DE CLASE

Si hay más de una clase elegible para el seguro bajo la póliza grupal y cada clase tiene su propio certificado, en lugar de recibir un certificado nuevo cuando cambia de clase, permanecerá asegurado bajo este certificado si:

- cambia a una clase que es elegible para el seguro de indemnización hospitalaria bajo una póliza grupal y
- los beneficios disponibles en su clase nueva son idénticos a los que están disponibles bajo este certificado.

En todos los otros casos, cuando usted cambia de clase, su seguro bajo este certificado finalizará en la fecha en que deje de ser empleado de la clase elegible para el seguro bajo este certificado.

Información general

A. REGLAS PARA RECLAMACIONES

Estas reglas se aplican al pago de beneficios bajo la cobertura.

Aviso de reclamación: Se debe enviar un aviso escrito de reclamación a Prudential dentro de los 20 días de la fecha en que ocurrió o comenzó una pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible. Un aviso enviado por o en nombre del asegurado o del beneficiario del asegurado a Prudential en Voluntary Benefit Services, P.O. Box 696035, San Antonio, TX 78269-6035 o a cualquier agente autorizado de Prudential, con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará como que se ha avisado a Prudential.

Formularios de reclamación: Al recibir un aviso de reclamación, Prudential le proporcionará al reclamante los formularios habituales que se utilizan para presentar las pruebas de pérdidas. Si dichos formularios no se entregan dentro de los 15 días posteriores al aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos del certificado de este seguro grupal en cuanto a la presentación de la prueba de pérdida, dentro del plazo fijado en el certificado del seguro grupal para dicha presentación, prueba escrita del suceso, el carácter y el alcance de la pérdida por la que se presenta la reclamación.

Si tiene un formulario de reclamación y siga las instrucciones que aparecen en el mismo. También puede pedirle un formulario de reclamación a su empleador.

Prueba de pérdida: Prudential debe recibir prueba escrita de la pérdida, lo que incluye toda la documentación solicitada, como un certificado de defunción, la declaración de un médico que lo atiende o las historias clínicas sobre las que se realiza la reclamación bajo la cobertura. Esta prueba debe cubrir el suceso, el carácter y el alcance de dicha pérdida. La prueba de la pérdida se debe presentar dentro los 90 días de ocurrida la misma.

Una reclamación no se considerará válida a menos que la prueba se presente dentro de este plazo. Pero el incumplimiento del plazo establecido no invalidará ni reducirá la reclamación, si no fue posible presentar, dentro de lo razonable, la prueba en de dicho plazo y la misma se presenta lo antes posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad jurídica, más de un año después de que la misma haya sido solicitada.

Cuándo se pagan los beneficios: Prudential pagará los beneficios inmediatamente después de recibida la prueba escrita de la pérdida, lo que incluye toda la documentación solicitada, tal como la declaración de un médico que lo atiende o las historias clínicas.

A quién se le paga: Los beneficios se le pagan a usted, con las siguientes excepciones:

- (1) Los beneficios de sus pérdidas que estén impagos al momento de su muerte o se vuelven pagaderos como consecuencia de su testamento, se pagarán al primero de los siguientes: (a) su cónyuge o pareja doméstica sobreviviente, (b) sus hijos sobrevivientes en partes iguales, (c) sus padres sobrevivientes en partes iguales, (d) sus hermanos sobrevivientes en partes iguales, (e) su patrimonio.
- (2) Si usted no está vivo, los beneficios por las pérdidas de un dependiente se le pagarán a su cónyuge o pareja doméstica, si está viva.
- (3) Si ni usted ni su cónyuge o su pareja doméstica está viva, entonces los beneficios por las pérdidas de un cónyuge o pareja doméstica se le pagarán al patrimonio de su cónyuge o pareja doméstica.

- (4) Si ni usted ni su cónyuge o pareja doméstica están vivos, entonces los beneficios por las pérdidas de un hijo dependiente calificado se le pagarán al hijo que sufrió la pérdida. Si ese hijo dependiente calificado no está vivo, los beneficios se le pagarán al patrimonio del hijo.

Examen físico o autopsia: Prudential, a su costa, tiene el derecho de examinar a la persona por la cual se realiza la reclamación. Puede hacerlo cuando y con la frecuencia que sea razonable mientras la reclamación está pendiente y hacer una autopsia en caso de muerte, donde no esté prohibido por la ley.

Acciones legales: No se debe iniciar ninguna acción legal o de equidad sobre el contrato grupal hasta 60 días después de presentada la prueba escrita antes descrita. Ninguna acción de este tipo se deberá iniciar más de tres años después de pasado el plazo en el que se solicita la prueba de la reclamación.

B. TIEMPO LÍMITE EN CIERTAS DEFENSAS

Después de dos años de la fecha de emisión de este certificado de seguro grupal, sin declaraciones erróneas, excepto por declaraciones fraudulentas hechas por la persona en la solicitud de la cobertura, se utilizará para anular la cobertura o rechazar una reclamación por pérdida sufrida después del vencimiento del plazo de dos años.

C. PAGO DE PRIMAS - PERÍODO DE GRACIA

Usted debe pagarle las primas al titular del contrato. Cada prima se debe pagar en la fecha indicada.

Fecha de pago de la prima: La primera prima vence en la fecha en que usted queda asegurado bajo el contrato grupal. Las primas subsiguientes vencen en forma semestral. Pero, si lo solicita por escrito, puede elegir pagarlas en forma mensual, trimestral, anual o volver al pago semestral. La fecha de pago de cada prima siguiente es el primer día de cada período de pago subsiguiente.

Período de gracia: Puede pagar cada prima, que no sea la primera, dentro de los 31 días de la fecha de pago, sin que se le cobren intereses. Esos días se conocen como período de gracia.

Si no paga alguna de las primas necesarias para un seguro del contrato grupal al final de su período de gracias, su seguro finalizará cuando termina el período de gracia. Usted es responsable de pagarle las primas al titular del contrato mientras su seguro está vigente.

D. RESTITUCIÓN

Si su seguro finaliza porque no pagó alguna de las primas al terminar el período de gracia, puede ser elegible para restituir el seguro siempre que se cumplan estas reglas:

- (1) debe solicitar la restitución dentro de los 180 días de la fecha de la primera prima impaga;
- (2) debe pagar todas las primas vencidas y
- (3) si solicita la restitución más de 60 días después de terminado el período de gracia, debe completar una solicitud de restitución con certificado de buena salud en cuyo momento la póliza está sujeta a una nueva suscripción.

Si Prudential aprueba su solicitud, la restitución entrará en vigencia el primer día del mes que coincide con la fecha de aprobación o el siguiente.

Las disposiciones de irrefutabilidad se aplicarán a partir de la fecha de entrada en vigencia de la restitución.

E. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Usted puede cambiar de beneficiario en cualquier momento sin el consentimiento del beneficiario actual. El cambio de beneficiario debe presentarse a través del titular del contrato. El cambio entrará en vigencia en la fecha de la firma del formulario. Pero no se aplicará a ningún monto pagado por Prudential antes de recibir dicho formulario.

Exclusiones

Prudential no pagará beneficios por pérdidas causadas, que contribuyeron o resultantes, directa o indirectamente, de cualquiera de las siguientes opciones:

- Suicidio o intento de suicidio mientras está en su sano juicio.
- Lesiones autoinfligidas de forma intencional o cualquier intento de autolesionarse.
- Participar en una revuelta o insurrección.
- Guerra o cualquier acto de guerra. Guerra significa guerra declarada o no declarada e incluye resistencia a una agresión armada. El terrorismo no se considera un acto de guerra.

Terrorismo implica el uso deliberado de violencia, o amenaza de violencia, contra civiles para crear una respuesta emocional a través del sufrimiento de las víctimas o para alcanzar objetivos militares, políticos, religiosos o sociales.

- Un accidente que sucede mientras la persona está en servicio activo de tiempo completo durante más de 31 días en cualquiera de las fuerzas armadas. Esto no incluye en servicio activo en la Reserva o Guardia Nacional para entrenamiento.
- Viaje o vuelo en cualquier vehículo utilizado para navegación aérea, si:
 - (a) la persona viaja como pasajero en una nave aérea no pensada ni con licencia para transportar pasajeros,
 - (b) la persona es el piloto o miembro de la tripulación de cualquier nave aérea o
 - (c) la persona está viajando como pasajero en una nave aérea de su propiedad, manejada, controlada o alquilada por o en nombre del titular del contrato o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas.

Esto incluye entrar, salir, subir o bajar de cualquiera de estos vehículos.

- La comisión o intento de comisión de un delito grave.
- Tratamiento de cuidado dental o procedimientos dentales, a menos que el tratamiento sea resultado de un accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta.
- Cirugía cosmética, excepto cuando dicha cirugía se realice para:
 - (a) tratar un accidente cubierto, una lesión cubierta o enfermedad cubierta;
 - (b) corregir el trastorno de una función o estructura corporal normal, que fue causado por un accidente, lesión o enfermedad para lo cual la cobertura no está excluida de alguna otra forma bajo este certificado o
 - (c) reconstruir una parte del cuerpo que se desfiguró o extrajo como resultado de un accidente, lesión o enfermedad (incluida la reconstrucción después de una mastectomía) que no esté excluida de la cobertura bajo este certificado.

*Estos procedimientos estarán cubiertos bajo los términos y condiciones generales que se aplican a todos los demás beneficios de esta póliza.

ENDOSO DEL CERTIFICADO A UN CONTRATO GRUPAL

Contrato grupal N.º: HG-97000-CA

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Se adjunta el endoso de este certificado y forma parte del contrato grupal. El certificado de su seguro grupal por indemnización hospitalaria ha cambiado de la siguiente manera:

- Los siguientes **beneficios principales** se agregan a la **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES**:

- (1) Paso de la UCI a la UCI intermedia
- (2) Mamografía

Beneficios principales

Monto del seguro

Paso de la UCI a la UCI intermedia:

Monto del beneficio diario

\$100

Beneficio máximo

10 días por internación.

Mamografía:

Beneficio anual

\$100

Beneficio máximo

1 vez por año calendario.

- Las páginas **Definiciones generales** del certificado de su seguro grupal se modifican de la siguiente manera:

Paso de la UCI a la UCI intermedia: Unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia significa lo siguiente:

- Una unidad de cuidados progresivos,
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos,
- Una unidad de cuidados intermedios o
- Una unidad de cuidados pre o posintensivos.

Una unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia no es una unidad de cuidados intensivos hospitalarios según lo definido en este plan.

Si un asegurado está internado en una unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia debido a una lesión accidental cubierta o a una enfermedad cubierta, pagaremos el monto del beneficio diario que aparece en el Programa de beneficios. Para ser elegible para recibir este beneficio por lesiones accidentales causadas por un accidente cubierto, el asegurado debe ser admitido en una unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia dentro de los seis meses de la fecha del accidente cubierto.

Pagaremos este monto por cada día de dicha internación, sin exceder el período de beneficio máximo que aparece en el Programa de beneficios durante cualquier período de internación. (10 días)

Pagaremos beneficios por una sola internación en una unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia a la vez, incluso si la causa es más de una lesión por accidente cubierto, más de una enfermedad cubierta o una lesión accidental cubierta y una enfermedad cubierta.

Si pagamos beneficios por internación en una unidad de paso de la UCI a la UCI intermedia de un hospital y el asegurado queda internado nuevamente en una unidad de este tipo en un hospital dentro de los seis meses debido a la misma condición relacionada, trataremos esta internación como del mismo período.

Este beneficio se paga además del beneficio por internación hospitalaria.

Beneficio por mamografía: Pagaremos el monto que aparece en el Programa de beneficios por mamografías realizadas mientras la cobertura de la asegurada está vigente. Este beneficio se paga como sigue:

- Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años inclusive.
- Una mamografía para mujeres de entre 40 y 49 años inclusive cada dos años o con mayor frecuencia en función de la recomendación del médico/profesional médico calificado de la asegurada.
- Una mamografía por año para mujeres de 50 años o más.
- La parte **Dependientes calificados** de la sección **Quién es elegible para ser asegurado** se revisó de la siguiente manera:

Pareja doméstica: Una pareja doméstica (del mismo sexo o del opuesto) registrada en el Estado de California o una sociedad equivalente de manera sustancial, establecida en otra jurisdicción, es una pareja doméstica a los fines de los beneficios de la UC. Una pareja doméstica (del mismo sexo o del opuesto) que no ha sido registrada en el Estado de California o no es una sociedad equivalente de manera sustancial, establecida en otra jurisdicción, debe cumplir con los siguientes criterios para ser una pareja doméstica a los fines de los beneficios de la UC:

- a) Las partes deben ser la única pareja doméstica del otro en una relación comprometida y a largo plazo y deben tener la intención de seguir así por tiempo indefinido.
- b) Ninguna de las partes puede estar casada legalmente o se pareja en otra relación doméstica.
- c) Las partes no deben estar relacionadas entre sí por sangre en un grado que impediría el casamiento según la ley del estado en el que reside el empleado.
- d) Ambas partes deben tener al menos 18 años de edad y poder dar su consentimiento a la relación.
- e) Las partes deben ser económicamente independientes.
- f) Las partes deben compartir la residencia común.
- La lista que aparece en **SEGURO DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES** de la sección **Cuándo finaliza su seguro** del certificado de su seguro grupal se modifica de la siguiente manera:
 - Usted renuncia a su cobertura

- La sección **Continuación de la cobertura a su opción** del capítulo **Cuándo finaliza su seguro** de su certificado de seguro grupal se revisó de la siguiente manera:

Su cobertura se vuelve portable y usted puede elegir si continúa la cobertura para usted y sus dependientes calificados, siempre y cuando se cumplan todas estas condiciones:

(1) La cobertura para usted y sus dependientes calificados bajo el contrato grupal terminaría porque:

- (a) Terminó su empleo por una razón que no es mala conducta o
- (b) se redujeron sus horas de trabajo.

(2) Ha estado asegurado de forma continua bajo el contrato grupal y/o el plan anterior de su empleador durante, al menos, 30 días, justo antes del día en que finalizó su empleo o que se redujeran sus horas de trabajo.

Puede mantener la cobertura que tenía a la fecha en que dejó de trabajar o se redujeron sus horas de trabajo.

Prudential le dará o le enviará por correo una notificación con sus derechos para continuar la cobertura. La notificación declarará la cantidad de pagos necesarios para la cobertura portable y la forma en que deberá realizarlos.

Si desea continuar la cobertura, debe completar la notificación de elección y devolverla a Prudential, junto con el primer pago obligatorio a más tardar:

- (1) el día treinta y uno después de que la cobertura hubiera terminado y
- (2) el día quince después de recibir la notificación informándole de su derecho a continuar la cobertura. Pero en ningún caso puede elegir si no solicitó la continuación de la cobertura y realizó el primer pago antes de los noventa y dos días después de dejar de estar cubierto.

De hacerlo, la cobertura portable continuará a partir de la fecha en que hubiera terminado y hasta que suceda lo primero de estas tres opciones:

- (1) Usted cumple 100 años.
- (2) Alcanza el máximo de por vida de su beneficio.
- (3) Usted muere.
- (4) Al llegar el vencimiento, no realiza el pago necesario para continuar la cobertura. Pero el no pagar el aporte para el seguro de dependientes no hará que finalice su seguro para empleados.
- (5) El seguro es seguro para dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- (6) Usted queda cubierto bajo cualquier otro plan grupal de indemnización hospitalaria.

Su seguro de dependientes para dependientes calificados bajo la cobertura continuada finalizará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

- (1) El dependiente calificado alcanza el máximo de por vida del beneficio para ese dependiente calificado.

(2) Esa persona deja de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados más arriba).

Mientras se continúe la cobertura por indemnización hospitalaria bajo esta parte, se aplicarán todos los demás términos del contrato grupal, a excepción de:

(1) Su monto de seguro no puede superar el 100% del monto del seguro bajo el contrato grupal en el momento en que la cobertura hubiera finalizado. El monto del seguro de cada dependiente no puede superar el monto del seguro de dependientes bajo el contrato grupal al momento en que la cobertura hubiera terminado.

(2) No se puede aumentar el monto del seguro bajo la cobertura continuada.

(3) No se puede aumentar el monto del seguro de cada dependiente bajo la cobertura continuada.

(4) Una vez que la cobertura se continúa bajo esta parte, no se pueden aplicar otras disposiciones de continuación, excepto por las disposiciones mencionadas para la cobertura continuada de hijos incapacitados.

- La disposición sobre el **Seguro continuado de indemnización hospitalaria de dependientes a opción de su cónyuge o pareja doméstica después de su muerte** se agrega de la siguiente manera:

Si un empleado muere mientras está cubierto por este certificado y su cónyuge también está asegurado bajo este plan en el momento de su muerte, entonces el cónyuge sobreviviente puede elegir convertirse en el asegurado principal por el monto nominal actual del cónyuge. Esto incluiría la continuación de la cobertura de los hijos dependientes que esté vigente en ese momento.

Para convertirse en el asegurado principal y mantener vigente la cobertura, el cónyuge sobreviviente debe:

- Notificar por escrito a la compañía dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la muerte del empleado y
- Pagar a la compañía la prima requerida a más tardar 31 días después de la fecha de la muerte del empleado y, después de eso, a la fecha de vencimiento de cada una.

Si el certificado no cubre al cónyuge sobreviviente, finalizará en la fecha de vencimiento de la siguiente prima después de la muerte del empleado.

- La disposición sobre **Pago de reclamaciones** se revisó de la siguiente manera:
 - (1) Si usted no está con vida, los beneficios que no se hubieran pagado al momento de su muerte se pagarán al beneficiario designado que tengamos en archivo. Si no ha designado beneficiarios, los beneficios se pagarán al primero de los siguientes: (a) su cónyuge o pareja doméstica registrada sobreviviente, (b) sus hijos sobrevivientes en partes iguales, (c) sus padres sobrevivientes en partes iguales, (d) sus hermanos sobrevivientes en partes iguales, (e) su patrimonio.
 - (2) Si usted no está vivo, los beneficios por las pérdidas de un dependiente se le pagarán a su cónyuge o pareja doméstica, si está viva.
 - (3) Si ni su cónyuge o su pareja doméstica está viva, entonces los beneficios por las pérdidas de un cónyuge o pareja doméstica se le pagarán al patrimonio de su cónyuge o pareja doméstica.

(4) Si ni usted ni su cónyuge o pareja doméstica están vivos, entonces los beneficios por las pérdidas de un hijo dependiente calificado se le pagarán al hijo que sufrió la pérdida. Si ese hijo dependiente calificado no está vivo, los beneficios se le pagarán al patrimonio del hijo.

- Las **Exclusiones** se modificaron para que incluyan lo siguiente:
 - Cuidados de custodia: son cuidados no médicos que ayudan a las personas con las tareas básicas de la vida diaria, la preparación de dietas especiales y la autoadministración de medicamentos y que no requieren la atención constante de personal médico.
 - Servicios realizados por un familiar
 - Carreras: viajar o conducir cualquier vehículo a motor en una carrera, espectáculo de acrobacias o prueba de velocidad en forma profesional.

Todas las demás disposiciones del certificado de su seguro grupal permaneces sin modificaciones.

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Margaret M. Foran

Secretaria

ESTE AVISO ES SOLO PARA LOS RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

N.H. Rev. Stat. § 151:21
151:21 Declaración de derechos de los pacientes.
Vigente a partir del: 1 de julio de 2022

Los derechos y responsabilidades de cada paciente admitido en una institución, excepto aquellos admitidos por un proveedor de atención médica domiciliaria:

- I. El paciente será tratado con consideración, respeto y total reconocimiento de su dignidad e individualidad, lo que incluye la privacidad en el tratamiento y el cuidado personal, así como ser informado del nombre, grado de certificación y puesto laboral de todas aquellas personas que las que el paciente tiene contacto, conforme a RSA 151:3-b.
- II. Se informará al paciente en su totalidad sobre sus derechos y responsabilidades y todos los procedimientos que rigen su conducta y responsabilidades. Esta información se debe proporcionar en forma oral y escrita antes o durante la admisión, excepto en el caso de admisiones de emergencia. El paciente debe reconocer por escrito la recepción de dicha información. Cuando un paciente no tiene la capacidad de realizar juicios informados, la persona responsable del paciente debe firmar este reconocimiento.
- III. Se debe informar al paciente en su totalidad por escrito, en un lenguaje que el paciente pueda entender, antes o en el momento de la admisión y cuando sea necesario durante su estadía, la tarifa básica por día y los servicios que están incluidos y no lo están en esta tarifa. También se debe incluir en esta divulgación una declaración de los servicios que medicare o medicaid no suelen cubrir.
- IV. Un proveedor de atención médica debe informar en su totalidad al paciente sobre su condición médica, necesidades de atención y resultados de las pruebas de diagnóstico, incluida la manera en que dichos resultados se le proporcionarán y el tiempo que se espera que transcurra entre la prueba y la recepción de los resultados, a menos que no sea aconsejable desde el punto de vista médico y así se documente en la historia clínica. Asimismo, el paciente tendrá la oportunidad de participar en la planificación de toda su atención y tratamiento médico, de rechazar el tratamiento y a participar en investigaciones experimentales, solo si otorga su consentimiento por escrito. A los fines de este párrafo, "proveedor de atención médica" es toda persona, corporación, instalación o institución, con matrícula de este estado o que proporciona estos servicios en forma legal, lo que incluye, entre otros, un médico, hospital u otra institución de atención médica, dentista, personal de enfermería, optometrista, podiatra, fisioterapeuta o psicólogo, y todo funcionario, empleado o agente de dicho proveedor que actúa en el curso y alcance del empleo o agencia relacionada o que apoya los servicios de atención médica.
- V. El paciente será transferido o dado de alta después de la planificación adecuada del alta solo por razones médicas, para su bienestar o el de otros pacientes, si la institución deja de funcionar o por la falta de pago de su estadía, con excepción de lo prohibido por el Título XVIII 1 o XIX 2 de la Ley del Seguro Social. Ningún paciente será dado de alta en forma involuntaria de una institución porque se vuelve elegible para medicaid como fuente de pago.
- VI. Se debe alentar y ayudar al paciente durante su estadía a ejercer sus derechos como paciente y ciudadano. El paciente debe expresar sus quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios del personal de la institución o los representantes externos, sin restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias.
- VII. Se le debe permitir al paciente que administre su economía personal. Si el paciente autoriza por escrito a la institución a ayudarlo con esta administración y la institución acepta, la ayuda se llevará a cabo de acuerdo con los derechos del paciente bajo esta subdivisión y conforme a las leyes y reglas del estado.

VIII. El paciente no sufrirá abuso emocional, psicológico, sexual ni físico, tampoco explotación, negligencia, castigos corporales ni reclusión involuntaria.

IX. El paciente no sufrirá restricciones químicas ni físicas, excepto cuando estén autorizadas por escrito por un médico por un tiempo específico y limitado, necesario para proteger al paciente o a terceros de lesiones. En una emergencia, el miembro autorizado del personal profesional puede autorizar restricciones con el fin de proteger al paciente o a terceros de lesiones. El miembro del personal debe informar de inmediato dicha acción al médico y documentarla en la historia clínica.

X. Se le garantizará al paciente el tratamiento confidencial de toda la información contenida en su historia personal y clínica, lo que incluye la que está almacenada en un banco de datos automatizado, y se le pedirá el consentimiento escrito para la divulgación de información a cualquiera que no esté autorizado por ley a recibirla. La información médica contenida en la historia clínica en cualquier institución con licencia conforme a este capítulo, se considerará propiedad del paciente. El paciente tendrá derecho a recibir una copia de dichos registros, si lo solicita. El cargo por copiar la historia clínica de un paciente no podrá superar los \$15 por las primeras 30 páginas o \$0.50 por página, el que sea mayor, siempre que las copias de registros en películas, como radiogramas, radiografías y sonogramas se copien a un costo razonable.

XI. No se le pedirá al paciente que preste servicios para la institución. Cuando sea adecuado con fines terapéuticos o recreativos, y el paciente haya aceptado, dichos servicios se pueden incluir en un plan de cuidados y tratamiento.

XII. El paciente podrá comunicarse, asociarse y reunirse en forma privada con cualquier persona, incluida su familia y grupos de residentes, a menos que al hacerlo se infringieran los derechos de otros pacientes. El paciente puede enviar y recibir correo personal sin abrir. El paciente tiene derecho a acceder en forma regular al uso de un teléfono sin monitoreo.

XIII. El paciente podrá participar en actividades de grupos sociales, religiosos y comunitarios, a menos que hacerlo infringiera los derechos de otros pacientes.

XIV. El paciente podrá retener y usar ropas y posesiones personales, si el espacio lo permite, siempre que no infrinja los derechos de otros pacientes.

XV. El paciente tendrá derecho a privacidad al recibir visitas, si está casado, a compartir una habitación con su cónyuge, si ambos son pacientes en la misma institución y ambos dan su consentimiento, a menos que esté contraindicado desde el punto de vista médico y documentado por un médico. El paciente tiene derecho a residir y recibir servicios en la institución con adaptación razonable de las necesidades y preferencias individuales, lo que incluye la elección de la habitación y el compañero de habitación, excepto cuando la salud y la seguridad de la persona o de otros pacientes esté en peligro.

XVI. No se le negará al paciente el cuidado adecuado en función de su edad, sexo, identidad sexual, orientación sexual, raza, color, estado civil, situación familiar, incapacidad, religión, nacionalidad, fuente de ingresos, fuente de pago o profesión.

XVII. El paciente tendrá derecho a ser tratado por el médico que elija, sujeto a reglas y reglamentaciones razonables.

XVIII. El paciente tendrá derecho a que sus padres, si es un menor, o su cónyuge, familiar más próximo, pareja no casada o un representante personal elegido por el paciente, si es un adulto, visiten la institución, sin restricciones, si el médico responsable de su atención considera que es un enfermo terminal.

XIX. El paciente tendrá derecho a recibir a representantes de organizaciones aprobadas, conforme a la RSA 151:28.

XX. No se le negará al paciente la admisión en la institución, si la fuente de pago es medicaid, cuando cuenta con espacio disponible.

XXI. Sujeto a los términos y condiciones del plan de seguro del paciente, este tendrá acceso a cualquier proveedor de la red del plan de su seguro y no se le negará de manera irrazonable la derivación a un proveedor o institución dentro de dicha red conforme a la RSA 420-J:8, XIV.

XXII. No se le negarán al paciente la admisión, el cuidado o los servicios únicamente con base en su situación de vacunación.

XXIII. (a) Además de los derechos especificados en el párrafo XVIII, el paciente tendrá derecho a designar a un cónyuge, familiar o cuidador que puede visitar la institución mientras está recibiendo atención. Un paciente menor de edad puede hacer que sus padres, un tutor o una persona que ocupe el lugar de los padres visite la institución mientras está recibiendo atención.

(b)(1) No obstante lo expresado en el subpárrafo (a), una institución médica puede establecer políticas de visita que limiten o restrinjan las visitas cuando:

(A) La presencia de los visitantes estuviera contraindicada desde el punto de vista médico o terapéutico conforme al mejor juicio clínico de los profesionales de atención de la salud.

(B) La presencia de los visitantes interferiría con la atención o los derechos de un paciente.

(C) Los visitantes muestran una conducta perturbadora, amenazante o violenta hacia un miembro del personal, un paciente u otro visitante.

(D) Los visitantes no cumplen con las políticas escritas del hospital.

(2) Si lo solicita, se le proporcionará al paciente o su representante, si el paciente está incapacitado, el motivo del rechazo o la revocación de los derechos de visita conforme a este párrafo.

(c) Una institución médica puede exigir que los visitantes usen equipo de protección personal proporcionado por la institución o por el visitante y aprobado por la institución. Una institución médica puede exigir que los visitantes cumplan con protocolos de seguridad y reglas de conducta razonables. La institución médica puede revocar los derechos de visita por no cumplir con este subpárrafo.

(d) Nada de lo expresado en este párrafo implicará que una institución médica debe permitir que un visitante ingrese en un quirófano, sala de aislamiento, unidad de aislamiento, entorno de salud conductual u otras áreas normalmente restringidas o que esté presente durante la administración de atención de emergencia en situaciones críticas. Nada de lo expresado en este párrafo implicará que una institución médica debe permitir que un visitante acceda áreas más allá de las habitaciones, unidades o pabellones en los que el paciente recibe atención o más allá de las áreas comunes generales dentro de la institución.

(e) Ni la institución médica, ni el departamento de salud y servicios humanos, ni ninguna entidad gubernamental dará por terminados, suspendidos o eximidos los derechos especificados en este párrafo, a pesar de las declaraciones de emergencia emitidas por el gobernador o la legislatura. Ninguna institución médica matriculada conforme a RSA 151:2 exigirá a un paciente que deje de ejercer los derechos especificados en este párrafo.

(f) Todas las instituciones médicas matriculadas conforme a RSA 151:2 deben publicar lo siguiente en su sitio web:

(1) Material informativo que explica los derechos especificados en este párrafo.

(2) La declaración de derechos de los pacientes que se aplica a la institución del sitio web.

(3) La política del hospital sobre visitas detallando los derechos y las responsabilidades especificadas en este párrafo, así como las limitaciones que se refieren a dichos derechos conforme a la política escrita del hospital que aparece en su sitio web.

(g) A menos que las leyes federales o las reglamentaciones lo exijan de manera expresa, ni el departamento ni ninguna otra agencia estatal tomará medidas que surjan de este párrafo contra una institución médica por:

- (1) Permitir que un visitante acceda en forma individual a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.
- (2) No proteger o no garantizar de alguna otra manera la seguridad o la comodidad de un visitante que accede a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.
- (3) Los actos u omisiones de un visitante al que se le dio acceso a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.

**La sección Reclamaciones y
apelaciones no forma parte
del certificado de seguro grupal.**

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Beneficios del plan proporcionados por

The Prudential Insurance Company of America
751 Broad Street
Newark, New Jersey 07102

Este contrato grupal suscrito por The Prudential Insurance Company of America proporciona beneficios al asegurado. A todos los fines de este contrato grupal, el empleador/titular de la póliza actúa por cuenta propia o como agente de sus empleados. Bajo ninguna circunstancia el empleador/titular de la póliza será considerado agente de The Prudential Insurance Company of America, excepto que se haya ejecutado una autorización escrita entre el empleador/titular de la póliza y The Prudential Insurance Company of America. Nada de lo incluido en estos documentos se considerará, en sí mismo, una ejecución escrita de este tipo.

Procedimientos de reclamación

1. Determinación de beneficios

Prudential le notificará la determinación sobre la reclamación dentro de los 45 días de recibida la misma. Este período se puede extender por 30 días más, si fuera necesario debido a cuestiones que exceden el control del plan. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha para la cual el plan espera decidir acerca de su reclamación. Este período se puede extender por 30 días adicionales, más allá de los 30 originales, si fuera necesario debido a cuestiones que exceden el control del plan. Dentro del primer período de extensión de 30 días se le entregará un aviso escrito de la extensión adicional, la razón de la misma y la fecha para la cual el plan espera decidir acerca de su reclamación, en caso de que esta extensión adicional fuera necesaria. Sin embargo, si un plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la reclamación, el período para que Prudential tome una determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si su reclamación de beneficios se rechaza, en su totalidad o en parte, usted o su representante autorizado recibirá una notificación escrita de Prudential informándole sobre el rechazo. La notificación estará escrita de manera tal que usted la entienda e incluirá:

- (a) las razones específicas del rechazo,
- (b) referencias a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación del beneficio,
- (c) una descripción de los materiales o información adicionales necesarios para que usted perfeccione la reclamación y una explicación de por qué dicha información es necesaria,
- (d) una descripción de los procedimientos de apelación de Prudential y los plazos correspondientes,
- (e) si una determinación de beneficios adversa se basa sobre una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se le proporcionará sin cargo, si lo solicita, una explicación del criterio científico o clínico sobre el que se basó la determinación,

2. Apelaciones de una determinación adversa

Si su reclamación de beneficios se rechaza o no recibe una respuesta dentro del plazo apropiado (en cuyo caso se considerará que la reclamación ha sido rechazada), usted o su representante puede apelar esta decisión escribiendo a Prudential dentro de los 180 días de recibido el aviso de rechazo o 180 días a partir de la fecha en que dicha reclamación se considera rechazada. Junto con su apelación puede presentar por escrito cualquier comentario, registro y otra información relacionada con su reclamación. Si lo solicita, también tendrá acceso y tiene el derecho de obtener copias sin cargo de todos los documentos, registros e información relevante a su reclamación.

Prudential llevará a cabo una revisión completa de la información existente en el archivo de la reclamación y toda información nueva presentada para respaldar la apelación. Para ello utilizará personas que no estuvieron involucradas en la determinación inicial del beneficio. Esta revisión no tendrá en cuenta la determinación del beneficio inicial.

Prudential tomará una determinación sobre la apelación de su reclamación dentro de los 45 días de recibida su solicitud de apelación. Este plazo se puede extender por 45 días adicionales, si Prudential determina que hay circunstancias especiales que exigen una extensión. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha en la cual Prudential espera informar su decisión. Sin embargo, si el plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la apelación, el período para tomar la determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si la reclamación sobre la apelación se rechaza, en su totalidad o en parte, usted recibirá al respecto una notificación escrita de Prudential. La notificación estará escrita de manera tal que el solicitante la entienda e incluirá:

- (a) las razones específicas para la determinación adversa,
- (b) referencias a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación,
- (c) una declaración indicando que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los registros, documentos y otra información relevante para su reclamación de beneficios o copia de todo,
- (d) una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y los plazos correspondientes,
- (e) una declaración de que usted tiene derecho a obtener, si lo solicita y sin cargo, una copia de las reglas o pautas internas sobre las que se basó la determinación y
- (f) una descripción de los procedimientos de apelación ofrecidos por el plan.

Si la decisión sobre la apelación no se le entrega dentro de los plazos mencionados, la reclamación se considerará rechazada en función de la apelación.

Si la apelación de su reclamación de beneficios se rechaza o no recibe una respuesta dentro del plazo apropiado (en cuyo caso se considerará que la apelación ha sido rechazada), usted o su representante puede realizar una segunda apelación voluntaria al rechazo escribiendo a Prudential dentro de los 180 días de recibido el aviso de rechazo o 180 días a partir de la fecha en que dicha reclamación se considera rechazada. Junto con su segunda apelación puede presentar por escrito cualquier comentario, registro y otra información relacionada con su reclamación.

Si lo solicita, también tendrá acceso y tiene el derecho de obtener copias sin cargo de todos los documentos, registros e información relevante a su reclamación.

Prudential tomará una determinación sobre su segunda apelación dentro de los 45 días de recibida su solicitud de apelación. Este período se puede extender por hasta 45 días adicionales si Prudential determina que hay circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha en la cual Prudential espera informar su decisión. Sin embargo, si el plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la apelación, el período para tomar la determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Su decisión de presentar una disputa de beneficios a este segundo nivel voluntario de apelación no afecta su derecho a cualquier otro beneficio bajo este plan. Si decide iniciar juicio sin presentar el segundo nivel de apelación, el plan exime de todo derecho de afirmar que usted no agotó los medios administrativos. Si decide presentar la disputa del segundo nivel de apelación, el plan acepta suspender todo plazo de limitaciones u otra defensa basada sobre la puntualidad durante el tiempo que la apelación esté pendiente.

Si la reclamación apelada se rechaza por segunda vez, en su totalidad o en parte, usted recibirá al respecto una notificación escrita de Prudential. La notificación estará escrita de manera que el solicitante pueda entenderla e incluirá la misma información contenida en la carta que informaba la primera determinación adversa. Si la decisión sobre la apelación no se le entrega dentro de los plazos mencionados, la reclamación se considerará rechazada en función de la apelación.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.