

# Libro de beneficios para asociados de 2024

*Descripción resumida del plan*

## Contenido

Plan de seguro médico	Plan de la visión	Plan 401(k) de Walmart
Beneficio de farmacia	Planes de discapacidad	Plan de compra de acciones para asociados
Plan dental	Seguro de vida	...y mucho más

Vigente a partir del **1.º de enero de 2024**

Plan 401(k) de Walmart vigente a partir del **1.º de febrero de 2024**

Plan de compra de acciones para asociados vigente a partir del **1.º de abril de 2024**



# Le presentamos su Libro de beneficios para asociados de 2024

Aquí encontrará descripciones resumidas del Plan de salud y bienestar de los asociados (el Plan) y el Plan 401(k) de Walmart.

Aquí también se incluye el folleto del Plan de compra de acciones para asociados.

Consulte el índice para obtener una lista completa de lo que podrá encontrar en este libro. Es un excelente recurso para ayudarlo a comprender sus beneficios.



## Mucha información. Muy fácil de encontrar.

Cuando descargue el *Libro de beneficios para asociados de 2024* desde [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com), tendrá respuestas a sus preguntas sobre los beneficios al alcance de su mano.

Simplemente abra el PDF con Adobe Reader y haga clic en “Edit” (Editar) en la barra de herramientas. Luego, haga clic en “Find” (Buscar) e ingrese una palabra o frase que describa lo que está buscando “preventivo” o “copago”. ¡Fácil!

# Índice

## Plan de salud y bienestar de los asociados

Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia	4	Discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo	210
Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái	70	Discapacidad a largo plazo para conductores de camión	218
El Plan Médico	76	Seguro de vida pagado por la compañía	226
Beneficio de farmacia	134	Seguro de vida opcional para asociados	232
Cuenta de ahorro de salud (HSA)	142	Seguro de vida opcional para dependientes	238
El plan dental	150	Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	244
El plan de la visión	160	Seguro contra accidentes	250
Mis recursos de salud mental	166	Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	258
COBRA	170	Seguro por enfermedades graves	266
Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo	178	Reclamos y apelaciones	274
Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados	190	Información legal	300
Plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión	200		

El Plan 401(k) de Walmart	314
---------------------------	-----

Plan de compra de acciones para asociados (ASPP)	342
--	-----

Para obtener más información	354
------------------------------	-----

La información que obtenga por medio de las comunicaciones con Walmart Inc. o cualquier proveedor de servicios del Plan no anula ninguna disposición o limitación del Plan. La información proporcionada o las declaraciones realizadas a través de cualquier forma de comunicación no garantizan el pago de beneficios. Además, los precios de los beneficios informados por teléfono se basan en la información que se proporciona al momento de la llamada. Si se descubre información relevante adicional, puede afectar el pago de su reclamación. Todos los beneficios están sujetos a elegibilidad, pago de primas, limitaciones y todas las excepciones descritas en los documentos del plan correspondiente, incluso toda póliza de seguro. Puede solicitar una copia de los documentos que rigen estos planes escribiendo a: Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team, Custodian of Records, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3610.

Atención asociados hispanos: Este folleto contiene un resumen en inglés de los derechos y beneficios para todos los asociados conforme al plan de beneficios de Walmart. Si tiene dificultades para entender cualquier parte de este folleto, puede escribir a la siguiente dirección: Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team, Custodian of Records, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3610.

O puede llamar si tiene pregunta al 800-421-1362. Contamos con asociados que hablan español y pueden ayudarlo a comprender sus beneficios de Walmart. El *Libro de beneficios para asociados* está disponible en español. Si desea una copia en español, hable con su representante de Personal.

# Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

Plan de salud y bienestar para asociados	6
Resumen general del capítulo	6
Elegibilidad del asociado	7
Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos	9
Elegibilidad de los dependientes	19
Documentación legal para la cobertura de los dependientes	20
Dependientes que no son elegibles	20
Cuando el dependiente pierde la elegibilidad	21
Cuándo puede inscribirse en los beneficios	21
Cuándo entra en vigencia la cobertura	22
Si deja Walmart y vuelve a ser contratado	22
Fechas de entrada en vigencia de los beneficios del Plan	24
Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral	24
Pago de los beneficios	34
Mantener las primas al día	35
Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual	39
Si cambia su clasificación laboral	42
Cambio de una clasificación laboral a otra	43
Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas	68
En qué momento finaliza su cobertura del Plan	69

---

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o son elegibles para tener Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre la cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 308 del capítulo [Información legal](#).

# Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscripción en los beneficios de Walmart</li> <li>Notificación a Servicios al personal dentro de un plazo de 60 días de un evento de cambio de elección</li> </ul>	Visite <a href="https://One.Walmart.com/Enroll">One.Walmart.com/Enroll</a>	Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>
Comunicarse con Servicios al personal si tiene alguna pregunta sobre las deducciones de la nómina para sus beneficios		Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>
Pago de las primas para los beneficios mientras está haciendo uso de una licencia de ausencia		<p>Consulte la sección <a href="#">Mantener las primas al día</a> en este capítulo para obtener información detallada. Si no paga sus primas para mantener la cobertura actualizada, la cancelación de la cobertura será retroactiva a la última fecha en la que se pagaron las primas. Puede pagar con tarjeta de débito o crédito (Visa, MasterCard, American Express o Discover) ingresando en <a href="https://One.Walmart.com/Enroll">One.Walmart.com/Enroll</a> y eligiendo "make a payment" (realizar un pago), o llamando al <b>800-421-1362</b> y diciendo luego "make a payment" (realizar un pago).</p> <p>También puede enviar un cheque o un giro postal pagaderos al Fondo de salud y bienestar para asociados a:</p> <p><b>Walmart People Services</b>  <b>P.O. Box 1039</b>  <b>Department 3001</b>  <b>Lowell, Arkansas 72745</b></p> <p>Para garantizar la acreditación oportuna del pago, incluya su número de identificación de Walmart (WIN) y la ubicación de su trabajo en el cheque.</p>

## Lo que debe saber sobre la elegibilidad, la inscripción y las fechas de vigencia

- Si es asociado por hora de Hawái:
  - Beneficios médicos y por discapacidad a corto plazo:** consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).
  - Beneficios que no sean los médicos y por discapacidad a corto plazo:** consulte este capítulo.
- Su clasificación de empleo determina cuándo puede inscribirse por primera vez. Cuando reúna los requisitos para inscribirse por primera vez, tendrá un "período de inscripción inicial". En sus comunicaciones de inscripción se le indicará cuándo finaliza su período de inscripción inicial. Asegúrese de inscribirse antes de la fecha de vencimiento. Consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener detalles adicionales.
- La transferencia de una clasificación de empleo a otra puede afectar su elegibilidad para los beneficios, que incluye los beneficios para los que es elegible y cuándo. Revise la sección [Si cambia su clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener detalles importantes.
- Si no se inscribe durante el período de inscripción inicial:
  - Seguro médico, dental, de la visión, discapacidad a corto plazo mejorada, discapacidad a largo plazo, enfermedad grave, accidente o muerte accidental y desmembramiento (AD&D):** no tendrá otra oportunidad de inscribirse hasta la Inscripción Anual o después de que surja un evento de cambio de elección.
  - Discapacidad a largo plazo para conductores de camión:**
    - No tendrá otra oportunidad de inscribirse hasta la Inscripción Anual o después de que surja un evento de cambio de elección
    - Tendrá que presentar un Certificado de buena salud si elige la cobertura más adelante.
  - Beneficios opcionales del seguro de vida:** si se inscribe posteriormente, deberá presentar un Certificado de buena salud para el seguro de vida opcional del asociado o cónyuge.

## Plan de salud y bienestar para asociados

Walmart Inc. (Walmart) patrocina el Plan de salud y bienestar de los asociados (el Plan), que es un plan integral de beneficios para los empleados que ofrece beneficios médicos, dentales, de la visión, Mis recursos de salud mental (asistencia y bienestar de los empleados), de discapacidad, seguro de vida, seguro de accidentes en viajes de negocios, seguro de accidentes, seguro de muerte accidental y desmembramiento y seguro de enfermedad grave para los asociados elegibles y sus familiares elegibles. La elegibilidad para estos beneficios se describe en este capítulo, y los términos y condiciones de los beneficios específicos que se ofrecen conforme a este Plan se describen en los capítulos correspondientes de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024. Queda automáticamente inscrito para recibir ciertos beneficios conforme al Plan a partir de la fecha de su contratación o una fecha posterior. Sin embargo, para recibir otros beneficios, debe inscribirse para tener cobertura. Para obtener detalles sobre su elegibilidad, consulte la sección **Elegibilidad del asociado** de este capítulo; para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes, incluidos los miembros de la familia que pueden inscribirse en la cobertura, consulte la sección **Elegibilidad de los dependientes** de este capítulo y para obtener detalles sobre los periodos de inscripción inicial y para saber cuándo la cobertura entra en vigencia para todos los beneficios disponibles conforme al Plan, consulte la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo.

La elegibilidad para los beneficios y los términos y condiciones de cada beneficio se describen en el documento del Plan, las pólizas de seguro que rigen los beneficios asegurados y en este *Libro de beneficios para asociados* de 2024. En la medida en que cualquier información proporcionada a usted a través de otras fuentes, ya sea verbal o escrita, entre en conflicto con el documento del Plan, las pólizas de seguro o este *Libro de beneficios para asociados* de 2024, los términos del documento del Plan, prevalecerán las pólizas de seguro o el *Libro de beneficios para asociados* de 2024. En caso de conflicto entre una póliza de seguro que rija los beneficios asegurados y el documento del Plan o el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024, prevalecerán los términos de la póliza de seguro. En caso de conflicto entre los términos del documento del Plan y este *Libro de beneficios para asociados* de 2024, prevalecerán los términos del documento del Plan. Consulte el capítulo **Información legal** de este Libro de beneficios para asociados si desea revisar el documento del Plan que detalla su derecho a revisar el documento del Plan.

## Resumen general del capítulo

Este capítulo contiene mucha información útil que será importante para usted no solo cuando sea elegible para los beneficios por primera vez, sino durante todo el tiempo que mantenga su empleo con Walmart. En algunos casos, la información contenida en este capítulo y en otros capítulos del Libro de beneficios para asociados será relevante incluso después de que haya dejado de trabajar (por ejemplo, si elige continuar con la cobertura conforme a la ley COBRA). Contiene toda la información que necesita sobre los beneficios para los que es elegible, cuándo es elegible, qué dependientes puede cubrir, cuándo puede inscribirse en esos beneficios o cambiarlos,

cuándo entra en vigencia la cobertura, cómo se pagan las primas, la repercusión de ciertos eventos en su elegibilidad para los beneficios y cuándo termina su cobertura.



**NOTA:** Tenga en cuenta que los hechos de su situación individual determinarán las respuestas a sus preguntas específicas y pueden requerir la aplicación de más de una regla en cualquier sección particular de este capítulo. Es importante revisar todo el capítulo para comprender totalmente sus beneficios en lugar de una sola sección en forma individual.

Es posible que necesite consultar la información de este capítulo en diferentes momentos, dependiendo de su situación en particular. Para ayudarle a centrarse en la información que le resultará más útil en un momento determinado, le presentamos un resumen que le permitirá orientarse en la dirección correcta:

<b>1</b>	<b>SU CLASIFICACIÓN LABORAL</b> Su clasificación laboral en el sistema de nóminas de Walmart afecta sus beneficios. Consulte la página 7.
<b>2</b>	<b>SER ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A quién puede cubrir? Consulte la página 19.</li> <li>• ¿Para qué beneficios es elegible? Consulte la página 24.</li> <li>• ¿Cuándo debe inscribirse? Consulte la página 24.</li> <li>• ¿Cuándo entra en vigencia su cobertura? Consulte la página 24.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>PAGO DE LOS BENEFICIOS</b> ¿Cómo debe pagar los beneficios? Consulte la página 34. ¿Cuándo tiene que hacer arreglos especiales para pagar sus beneficios? Consulte la página 35.
<b>4</b>	<b>EVENTOS QUE PUEDEN AFECTAR SU COBERTURA</b> ¿Qué puede afectar sus beneficios? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se toma una licencia de ausencia: consulte la página 36.</li> <li>• Un evento de la vida, como un cambio en su situación familiar: consulte la página 39.</li> <li>• Circunstancias especiales como una orden judicial o la posibilidad de acogerse a un periodo de inscripción especial: consulte la página 40.</li> </ul>

## Elegibilidad del asociado

Su clasificación laboral en el sistema de nóminas de Walmart determina los beneficios que puede seleccionar. El momento en que puede seleccionar los beneficios depende de una serie de factores que pueden incluir su fecha de contratación, el promedio de horas semanales y si se ha trasladado de una clasificación laboral a otra. Si su clasificación requiere una cantidad determinada de horas semanales promedio a fin de que sea elegible para el beneficio, ese promedio se indicará a continuación. Las horas trabajadas se determinan sobre una base retrospectiva, tal como se describe en las siguientes secciones. Para los asociados por hora a tiempo completo y por hora a tiempo parcial o temporales, la elegibilidad para los beneficios dependerá de las horas trabajadas el año anterior. Asimismo, para algunos beneficios, es posible que tenga que satisfacer un período de espera de elegibilidad o presentar Certificado de buena salud antes de que entren en vigencia los beneficios en los que se inscribió.

Esta sección aborda los requisitos generales de elegibilidad aplicables a una clasificación específica. En la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) de este capítulo encontrará una lista de los beneficios para los que es elegible y los requisitos de período de espera o Certificado de buena salud que pueden aplicarse.



**NOTA:** Si pasa de una clasificación laboral a otra, las reglas que se exponen en esta sección podrían verse afectadas por ese cambio, por lo que deberá consultar la sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) más adelante en este capítulo.

Walmart espera que proporcione información correcta y precisa cuando solicite o se inscriba en los beneficios. Si no lo hace, puede estar sujeto a la pérdida de beneficios y/o al despido. Asimismo, algunas aseguradoras de beneficios asegurados pueden reservarse el derecho, hasta dos años después de que entre en vigencia su cobertura, de reexaminar las declaraciones que haya hecho durante el proceso de solicitud. Si se verifica que se declararon hechos relevantes de forma inexacta, esto puede afectar la elegibilidad para el beneficio.

Consulte el Código de Conducta, que puede encontrar en [One.Walmart.com](#) para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencionada. Para obtener información sobre los documentos que se le pueden solicitar para verificar la elegibilidad de los dependientes, consulte la sección [Documentación legal para la cobertura de los dependientes](#) más adelante en este capítulo.

### ELEGIBILIDAD DEL ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Para poder inscribirse en los beneficios para asociados por hora a tiempo completo, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado por hora a tiempo completo. Esto incluye a los farmacéuticos por hora a tiempo completo (excepto los farmacéuticos por hora a tiempo completo de California), los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes, pero excluye a los gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo.

CLASIFICACIÓN LABORAL PARA DETERMINAR LAS OPCIONES A BENEFICIOS	INCLUYE
Asociado por hora a tiempo completo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asociados por hora a tiempo completo, excepto gerentes de Centros de visión por hora a tiempo completo</li> <li>Farmacéuticos por hora a tiempo completo, excepto farmacéuticos de California</li> <li>Asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo</li> <li>Supervisores de campo por hora a tiempo completo dentro de las tiendas y los clubes</li> <li>Los asociados por hora a tiempo completo en Hawái, a excepción de los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo</li> </ul>
Gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo</li> </ul>
Asociados por hora temporales o a tiempo parcial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asociados por hora a tiempo parcial (excepto los conductores de camión a tiempo parcial)</li> <li>Asociados temporales</li> </ul>
Conductor de camión a tiempo parcial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asociados conductores de camión a tiempo parcial</li> </ul>
Asociados gerenciales o asalariados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asociados asalariados</li> <li>Gerentes en formación</li> <li>Farmacéuticos de California por hora a tiempo completo</li> <li>Asociados conductores de camión a tiempo completo</li> </ul>

Los farmacéuticos de California por hora a tiempo completo son elegibles para los beneficios en las mismas condiciones que los asociados gerenciales. Si usted es gerente por hora a tiempo completo de un Centro de visión, vea la siguiente información.

Si es asociado a tiempo completo en Hawái, consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#) para conocer las normas especiales de elegibilidad para los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo.

### ELEGIBILIDAD DEL GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Para poder inscribirse en los beneficios como gerente de un Centro de visión por hora a tiempo completo, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como gerente de Centro de visión por hora a tiempo completo.

## ELEGIBILIDAD DEL ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL

Para poder inscribirse en los beneficios para asociados por hora a tiempo parcial, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado por hora a tiempo parcial. Si es conductor de camión que trabaja a tiempo parcial, vea la siguiente información.

Además de estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado por hora a tiempo parcial, para poder inscribirse en los beneficios médicos, debe trabajar un promedio de al menos 30 horas semanales, con las siguientes excepciones:

- Los farmacéuticos por hora a tiempo parcial contratados antes del 1.º de febrero de 2012, no necesitan trabajar una cantidad mínima de horas a la semana.
- Los farmacéuticos por hora a tiempo parcial contratados a partir del 1.º de febrero de 2012 deben trabajar un promedio de al menos 24 horas por semana.
- Los asociados por hora a tiempo parcial en la cadena de suministro de campo deben trabajar un promedio de al menos 24 horas a la semana.
- Los asociados por hora a tiempo parcial en Hawái están sujetos a diferentes normas de elegibilidad para los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).

Si es asociado por hora a tiempo parcial, se revisarán las horas que trabaja para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos. Si es elegible para los beneficios médicos durante las primeras 52 semanas de trabajo, también será elegible para otros beneficios voluntarios al mismo tiempo. De lo contrario, será elegible para otros beneficios voluntarios después de haber estado empleado durante 52 semanas, independientemente de si es elegible para los beneficios médicos. Consulte la sección [Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos](#) de este capítulo para más información.

## ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS TEMPORALES

Para poder inscribirse en los beneficios del asociado temporal, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado temporal. Si está clasificado como asociado temporal, está sujeto a las normas de elegibilidad descritas en esta sección, independientemente de si trabaja a tiempo completo o parcial, o de si desempeña un puesto por hora o gerencial.

Además de estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado temporal, para poder inscribirse en los beneficios médicos, debe trabajar un promedio de al menos 30 horas semanales, con las siguientes excepciones:

- Los asociados por hora temporales de la cadena de suministro de campo deben trabajar un promedio de al menos 24 horas por semana.
- Los asociados temporales en Hawái están sujetos a reglas diferentes. Para obtener más información, consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).

Si usted es asociado temporal, se revisarán las horas que trabaja para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos. Si es elegible para los beneficios médicos durante las primeras 52 semanas de trabajo, también será elegible para otros beneficios voluntarios al mismo tiempo. En caso contrario,

será elegible para recibir otros beneficios voluntarios después de haber estado empleado durante 52 semanas, independientemente de que sea elegible para los beneficios médicos, según las condiciones del Plan. Para obtener más información, consulte la sección [Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos](#).

## ELEGIBILIDAD DE LOS CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL

Para poder inscribirse en los beneficios para conductores de camión a tiempo parcial, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa como conductor de camión a tiempo parcial. No es necesario que trabaje una cantidad mínima de horas a la semana para poder inscribirse en los beneficios médicos como conductor de camión a tiempo parcial.

## ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS GERENCIALES (INCLUIDOS LOS CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Para poder inscribirse en los beneficios como asociado gerencial o asalariado, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de Walmart como asociado gerencial, gerente en formación, farmacéutico de California por hora a tiempo completo o conductor de camión a tiempo completo.

## PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES

A menos que se indique lo contrario, usted no reúne los requisitos para el Plan si se encuentra en alguna de las siguientes categorías, incluso si resulta reclasificado por un tribunal, el IRS o el Departamento de Trabajo como empleado conforme a las normas del derecho consuetudinario de Walmart o de cualquier filial participante:

- Empleado contratado
- Extranjero no residente (a excepción de que, a los fines del seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, el seguro de muerte y discapacidad accidental y el seguro de accidentes en viajes de negocios, serán elegibles los extranjeros no residentes clasificados "a tiempo completo" en el sistema de nóminas de los EE. UU., y los extranjeros no residentes cubiertos por una póliza de seguro específica para expatriados o nacionales de países terceros que estén empleados por Walmart serán elegibles para los beneficios que se detallan en esas pólizas, sujeto a los términos de las pólizas)
- Contratista independiente
- Asesor
- Asociado que reside fuera de los Estados Unidos
- Persona que no está clasificada como asociado de Walmart ni de sus filiales participantes
- Asociado que está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados (solo aplicable a la elegibilidad para opciones de planes de seguro médico y beneficios de farmacia, incluidas las opciones de planes HMO y PPO), o
- Asociado cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, en la medida en que el acuerdo no prevea la participación en un beneficio ofrecido por el Plan.



## INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA OTRAS CATEGORÍAS DE ASOCIADOS

**Asociados que se inscriben en los beneficios médicos a través de una opción de plan HMO o PPO:** Algunos lugares de trabajo cuentan con opciones de planes médicos HMO y PPO. Las pólizas y los materiales de inscripción para las opciones de los planes HMO y PPO pueden describir diferentes requisitos de elegibilidad y períodos de espera en comparación con los que se describen en este capítulo. Si llegara a haber alguna diferencia entre los términos de elegibilidad de la opción del Plan para una HMO o PPO y los términos de elegibilidad aplicables a la cobertura médica del Plan tal y como se describe en este capítulo, los términos de elegibilidad de este capítulo prevalecerán.

Asimismo, algunas HMO requieren que los participantes acepten las condiciones de arbitraje, cuando esté permitido por ley, antes de que la cobertura de la HMO entre en vigencia. Si hay una HMO disponible en su zona y usted se inscribe, la HMO debe recibir su acuerdo dentro de un plazo de 60 días a partir de su inscripción inicial o su cobertura HMO no entrará en vigencia. Si la HMO no recibe su acuerdo dentro de un plazo de 60 días, no tendrá cobertura médica bajo el Plan médico para asociados (AMP) y no podrá volver a inscribirse hasta el siguiente período de Inscripción anual o hasta que tenga un evento de cambio de elección válido, como se describe en la sección **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual** de este capítulo.

**Asociados de Hawái:** Si usted es asociado por hora a tiempo completo, por hora a tiempo parcial o temporal en Hawái, existen normas especiales que rigen la elegibilidad y la inscripción en los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo. Consulte el capítulo titulado **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái**. Si es asociado gerencial en Hawái, las condiciones de elegibilidad e inscripción que se describen en este capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** se aplican a todos los beneficios.

**Asociados localizados:** Si Walmart ha aprobado su condición de localizado, usted y sus dependientes residentes en los Estados Unidos son elegibles para los mismos beneficios del Plan que los asociados que son ciudadanos estadounidenses que residen y trabajan en los Estados Unidos.

No es necesario obtener un número de Seguro Social para inscribirse en los beneficios del Plan. Se anula cualquier período de espera. Usted no es elegible para la cobertura del Plan como expatriado. Si usted es asociado localizado y un dependiente que reúne los requisitos reside fuera de los Estados Unidos, los reclamos médicos se procesarán como reclamos de la red, independientemente del estado de la red del proveedor, y se pagarán a la tasa de copago o coseguro aplicable para los cargos de la red, sujeto a las limitaciones y exclusiones aplicables según el Plan. En ese caso, usted o sus dependientes inscritos deben presentar una solicitud de reembolso según los procedimientos de reclamación del Plan.

## Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos

**NOTA:** Las normas que se exponen a continuación podrían verse afectadas por la transferencia de un puesto de trabajo a otro o por la finalización del empleo y la reincorporación a otro puesto. Debe revisar la sección **Cambio de una clasificación laboral a otra** más adelante en este capítulo para obtener más información si:

- Se transfiere de una clasificación laboral a otra, o
- Ha cesado en su empleo cuando era asociado por hora a tiempo parcial y vuelve a ser contratado menos de 13 semanas después de la fecha de cese del empleo en una clasificación laboral diferente, en cuyo caso se le tratará como si nunca hubiera cesado.



Si es asociado temporal o por hora a tiempo parcial, su elegibilidad para inscribirse en los beneficios médicos dependerá del promedio de horas que trabaje por semana. Las horas trabajadas se determinan sobre una base retrospectiva, tal como se describe en las siguientes secciones. Esta sección detalla descripciones de tres tipos diferentes de verificaciones de elegibilidad que se llevan a cabo para determinar la elegibilidad inicial y continua de los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios para los asociados temporales y por hora a tiempo parcial.

- **Durante las primeras 52 semanas de empleo:** Para determinar la elegibilidad para la cobertura de los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios, las horas se miden cada 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo. Consulte **Sus verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo** en esta sección.
- **A las 52 semanas de empleo:** Para determinar la elegibilidad para los beneficios médicos, las horas trabajadas a lo largo de las primeras 52 semanas consecutivas de empleo se miden una sola vez, al final de las 52 semanas. Consulte **Su verificación de elegibilidad por única vez a las 52 semanas de empleo** en esta sección.
- **Después de un año de empleo:** Para determinar la elegibilidad para los beneficios médicos en el siguiente año calendario, las horas trabajadas durante un periodo de 52 semanas se miden cada año. Consulte **Su verificación anual de elegibilidad** en esta sección.

Use la herramienta de elegibilidad por horas (EBH) en **One.Walmart.com/EBH** para verificar sus horas para el período de medición actual.

**NOTA:** Las verificaciones de elegibilidad descritas en esta sección no se aplican a los asociados por hora a tiempo parcial ni asociados temporales en Hawái. Para obtener más detalles, consulte el capítulo titulado **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái**.

## SUS VERIFICACIONES DE ELEGIBILIDAD DE 60 DÍAS DURANTE LAS PRIMERAS 52 SEMANAS DE EMPLEO

Si es un nuevo asociado por hora temporal o a tiempo parcial, la cantidad de horas que trabaje en los primeros 59 días de su empleo, a partir de su fecha de contratación, se contarán el 60.º día de empleo para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida, que se expresa como un número promedio por semana durante ese periodo de medición a fin de ser elegible para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios. Consulte a continuación la cantidad de horas que necesita.

Si está registrado como asociado por hora a tiempo parcial o temporal* en el sistema de Walmart y es:	Debe trabajar esta cantidad de horas en un periodo de medición durante sus primeras 52 semanas de empleo:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacéutico por hora contratado a partir del 1.º de febrero de 2012**</li> <li>Parte de la cadena de suministro de campo</li> </ul>	Un promedio de 24 horas por semana
<p>Todos los demás asociados por hora a tiempo parcial y temporales</p>	Un promedio de 30 horas por semana
<p>*Asociados por hora a tiempo parcial en Hawái: consultar el capítulo titulado <a href="#">Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái</a> para obtener más detalles.</p> <p>**No hay requisito de horas para los farmacéuticos por hora a tiempo parcial contratados antes del 1.º de febrero de 2012.</p>	

Si trabaja la cantidad de horas requerida durante sus primeros 59 días de empleo sin una interrupción de más de 30 días durante el periodo de medición, será elegible para inscribirse en los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales poco después de que finalice el periodo de medición. Si es elegible, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que cumple 89 días de trabajo, suponiendo que se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial. Si trabaja la cantidad de horas requerida en este periodo de medición de 59 días, sus horas no se volverán a medir durante sus primeras 52 semanas de empleo, incluso si no se inscribe en los beneficios durante su periodo de inscripción inicial. La próxima vez que se verifique su elegibilidad para los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) de esta sección.

**EJEMPLO:** Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2024, sus horas trabajadas desde ese día hasta el 13 de junio de 2024 se calcularán el 60.º día de empleo, que es el 14 de junio, para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante ese periodo de medición de 59 días. Si trabaja la cantidad de horas requerida durante este primer periodo de medición y no tiene una interrupción en el empleo de más de 30 días durante el periodo de medición, podrá inscribirse en los beneficios que están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que cumple 89 días de trabajo, suponiendo que se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial. Dado que su día 89 de trabajo sería el 13 de julio, sus beneficios entrarán en vigencia el 1.º de julio, suponiendo que se inscriba antes de que finalice su periodo de

inscripción inicial. No se le volverán a medir las horas durante sus primeras 52 semanas de trabajo, incluso si no se inscribe durante el periodo de inscripción inicial. La próxima vez que se verifique su elegibilidad para los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) de esta sección.

Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante sus primeros 59 días de empleo, sus horas se medirán durante los siguientes 60 días de empleo, siendo el primer día de este segundo periodo de medición su 60.º día de empleo. Si trabaja la cantidad de horas requerida durante este segundo periodo de medición sin una interrupción en el empleo de más de 30 días durante el periodo de medición, podrá inscribirse en los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que cumple 89 días de trabajo, medido a partir del primer día del periodo de medición aplicable (en este caso, el segundo periodo de medición), suponiendo que se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial. No se le volverán a medir las horas durante sus primeras 52 semanas de trabajo, incluso si no se inscribe en los beneficios durante el periodo de inscripción inicial. La próxima vez que se verifique su elegibilidad para los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) de esta sección.

**EJEMPLO:** Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2024, las horas que haya trabajado desde ese día hasta el 13 de junio de 2024 se calcularán el 60.º día de trabajo, el 14 de junio. Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante este periodo de medición de 59 días, el siguiente periodo de medición será el del periodo de 60 días que va del 14 de junio al 12 de agosto. Las horas que trabaje durante este periodo de medición de 60 días se medirán el 13 de agosto. Si trabaja la cantidad de horas requerida durante este segundo periodo de medición y no tiene una interrupción en el empleo de más de 30 días durante el periodo de medición, podrá inscribirse en los beneficios disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales, que entrarían en vigencia el primer día del mes en el que cumple 89 días de trabajo, contado a partir del primer día del segundo periodo de medición, suponiendo que se inscriba antes de que finalice su periodo de inscripción inicial. Dado que el día 89 de trabajo, a partir del 14 de junio, sería el 10 de septiembre, sus beneficios entrarían en vigencia el 1.º de septiembre, suponiendo que se inscriba antes de que finalice su periodo de inscripción inicial. No se le volverán a medir las horas durante sus primeras 52 semanas de trabajo, incluso si no se inscribe durante el periodo de inscripción inicial. La próxima vez que se verifique su elegibilidad para los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) de esta sección.

Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante el segundo periodo de medición, estas verificaciones de elegibilidad de 60 días continuarán durante cada periodo de medición de 60 días posterior, siendo el primer día del tercer periodo de medición el día siguiente al último día de su segundo periodo de medición, y así sucesivamente. Las verificaciones de elegibilidad de 60 días continuarán hasta la primera de las fechas en que se determine que ha trabajado la cantidad de horas requerida durante cualquier periodo de medición de 60 días o la fecha en que haya estado empleado durante 52 semanas. Si no trabaja la cantidad de horas requerida en cualquier periodo de medición durante sus primeras 52 semanas de empleo, sus horas se verificarán a las 52 semanas para determinar si ha trabajado las horas requeridas a lo largo de sus primeras 52 semanas de empleo. Esta verificación

por única vez de la elegibilidad se describe en [Su verificación de elegibilidad por única vez a las 52 semanas de empleo](#) de esta sección. Habrá un máximo de 6 verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo.

Si es elegible para los beneficios durante sus primeras 52 semanas de empleo como resultado de haber trabajado la cantidad de horas requerida en un periodo de medición de 60 días, su elegibilidad para los beneficios médicos continúa hasta el final del segundo año calendario siguiente a su fecha de contratación (el "periodo de elegibilidad para la cobertura médica"), suponiendo que siga siendo un asociado temporal o un asociado por hora a tiempo parcial. En el ejemplo anterior, el periodo de elegibilidad de la cobertura médica continuará hasta el final del año calendario 2026, que es el final del segundo año calendario siguiente a su fecha de contratación. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios que se describen en la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) continuará mientras siga siendo asociado temporal o asociado por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. No obstante, si no se inscribe en los beneficios médicos cuando es elegible por primera vez y antes de que finalice el periodo de inscripción inicial, no se le permitirá inscribirse en los beneficios médicos durante el resto de su periodo de elegibilidad de cobertura médica, excepto durante un periodo de inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual](#) más adelante en este capítulo. Asimismo, si no se inscribe en la mayoría de los beneficios voluntarios (a excepción del seguro de vida opcional) durante el periodo de inscripción inicial, tampoco se le permitirá inscribirse a menos que lo haga durante un periodo de inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección. Una vez que adquiera la elegibilidad para los beneficios voluntarios, podrá inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento. La próxima vez que se verifique su elegibilidad para los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) de esta sección.

**EJEMPLO:** En el ejemplo anterior, sus beneficios médicos continuarán hasta finales de 2026, a menos que abandone la cobertura durante el periodo de Inscripción anual de 2024 (para el año calendario 2025), o el periodo de Inscripción anual de 2025 (para el año calendario 2026), o si surge un evento de cambio de elección. Si no elige la cobertura médica durante el periodo de inscripción inicial, seguirá teniendo elegibilidad para los beneficios médicos hasta 2026. No obstante, no se le permitirá cambiar de elección e inscribirse en la cobertura médica excepto durante un periodo de inscripción anual o si surge un evento de cambio de elección. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Asimismo, si no se inscribe en la mayoría de los beneficios voluntarios durante el periodo de inscripción inicial, tampoco se le permitirá inscribirse a menos que lo haga durante un periodo de inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección. Una vez que adquiera la elegibilidad para los beneficios voluntarios, podrá inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento.

### Si toma tiempo libre durante cualquier periodo de medición de 60 días

Si toma cualquier tipo de licencia sin goce de sueldo durante un periodo de medición de 60 días, la cantidad total de días de licencia sin goce de sueldo en cualquier periodo de medición de 60 días se utilizará para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante ese periodo de medición a fin de ser elegible para la cobertura médica (incluso si no trabaja ninguna hora en uno o más días).

No obstante, si su ausencia se debe a una licencia de ausencia aprobada y registrada en el sistema de Walmart como licencia de ausencia (incluso para actuar como jurado, conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 ["FMLA"] o por licencia militar), la cantidad de días durante el periodo de medición de 60 días que estuvo gozando de una licencia aprobada no se considerará en la medición de sus horas. La determinación de si ha satisfecho la cantidad de horas requerida se basará en la cantidad de días durante el periodo de medición de 60 días, menos la cantidad de días que estuvo gozando de una licencia de ausencia aprobada. Por ejemplo, si toma una licencia de ausencia aprobada durante cinco días del periodo de medición de 60 días, su verificación de elegibilidad de 60 días incluirá 55 días en lugar de 60.

### Si deja Walmart durante las primeras 52 semanas de trabajo y vuelve a ser contratado

**NOTA:** Si usted ha cesado en su empleo cuando era asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal y vuelve a ser contratado menos de 13 semanas después de la fecha de cese del empleo en una clasificación laboral diferente, con el fin de determinar la admisibilidad y las fechas de entrada en vigencia, se le tratará como si su empleo nunca hubiera cesado y, en cambio, hubiera sido transferido de una clasificación laboral a otra. Debe revisar la sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) más adelante en este capítulo para obtener más información sobre la elegibilidad para los beneficios.

A los fines de las verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo, si cesa en el empleo como asociado por hora a tiempo parcial durante ese periodo de 52 semanas y vuelve a trabajar como asociado temporal o por hora a tiempo parcial dentro de los 30 días siguientes al cese, su elegibilidad para los beneficios médicos u otros beneficios al ser contratado de nuevo se determinará de acuerdo con las reglas que se muestran en la tabla de la siguiente página:

## SI SE VA DURANTE LAS PRIMERAS 52 SEMANAS DE TRABAJO Y VUELVE A SER CONTRATADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS

<p>Si no ha superado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de cese en el empleo</p>	<p>Las normas aplicables a las verificaciones de elegibilidad de 60 días seguirán aplicándose, en función de su fecha de contratación original, como si no hubiera cesado en el empleo. La verificación de los 60 días de elegibilidad para cada periodo de medición tendrá en cuenta únicamente los días que estuvo empleado durante el periodo de medición.</p> <p>Por ejemplo, si su empleo ha cesado por un periodo de 10 días durante el periodo de verificación de 60 días, la verificación de elegibilidad de 60 días para ese periodo considerará solo los 50 días que estuvo empleado durante el periodo de medición. No obstante, si ha tomado tiempo libre durante el periodo de empleo, consulte <b>Si toma tiempo libre durante cualquier periodo de medición de 60 días</b> en esta sección.</p>
<p>Si ha superado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de cese en el empleo</p>	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos hasta el final de su periodo de elegibilidad para la cobertura médica. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si estaba inscrito en beneficios médicos u otros beneficios voluntarios cuando cesó en el empleo, se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de su cese, con una interrupción de la cobertura durante el periodo de su ausencia en el que no se hayan pagado las primas, sujeto a las siguientes condiciones. A excepción de lo dispuesto a continuación, después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) hasta el siguiente periodo de Inscripción anual o si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</li> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios en la fecha de cese en su empleo, no podrá inscribirse en esos beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) cuando regrese, hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección.</li> </ul> <p>Si cesa en su empleo dentro de un año calendario después de que haya finalizado el periodo de Inscripción anual para el siguiente año calendario y vuelve antes del 31 de diciembre del año del cese en su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura predeterminada que le corresponde por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual).</p> <p>Si cesa en su empleo dentro de un año calendario y se reincorpora al trabajo en el año calendario siguiente y se encuentra en una de las siguientes categorías, puede llamar a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b> para inscribirse en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios dentro de los 60 días siguientes a su reincorporación al trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero no se inscribió.</li> <li>• Era elegible para los beneficios y estaba inscrito en ellos en el año en que cesó en el empleo y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar.</li> </ul> <p>Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional), hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El Plan Médico</b> para obtener información sobre su deducible, el máximo de desembolso, la HRA y el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de creación de familias de los Centros de excelencia, si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado. Para obtener información sobre el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de espera requeridos para la asistencia de ortodoncia si cesa en su empleo y luego vuelve a ser contratado, consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El plan dental dental</b>.</p>	

Sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si vuelve a ser contratado más de 30 días después del cese durante las primeras 52 semanas de empleo, se lo tratará como un asociado nuevo para fines de la verificación de 60 días para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios y estará sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días que se describen en **Sus verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo** en esta sección, incluso si había pasado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de cese en el empleo. No obstante, si vuelve a trabajar menos de 13 semanas desde la fecha de cese en el empleo, consulte **Su verificación de elegibilidad por única vez a las 52 semanas de empleo** y **Su verificación anual de elegibilidad** en esta sección para obtener información sobre cómo se trata su interrupción del servicio para fines de esas verificaciones de elegibilidad.

Si usted ha cesado en su empleo y vuelve a ser contratado 13 semanas o más después de la fecha de cese en el empleo, independientemente de su clasificación laboral, se considerará como un nuevo asociado, sujeto a las demás condiciones aplicables del Plan.

### SU VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR ÚNICA VEZ A LAS 52 SEMANAS DE EMPLEO

Si usted es un asociado temporal o por hora a tiempo parcial y no se le ofreció cobertura médica durante sus primeras 52 semanas de empleo porque no trabajó la cantidad de horas requerida en un periodo de medición de 60 días a fin de ser elegible para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios, su elegibilidad para los beneficios médicos se verificará de nuevo

a las 52 semanas de empleo. El periodo de medición para la verificación por única vez es la totalidad de las 52 semanas consecutivas a partir de su fecha de contratación y, en esta sección, se denomina el "periodo de medición inicial". Las horas trabajadas durante el periodo de medición inicial se medirán para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida, que se expresa como una cantidad promedio por semana, a fin de ser elegible para los beneficios médicos. Consulte a continuación la cantidad de horas que necesita.

Si está registrado como un asociado por hora a tiempo parcial o temporal* en el sistema de Walmart y es:	Debe trabajar esta cantidad de horas durante su periodo de medición inicial:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacéutico por hora contratado a partir del 1.º de febrero de 2012**</li> <li>Parte de la cadena de suministro de campo</li> </ul>	Un promedio de 24 horas por semana
Todos los demás asociados por hora a tiempo parcial y temporales	Un promedio de 30 horas por semana

\*Asociados por hora a tiempo parcial en Hawái: consultar el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#) para obtener más detalles.

\*\*No hay requisito de horas para los farmacéuticos por hora a tiempo parcial contratados antes del 1.º de febrero de 2012.

Podrá inscribirse en los beneficios médicos si trabaja la cantidad de horas requerida durante su periodo de medición inicial sin una interrupción en el empleo de 13 semanas o más. Si es elegible, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del segundo mes calendario siguiente al día anterior a la fecha de su primer aniversario, suponiendo que se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial. Asimismo, es posible que sea elegible para otros beneficios voluntarios, independientemente de que trabaje la cantidad de horas necesaria a fin de ser elegible para los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Para informarse acerca de los otros beneficios para los que puede ser elegible, consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo.

**EJEMPLO:** Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2023, se medirán sus horas trabajadas desde ese día hasta el 15 de abril de 2024 para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante el periodo de medición inicial. Será elegible para inscribirse en los beneficios médicos si trabaja la cantidad de horas requerida durante este periodo de medición inicial y no tiene una interrupción en el empleo de 13 semanas o más. Asimismo, podrá inscribirse en otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. En este ejemplo, todos los beneficios a los que se inscriba entrarán en vigencia el 1.º de junio de 2024, que es el primer día del segundo mes calendario siguiente al día anterior a la fecha de su primer aniversario, 15 de abril de 2024.

Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante su periodo de medición inicial a fin de ser elegible para los beneficios médicos, su elegibilidad para los beneficios médicos se verificará de nuevo al realizar la verificación anual de elegibilidad que sigue a su periodo de medición inicial, como se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección. Si en el ejemplo anterior no hubiera trabajado la cantidad de horas requeridas al momento de la verificación por única vez a las 52 semanas de empleo, su primera verificación anual de elegibilidad para los beneficios médicos para la cobertura médica de 2025 sería durante el otoño de 2024. Puede seguir siendo elegible para otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales, independientemente de si trabaja la cantidad de horas requerida a fin de ser elegible para los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Para informarse acerca de los otros beneficios para los que puede ser elegible, consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) en este capítulo.

Si es elegible para los beneficios como resultado de la verificación por única vez a las 52 semanas de empleo, su elegibilidad para los beneficios médicos continúa hasta el final del segundo año calendario siguiente a su fecha de contratación, independientemente de que se inscriba o no en la cobertura médica (su "periodo de elegibilidad para la cobertura médica"), sujeto a los términos del Plan que sean aplicables y suponiendo que su clasificación siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial en el sistema de nóminas de Walmart. En el ejemplo anterior, el periodo de elegibilidad de la cobertura médica continuaría hasta el final del año calendario 2025. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios que se describen en la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo continuará mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. No obstante, si no se inscribe en los beneficios médicos cuando reúne los requisitos por primera vez y antes de que finalice el periodo de inscripción inicial, no se le permitirá inscribirse en los beneficios médicos durante el resto de su periodo de elegibilidad de cobertura médica, excepto durante un periodo de inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual](#) más adelante en este capítulo. Asimismo, si no se inscribe en la mayoría de los beneficios voluntarios (a excepción del seguro de vida opcional) durante el periodo de inscripción inicial, tampoco se le permitirá inscribirse a menos que lo haga durante un periodo de inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección. Una vez que adquiera la elegibilidad para los beneficios voluntarios, podrá inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento. Su elegibilidad para los beneficios médicos no se volverá a verificar hasta la verificación anual que ocurre en el último año de su periodo de elegibilidad para la cobertura médica, como se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección.

### Si toma un tiempo libre durante el periodo de medición inicial

Si toma cualquier tipo de licencia sin goce de sueldo durante un periodo de medición inicial, la cantidad total de semanas de licencia sin goce de sueldo en cualquier periodo de medición inicial se utilizará para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante el periodo de medición inicial a fin de ser elegible para beneficios médicos (incluso si no trabaja ninguna hora una o más semanas).

Si su ausencia se debe a una licencia aprobada y registrada en el sistema de la empresa como licencia de ausencia (incluso para el servicio como jurado, licencia familiar y médica de 1993 ["FMLA"] o licencia militar), la cantidad de semanas durante el periodo de medición inicial que estuvo con licencia aprobada no se considerará en la medición de sus horas. La determinación de si ha satisfecho la cantidad de horas requerida se basará en la cantidad de semanas durante el periodo de medición inicial, menos la cantidad de semanas que estuvo con licencia de ausencia aprobada. Por ejemplo, si toma una licencia de ausencia aprobada de dos semanas durante el periodo de medición inicial de 52 semanas, su promedio de horas trabajadas se calculará sobre 50 semanas en vez de 52.

### Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Para fines de la verificación de elegibilidad por única vez a las 52 semanas de empleo, si cesa en su empleo y se reincorpora como asociado temporal o por hora a tiempo parcial menos de 13 semanas después de la fecha de cese en el empleo, su elegibilidad para los beneficios médicos u otros al ser contratado de nuevo se determinará de acuerdo con las reglas que se muestran en la siguiente tabla.

**NOTA:** Si usted ha cesado en su empleo cuando era asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal y vuelve a ser contratado menos de 13 semanas después de la fecha de cese del empleo en una clasificación laboral diferente, con el fin de determinar la admisibilidad y las fechas de entrada en vigencia, se le tratará como si su empleo nunca hubiera cesado y, en cambio, hubiera sido transferido de una clasificación laboral a otra. Revise la sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) más adelante en este capítulo para obtener más información y elegibilidad para los beneficios.

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DEL CESE EN EL EMPLEO:
Cesó en el empleo durante el periodo de medición inicial	Se le tratará como si no se hubiera ido del empleo durante el resto del periodo de medición inicial. Se utilizarán todas las horas trabajadas durante el periodo de medición inicial para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos como resultado de la verificación por única vez de la elegibilidad. Por ejemplo, si hay una interrupción de cuatro semanas en el servicio durante el periodo de medición inicial de 52 semanas, su promedio de horas se calculará utilizando las 48 semanas durante las cuales estuvo empleado, en vez de 52 semanas. Consulte <a href="#">Si toma un tiempo libre durante el periodo de medición inicial</a> en esta sección si ha tomado algún tiempo libre durante el periodo de medición inicial.
Cesó en el empleo después de su periodo de medición inicial, y Era elegible para los beneficios médicos, pero fue contratado de nuevo después de la finalización del periodo de cobertura médica, o No era elegible para los beneficios médicos en el momento de cese en el empleo	Su elegibilidad para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios se determinará como se describe en <a href="#">Su verificación anual de elegibilidad</a> en esta sección.

(Continúa en la página siguiente)

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DEL CESE EN EL EMPLEO: (CONTINUACIÓN)
<p>Cesó en el empleo después de su periodo de medición inicial, y</p> <p>Era elegible para los beneficios médicos en el momento del cese en el empleo, y</p> <p>Fue contratado nuevamente antes de que finalice el periodo de cobertura médica</p>	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos hasta el final de su periodo de elegibilidad para la cobertura médica. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de cese en el empleo, con una interrupción de la cobertura durante el periodo de su ausencia en el que no se hayan pagado las primas, sujeto a las siguientes condiciones:</p> <p>Si regresa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cese en el empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si estaba inscrito en beneficios médicos u otros beneficios voluntarios cuando cesó en el empleo, no se le permitirá cambiar la cobertura restablecida (a excepción del seguro de vida opcional) hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</li> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios en la fecha de cese en su empleo, no podrá inscribirse en esos beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) cuando regrese, hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección.</li> <li>• Si cesa en su empleo dentro de un año calendario después de que haya finalizado el periodo de Inscripción anual para el siguiente año calendario y vuelve antes del 31 de diciembre del año del cese en su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura predeterminada que le corresponde por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual).</li> <li>• Si cesa en su empleo dentro de un año calendario y se reincorpora al trabajo en el año calendario siguiente y se encuentra en una de las siguientes categorías, puede llamar a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b> para inscribirse en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios dentro de los 60 días siguientes a su reincorporación al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– No era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo</li> <li>– Era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero no se inscribió</li> <li>– Era elegible para los beneficios y estaba inscrito en ellos en el año en que cesó en el empleo y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar</li> </ul> </li> </ul> <p>Si vuelve al trabajo después de 30 días, pero menos de 13 semanas desde la fecha de cese en el empleo, tendrá 60 días después de su regreso para abandonar o modificar de otro modo la cobertura restablecida, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional), hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El Plan Médico</b> para obtener información sobre su deducible, el máximo de desembolso, la HRA y el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de creación de familias de los Centros de excelencia, si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado. Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El plan dental dental</b> para obtener información sobre el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de espera requeridos para la asistencia de ortodoncia si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado.</p>	

Si usted ha cesado en su empleo y vuelve a ser contratado 13 semanas o más después de la fecha de cese en el empleo, independientemente de su clasificación laboral, se considerará como un nuevo asociado, sujeto a las demás condiciones aplicables del Plan.

## SU VERIFICACIÓN ANUAL DE ELEGIBILIDAD

Si es asociado a tiempo parcial o temporal y ha estado empleado durante más de 52 semanas consecutivas, sin interrupción en el empleo de 13 semanas o más, sus horas se verificarán anualmente para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida, que se expresa como un número promedio por semana, a fin de ser elegible para los beneficios médicos en el siguiente año calendario. El periodo de medición para la verificación anual que se describe en esta sección será un periodo de 52 semanas que precede a una fecha designada anualmente a principios de octubre y se denomina "periodo de medición anual". Se le

someterá a la verificación anual de elegibilidad cada año para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos en el siguiente año calendario, siempre que siga siendo asociado temporal o asociado por hora a tiempo parcial. Consulte la siguiente página para determinar la cantidad de horas requerida.

Si era elegible para recibir beneficios médicos como resultado de las verificaciones de elegibilidad de 60 días o por única vez descritas anteriormente, su primera verificación de elegibilidad anual será la que se realice el año en que finalice su periodo de elegibilidad para la cobertura médica (como se ha definido anteriormente).

Si usted era asociado por hora a tiempo completo o asociado gerencial que fue transferido a una clasificación laboral de asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, su primera verificación anual de elegibilidad será la primera que se produzca después de su transferencia.

Si está registrado como asociado* por hora a tiempo parcial en el sistema de Walmart y es:	Debe trabajar esta cantidad de horas durante el periodo de medición anual:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacéutico por hora contratado a partir del 1.º de febrero de 2012**</li> <li>Parte de la cadena de suministro de campo</li> </ul>	Un promedio de 24 horas por semana
Todos los demás asociados por hora a tiempo parcial y temporales	Un promedio de 30 horas por semana
<p>*Asociados por hora a tiempo parcial en Hawái: consulten el capítulo titulado <a href="#">Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái</a> para obtener más detalles.</p> <p>**No hay requisito de horas para los farmacéuticos por hora a tiempo parcial contratados antes del 1.º de febrero de 2012.</p>	

Podrá inscribirse en los beneficios médicos en la Inscripción anual si trabaja la cantidad de horas requerida durante su periodo de medición anual, sin una interrupción en el empleo de 13 semanas o más. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el 1.º de enero del siguiente año calendario.

Si es elegible para los beneficios como resultado de la verificación de elegibilidad anual, su elegibilidad para los beneficios médicos continúa hasta el 31 de diciembre del año en que entre en vigencia, independientemente de que se inscriba realmente en los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables y suponiendo que siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial. No obstante, si no se inscribe en los beneficios médicos durante el periodo de inscripción anual, no se le permitirá inscribirse en los beneficios médicos durante el siguiente año calendario a menos que tenga un evento de cambio de elección, como se describe en la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) más adelante en este capítulo. Su elegibilidad para los beneficios médicos no se volverá a verificar hasta la siguiente verificación anual de elegibilidad, siempre y cuando siga siendo un asociado temporal o por hora a tiempo parcial.

Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante su periodo de medición anual a fin de ser elegible para los beneficios médicos, no se volverá a verificar su elegibilidad para los beneficios médicos hasta la siguiente verificación anual de elegibilidad, siempre que siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial.

Si está inscrito en los beneficios médicos en el año calendario en curso, pero no ha trabajado la cantidad de horas requerida para ser elegible para los beneficios médicos en el año calendario siguiente, no será elegible para los beneficios médicos para el año siguiente, a menos que su clasificación laboral cambie y cumpla los requisitos de elegibilidad en función de su nueva clasificación. No obstante, tendrá la opción, en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), de continuar con su cobertura médica cuando finalice el año calendario en curso. (Consulte el capítulo [COBRA](#) para obtener más información).

Asimismo, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios voluntarios, independientemente de que trabaje la cantidad de horas necesaria a fin de ser elegible para los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) para conocer otros beneficios para los que puede ser elegible.

### Si toma un tiempo libre durante el periodo de medición anual

Si toma cualquier tipo de licencia sin goce de sueldo durante el periodo de medición anual, se seguirá utilizando la cantidad total de semanas de licencia sin goce de sueldo en el periodo de medición anual para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante el periodo de medición anual para ser elegible para los beneficios médicos (incluso si no trabaja ninguna hora en una o más semanas).

Si su ausencia se debe a una licencia de ausencia aprobada y registrada en el sistema de la empresa como licencia de ausencia (incluso para el servicio como jurado, licencia familiar y médica de 1993 ["FMLA"] o licencia militar), la cantidad de semanas durante el periodo de medición anual que estuvo en una licencia de ausencia aprobada no se considerará en la medición de sus horas. La determinación de si ha cumplido con la cantidad de horas requerida se basará en la cantidad de semanas durante el periodo de medición anual, menos la cantidad de semanas que estuvo con licencia de ausencia aprobada. Por ejemplo, si toma una licencia de ausencia aprobada de dos semanas durante el periodo de medición anual, su promedio de horas trabajadas se calculará sobre 50 semanas en vez de 52.

### Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Para fines de la verificación anual de elegibilidad, si cesa en el empleo como asociado por hora a tiempo parcial o temporal y es contratado de nuevo como asociado a tiempo parcial o temporal en un plazo inferior a 13 semanas después de la fecha de cese en el empleo, se le considerará como si no hubiera dejado el empleo. Todas las horas trabajadas durante un periodo de medición anual se utilizarán para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos del año siguiente. Su elegibilidad para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios al ser contratado de nuevo antes de que pasen 13 semanas de la fecha de cese en el empleo se determinará de acuerdo con las reglas que se muestran en la tabla de la siguiente página.

**NOTA:** Si usted ha cesado en su empleo cuando era asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal y vuelve a ser contratado menos de 13 semanas después de la fecha de cese del empleo en una clasificación laboral diferente, con el fin de determinar la admisibilidad y las fechas de entrada en vigencia, se le tratará como si su empleo nunca hubiera cesado y, en cambio, hubiera sido transferido de una clasificación laboral a otra. Revise la sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) más adelante en este capítulo para obtener más información y elegibilidad para los beneficios.



SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DEL CESE EN EL EMPLEO:
<p>No es elegible para los beneficios médicos en el año en que vuelva a ser contratado, pero sí a otros beneficios voluntarios</p>	<p>Su elegibilidad para los beneficios médicos no se medirá de nuevo hasta la siguiente verificación anual de elegibilidad.</p> <p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para beneficios voluntarios (no médicos) mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de cese en el empleo, con una interrupción de la cobertura durante el periodo de su ausencia en el que no se hayan pagado las primas, sujeto a las siguientes condiciones:</p> <p>Si regresa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cese en el empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si estaba inscrito en beneficios voluntarios (que no sean médicos) cuando cesó en el empleo, no se le permitirá cambiar la cobertura restablecida (a excepción del seguro de vida opcional) hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</li> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios voluntarios (que no sean médicos) en la fecha de cese en el empleo, no podrá inscribirse en esos beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) cuando regrese, hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección.</li> <li>• Si cesa en el empleo dentro de un año calendario después de que haya finalizado el periodo de Inscripción anual para el siguiente año calendario y vuelve antes del 31 de diciembre del año de cese en el empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante el periodo de Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual).</li> <li>• Si cesa en el empleo dentro de un año calendario y se reincorpora al trabajo en el año calendario siguiente y se encuentra en una de las siguientes categorías, puede llamar a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b> para inscribirse en los beneficios voluntarios (que no sean médicos) dentro de los 60 días siguientes a su reincorporación al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– No era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo</li> <li>– Era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero no se inscribió</li> <li>– Era elegible para los beneficios y estaba inscrito en ellos en el año en que cesó en el empleo y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar</li> </ul> </li> </ul> <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas después de su fecha de cese en el empleo, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, dispondrá de 60 días después de su regreso para abandonar o modificar de otro modo la cobertura restablecida. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional), hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</p>

(Continúa en la página siguiente)

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DEL CESE EN EL EMPLEO: (CONTINUACIÓN)
<p>Es elegible para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios en el año de su nueva contratación</p>	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos hasta el final de su periodo de elegibilidad para la cobertura médica. Su elegibilidad para los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo asociado temporal o por hora a tiempo parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de cese en el empleo, con una interrupción de la cobertura durante el periodo de su ausencia en el que no se hayan pagado las primas, sujeto a las siguientes condiciones:</p> <p>Si regresa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cese en el empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si estaba inscrito en beneficios médicos u otros beneficios voluntarios cuando cesó en el empleo, no se le permitirá cambiar la cobertura restablecida (a excepción del seguro de vida opcional) hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</li> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios en la fecha de cese en su empleo, no podrá inscribirse en esos beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) cuando regrese, hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección.</li> <li>• Si cesa en el empleo dentro de un año calendario después de que haya finalizado el periodo de Inscripción anual para el siguiente año calendario y vuelve antes del 31 de diciembre del año de cese en el empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante el periodo de Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual). <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si cesa en su empleo dentro de un año calendario y se reincorpora al trabajo en el año calendario siguiente y se encuentra en una de las siguientes categorías, puede llamar a Servicios al personal al 800-421-1362 para inscribirse en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios dentro de los 60 días siguientes a su reincorporación al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– No era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo</li> <li>– Era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero no se inscribió</li> <li>– Era elegible para los beneficios y estaba inscrito en ellos en el año en que cesó en el empleo y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas después de su fecha de cese en el empleo, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, dispondrá de 60 días después de su regreso para abandonar o modificar de otro modo la cobertura restablecida. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional), hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El Plan Médico</b> para obtener información sobre su deducible, el máximo de desembolso, la HRA y el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de creación de familias de los Centros de excelencia, si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado. Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El plan dental</b> para obtener información sobre el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de espera requeridos para la asistencia de ortodoncia si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado.</p>	

Si usted ha cesado en su empleo y vuelve a ser contratado 13 semanas o más después de la fecha de cese en el empleo, independientemente de su clasificación laboral, se considerará como un nuevo asociado, sujeto a las demás condiciones aplicables del Plan.

Si tiene preguntas acerca del cálculo de horas para las verificaciones de elegibilidad, comuníquese con Servicios al personal al **800-421-1362**.

## Elegibilidad de los dependientes

Si es un gerente o asociado por hora a tiempo completo y es elegible para los beneficios del Plan, también puede inscribir a todos los dependientes que reúnan los requisitos, como se describe a continuación. Para fines del *Libro de beneficios para asociados*, el término "dependiente" incluye a su cónyuge/pareja. Si es asociado temporal o asociado por hora a tiempo parcial, o conductor de camión a tiempo parcial, y es elegible para los beneficios del Plan, solo puede inscribir a sus hijos dependientes además de inscribirse usted, no puede inscribir a su cónyuge/pareja.

CLASIFICACIÓN LABORAL	DEPENDIENTES ELEGIBLES (SEGÚN SE DEFINE A CONTINUACIÓN)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerencia (incluidos los conductores de camiones por hora a tiempo completo)</li> <li>Asociados por hora a tiempo completo (incluidos los gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo)</li> <li>Por hora a tiempo parcial</li> <li>Temporal</li> <li>Conductor de camión a tiempo parcial</li> </ul>	<p><b>Puede elegir cobertura para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cónyuge/pareja</li> <li>Hijos dependientes</li> </ul> <p><b>Puede elegir cobertura para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hijos dependientes</li> </ul> <p>Pero <i>no</i> cónyuge/pareja</p>

DEFINICIONES: DEPENDIENTES ELEGIBLES*	
Los dependientes que no se describen en esta tabla son dependientes que no reúnen los requisitos.	
<p><b>CÓNYUGE/PAREJA</b></p> <p>Los asociados temporales y a tiempo parcial no pueden obtener cobertura para un cónyuge/pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Su cónyuge, mientras no estén legalmente separados.</li> <li>Su pareja de hecho (o "pareja"), siempre que su pareja y usted:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Vivan y mantengan una relación exclusiva y comprometida, similar al matrimonio, durante 12 meses, como mínimo</li> <li>No estén casados entre sí ni con otras personas</li> <li>Tengan la edad para contraer matrimonio en el estado en el que viven y sean mentalmente competentes para celebrar un contrato;</li> <li>No estén relacionados de manera tal que esto impida un matrimonio legal en el estado en el que viven, y</li> <li>No mantengan la relación únicamente a los fines de obtener la cobertura de beneficios.</li> </ul> </li> <li>Cualquier otra persona con la que esté unido mediante una relación legal reconocida por crear algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual se estableció la relación (también denominada "pareja").</li> </ul>
<p><b>HIJOS DEPENDIENTES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A excepción de como se indica a continuación, sus hijos dependientes hasta el final del mes en el cual cumplan 26 años. Los hijos dependientes deben:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Ser sus hijos naturales</li> <li>Ser sus hijos adoptivos o niños entregados a usted en adopción</li> <li>ser sus hijastros o hijos de su pareja elegible, con las siguientes condiciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>la elegibilidad finalizará en caso de divorcio o cambio en el estado de pareja, incluso si su hijo es menor de 26 años</li> <li>La elegibilidad finalizará en caso de muerte de su cónyuge o pareja, si su hijo es menor de 18, o</li> <li>La elegibilidad continuará hasta los 26 años en caso de muerte de su cónyuge o pareja, si al momento de la muerte: i) el niño ha cumplido los 18 años, y ii) el niño está inscrito en el Plan.</li> </ul> </li> <li>Ser niños en adopción temporal</li> <li>Ser un dependiente del cual usted tenga la custodia o tutela legal siempre que viva como miembro de su grupo familiar y usted esté a cargo de más de la mitad de su sostén.</li> </ul> </li> </ul>
<p>*Incluso si su dependiente está incluido en una de las categorías de esta tabla, puede haber casos en los que ese dependiente no sea elegible para la cobertura por otros motivos. Consulte la sección titulada <b>Dependientes que no son elegibles</b> más adelante en este capítulo.</p>	

Si una persona es su dependiente elegible y deja de cumplir con la definición de dependiente elegible, esa persona dejará de ser elegible para la cobertura del Plan y usted está obligado a informar el cambio de condición. Para más información, consulte **Cuando el dependiente pierde la elegibilidad** más adelante en este capítulo. Si no informa el cambio, puede estar sujeto a la pérdida de beneficios y/o al despido.

Si una orden judicial le obliga a proporcionar cobertura médica, dental, y/o de la visión a su hijo, este debe ser un dependiente que reúne los requisitos como se ha definido anteriormente. Para obtener más información sobre cómo el Plan gestiona una orden de manutención médica, consulte **Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas** más adelante en este capítulo.

Si está inscrito para la cobertura médica en una opción del plan local, en la opción HMO o en la opción del plan PPO, debe tener en cuenta que estas opciones no ofrecen cobertura fuera de la red y no ofrecen redes de proveedores a nivel nacional. Si tiene un dependiente elegible que vive fuera del área de servicio de la opción de su Plan médico para asociados (AMP), igualmente puede inscribir a sus dependientes elegibles, pero no tendrán acceso a los proveedores de la red del área geográfica en la que vivan y solo tendrán acceso a la cobertura de emergencia. Si no está seguro de que su dependiente elegible viva fuera del área de servicio de su opción del AMP, llame a su asesor de atención médica al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

## SI SU HIJO TIENE MÁS DE 26 AÑOS Y NO PUEDE MANTENERSE SOLO

Si su hijo tiene 26 años o más y es incapaz de mantenerse solo, puede inscribirlo en la cobertura más allá del final del mes en que cumpla 26 años si:

- Su hijo es física o mentalmente incapaz de mantenerse a sí mismo y depende principalmente de usted para su manutención financiera, y
- El médico de su hijo proporciona evidencia médica por escrito de la discapacidad su hijo.

Si su hijo tiene 26 años o más y es incapaz de mantenerse solo según lo descrito anteriormente, puede inscribirlo en la cobertura durante su periodo de inscripción inicial, durante cualquier Inscripción anual o si tiene un evento de cambio de elección que permita la inscripción de un hijo dependiente.

Es posible que se requieran comprobantes médicos de la discapacidad permanente. Usted es responsable de notificar al Plan si su hijo tiene más de 26 años y es incapaz de mantenerse solo.

## Documentación legal para la cobertura de los dependientes

El Plan se reserva el derecho de realizar una auditoría de verificación de elegibilidad de los dependientes. Se le puede pedir que presente documentación legal para demostrar la elegibilidad de su dependiente. Es su responsabilidad presentar documentación por escrito si el Plan se lo exige. Si no proporciona la documentación necesaria de manera oportuna, el Plan tiene derecho a cancelar la cobertura del dependiente. Es su responsabilidad informar al Plan, de manera oportuna, sobre todos los cambios en la elegibilidad de sus dependientes.

A continuación, se detallan algunos ejemplos de documentación válida:

**Cónyuge:** Copia del certificado de matrimonio o del registro del matrimonio informal emitido por el condado o el estado. Si no contrajo matrimonio en el año calendario en curso, también puede requerirse, si se solicita, una copia de su declaración de impuestos federales presentada conjuntamente en el período de declaración de impuestos más reciente, o de las declaraciones de impuestos de ambos si declaran por separado.

**Pareja de hecho:** Copia de la declaración jurada de la pareja de hecho (firmada por usted y su pareja) o del registro de la unión civil o de la pareja de hecho y uno de los siguientes documentos como constancia de su relación:

- Constancia de residencia compartida a través de una declaración de hipoteca conjunta o un contrato de alquiler conjunto
- Título o registro del automóvil que demuestre la propiedad conjunta del vehículo
- Extracto de cuenta corriente, bancaria o de inversión conjunta\*
- Extracto de cuenta de crédito conjunta\*
- Factura de servicios públicos conjunta\*
- Testamento o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

\*Estos documentos deben estar fechados dentro de los 60 días siguientes a la solicitud de documentación.

**Hijos:** Copia de los siguientes documentos, según corresponda:

- **Hijo biológico o legalmente adoptado:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado en el que figure el nombre del asociado o una orden judicial firmada.
- **Hijastro:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado en el que figuren los nombres de los padres y copia del certificado de matrimonio. Si no contrajo matrimonio en el año calendario en curso, también se requiere una copia de su declaración de impuestos federales presentada conjuntamente en el período de declaración impuestos más reciente, o de las declaraciones de impuestos de ambos si declaran por separado.
- **Hijo de la pareja o pareja de hecho:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado y constancia de que se ha establecido una unión o pareja de hecho.
- **Niño en adopción temporal:** Carta firmada por un oficial de los servicios sociales que confirme que el niño ha sido colocado bajo su cuidado.
- **Hijo bajo su custodia o tutela legal:** Orden judicial firmada.
- **Niño al que un tribunal u organismo le ha ordenado que cubra:** Orden de cobertura médica para menores firmada. Consulte [Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas](#) más adelante en este capítulo.
- **Hijo mayor de 26 años incapaz de mantenerse solo:** Pruebas médicas de discapacidad permanente.

**NOTA:** En algunos casos, es posible que tenga que completar también una declaración jurada.

## Dependientes que no son elegibles

Su dependiente no es elegible para recibir la cobertura del Plan en los siguientes casos:

- Residir fuera de los EE. UU. (no se aplica al seguro de vida opcional para dependientes, seguro por muerte accidental y desmembramiento ("AD&D"), seguro por enfermedad grave ni al seguro de accidentes, y tampoco si el dependiente asiste a la universidad a tiempo completo fuera de los EE. UU.)
- Está cubierto por un plan para expatriados
- No es un dependiente elegible como se definió en [Elegibilidad de los dependientes](#) anteriormente en este capítulo
- Es un asociado de Walmart que ya está inscrito en el Plan (no se aplica al seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, enfermedades graves ni seguro contra accidentes)
- Es dependiente de otro asociado de Walmart y ya está inscrito en la cobertura del Plan (no se aplica al seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, enfermedades graves y seguro contra accidentes)
- Está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados (solo aplicable para quienes reúnan los requisitos para opciones de AMP y beneficios de farmacia, incluidas las opciones de planes HMO y PPO)
- Está en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país (solo se aplica al seguro de vida opcional o al seguro de muerte y desmembramiento accidental).

## Cuando el dependiente pierde la elegibilidad

Si el dependiente está inscrito en la cobertura del Plan y deja de ser elegible para la cobertura, debe notificar a Servicios al personal al **800-421-1362** dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente deja de ser elegible. Si su dependiente está inscrito en la cobertura médica, dental o de la visión y usted notifica a Servicios al personal dentro de este plazo, el Plan enviará un aviso de elección para que su dependiente pueda elegir continuar con la cobertura conforme a la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). La elección del dependiente de inscribirse en la cobertura de la ley COBRA se debe recibir dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente pierde la cobertura o la fecha de notificación de elección, si es más tarde. Para obtener más información, consulte el capítulo **COBRA**.

Si no llama a Servicios al personal al **800-421-1362** para notificar al Plan cuando su dependiente deja de ser elegible para la cobertura, puede considerarse una tergiversación intencional de hechos relevantes, lo que podría causar la cancelación de la cobertura. Si el dependiente deja de ser elegible para la cobertura y usted no llama a Servicios al personal para notificar al Plan, puede ser responsable de cualquier costo que el Plan pague por error después de la fecha en que el dependiente dejó de ser elegible.

## Cuándo puede inscribirse en los beneficios

**NOTA:** A menos que esté categorizado como asociado gerencial o gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, debe inscribirse *antes* de la fecha de entrada en vigencia. Consulte **Cuándo entra en vigencia la cobertura** en la página siguiente, y la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** más adelante en este capítulo para obtener más detalles.

Debe inscribirse en la cobertura de beneficios durante el "periodo de inscripción inicial". El "periodo de inscripción inicial" es la primera vez que es elegible para inscribirse. Los plazos de los periodos de inscripción inicial varían según la clasificación laboral y pueden cambiar si esta se modifica, siempre que no haya tenido ya un "periodo de inscripción inicial" mientras se encontraba dentro de la clasificación anterior. Para obtener más información, consulte **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** más adelante en este capítulo y también la tabla que se aplica a su clasificación laboral. Si no se inscribe durante el periodo de inscripción inicial, no podrá inscribirse en los siguientes beneficios hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual** de este capítulo:

- Plan médico, incluidas las opciones del plan HMO y PPO (sujeto a los controles de elegibilidad descritos en la sección anterior de este capítulo **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos**)
- Dental

- De la vista
- Plan mejorado de discapacidad a corto plazo
- Discapacidad a largo plazo (LTD) o LTD para conductores de camión (véase la importante excepción relativa a "inscripción tardía" en esta página)
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro contra accidentes
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Puede agregar o cancelar el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes (o agregar cobertura adicional) en cualquier momento luego de ser elegible. Consulte las excepciones importantes relativas a la "Certificado de buena salud" y a la "inscripción tardía" que se indican a continuación.

**Certificado de buena salud.** Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja durante el periodo de inscripción inicial por un monto superior al garantizado o por el monto garantizado y luego aumenta la cobertura para usted o su cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud. Para obtener más información, consulte **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** más adelante en este capítulo y también la tabla que se aplica a su clasificación laboral. No es necesario presentar un Certificado de buena salud para el seguro de vida opcional para hijos dependientes, independientemente de la fecha de inscripción.

**Inscripción tardía.** Si no se inscribe en el plan de discapacidad para conductores de camión, el seguro de vida por discapacidad a largo plazo o discapacidad a largo plazo para conductores de camión durante el periodo de inscripción inicial y luego opta por la cobertura en una fecha posterior, según lo permitido por el Plan, se considerará una "inscripción tardía" y tendrá que presentar Certificado de buena salud. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o en el seguro de vida opcional para dependientes durante el periodo de inscripción inicial por un monto superior al garantizado o por el monto garantizado y luego aumenta la cobertura para usted o su cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, también deberá presentar un Certificado de buena salud. No es necesario presentar un Certificado de buena salud para el seguro de vida opcional para hijos dependientes, independientemente de la fecha de inscripción. Para obtener más información, consulte **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** más adelante en este capítulo y también la tabla que se aplica a su clasificación laboral.

## SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Si inscribe a sus dependientes que reúnen los requisitos en el Plan, deben tener la misma cobertura que usted elige para usted mismo (es decir, estarán inscritos en la misma opción de plan médico en la que usted está inscrito). Puede cambiar su cobertura durante la Inscripción anual o si surge un evento de cambio de elección. Consulte la sección **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual** más adelante en este capítulo.

## CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Una vez que se inscribe para la cobertura, puede ver el recibo de confirmación en [One.Walmart.com/Enroll](https://One.Walmart.com/Enroll). Se facilitará una declaración de confirmación en cuanto sea administrativamente posible; es probable que transcurra al menos un día antes de que la declaración de confirmación esté lista para ser revisada. Si encuentra un error con respecto a los beneficios en los que se inscribió, debe comunicarse de inmediato con Servicios al personal al **800-421-1362**.

## SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Cuando se inscriba en las opciones de cobertura médica según lo establecido en el Plan médico para asociados (AMP), recibirá una tarjeta de identificación del plan en su domicilio. Las tarjetas de identificación del Plan para dependientes cuya dirección sea diferente de la suya se enviarán directamente a la dirección del dependiente. Su tarjeta de identificación del plan también funciona como su tarjeta de identificación de farmacia.

Si se inscribe en cualquiera de las opciones de cobertura médica del Plan AMP o del Plan PPO (si corresponde) y también se inscribe en el Plan dental para asociados (el "plan dental") y/o en el Plan de visión para asociados (el "plan de la visión"), su tarjeta de identificación del plan servirá también como tarjeta de identificación dental y/o tarjeta de identificación de la visión.

Si se inscribe en una HMO y también en el plan dental y/o el plan de la visión, recibirá tarjetas de identificación separadas para ambos planes.

Si se inscribe para el plan dental o el plan de la visión únicamente, recibirá tarjetas de identificación separadas para esos planes. Las tarjetas de identificación se enviarán por correo a su domicilio.

Puede actualizar la dirección de sus dependientes menores de 18 años cuando se inscribe en línea o en cualquier momento en [One.Walmart.com/Enroll](https://One.Walmart.com/Enroll). Si su dependiente tiene 18 años o más, deberá comunicarse con Servicios al personal al **800-421-1362** para actualizar su dirección. Como recordatorio, los asociados deben actualizar sus direcciones a través de Workday.

## Cuándo entra en vigencia la cobertura

Consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener más detalles sobre las fechas de entrada en vigencia de la cobertura. Si bien debería inscribirse tan pronto como se abra el periodo de inscripción inicial, incluso después de inscribirse, es posible que tenga que completar un periodo de espera de elegibilidad aplicable o los requisitos de trabajo activo antes de que su cobertura entre en vigencia.

### "TRABAJO ACTIVO" O "ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO"

**Gastos médicos, dentales, de la visión, por enfermedad grave, por accidente, muerte accidental y desmembramiento ("AD&D") y Mis recursos de salud mental:** Siempre y cuando se haya inscrito y las primas aplicables estén al día, la cobertura entrará en vigencia, aunque no se encuentre en el trabajo el día en que de otro modo entraría en vigencia (por ejemplo: por enfermedad), si se ha presentado a su primer día de trabajo en Walmart. No es necesario inscribirse ni pagar primas para Mis recursos de salud mental.

**Seguro contra accidentes durante viajes de negocios, seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y dependientes y todo tipo de discapacidad:** Si se encuentra con licencia de ausencia en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia, dicha cobertura se aplazará hasta que se encuentre en el empleo activamente y no con licencia de ausencia, siempre que se haya inscrito y las primas aplicables estén al día. No se requiere inscripción ni pago de primas para el seguro contra accidentes durante viajes de negocios, el seguro de vida pagado por la compañía o la cobertura básica de discapacidad a corto plazo.

## REINSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si actualmente está inscrito en los beneficios y es elegible para esos mismos beneficios durante el siguiente año calendario, pero no hace una elección afirmativa relacionada con esos beneficios durante la Inscripción anual, usted y cualquier dependiente para el que tenga cobertura se reinscribirán automáticamente en las opciones de cobertura más parecidas a las que tiene actualmente. Para obtener más información, consulte el material de inscripción anual que se le ha proporcionado y que está publicado en línea en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). Llame a Servicios al personal al **800-421-1362** para obtener información.

Si no realiza una elección afirmativa durante la Inscripción anual y está inscrito automáticamente en la cobertura que se describe anteriormente, no podrá cambiar esta cobertura excepto durante el periodo de Inscripción anual, a menos que surja un evento de cambio de elección.

Si no realiza una elección afirmativa durante el periodo de Inscripción anual, como se ha descrito anteriormente, se considerará que ha dado su consentimiento a la reinscripción automática, y sus deducciones de nómina se ajustarán en consecuencia.

## Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

**NOTA:** Si usted ha cesado en el empleo en una clasificación laboral en particular y vuelve a ser contratado menos de 13 semanas después de la fecha de cese en una clasificación laboral diferente, para fines de determinar la admisibilidad y las fechas de entrada en vigencia, se le tratará como si su empleo nunca hubiera cesado en el empleo y, en cambio, hubiera pasado de una clasificación laboral a otra. Debe revisar la sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) más adelante en este capítulo para obtener más información sobre la elegibilidad para los beneficios.

Si cesa en el empleo como asociado por hora a tiempo completo antes de cumplir los requisitos de elegibilidad aplicables y vuelve a Walmart como asociado por hora a tiempo completo menos de 13 semanas después de su fecha de cese, para fines de determinar la elegibilidad y las fechas de entrada en vigencia, se considerará como si nunca hubiera cesado en el empleo. Por ejemplo, si es contratado el 1.º de enero, cesa en el empleo el 15 de febrero y vuelve a ser contratado el 10 de marzo, su elegibilidad se determinará como si nunca hubiera cesado en el empleo. Si hubiera seguido trabajando, habría sido elegible para los beneficios el 1.º de marzo, ya que ese habría sido el primer día del mes en el que hubiera trabajado 89 días. Si lo vuelven a contratar el 10 de marzo, será elegible para los beneficios inmediatamente porque su fecha de entrada en vigencia habría sido el 1.º de marzo.

## GERENTES, EMPLEADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO Y CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO Y PARCIAL

Si cesa en el empleo (independientemente de si es gerente, empleado por hora a tiempo completo, gerente por hora a tiempo completo del Centro de Visión o asociado conductor de camión a tiempo completo o parcial) después de cumplir los requisitos de elegibilidad aplicables para los beneficios, y vuelve a Walmart en la misma clasificación laboral que cuando cesó en el empleo, su elegibilidad para los beneficios se determinará de acuerdo con las reglas que se muestran en la tabla siguiente:

SI USTED	
<p>Es contratado de nuevo en menos de 13 semanas después de la fecha de cese en el empleo</p>	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios mientras siga siendo un asociado que sea gerente, por hora a tiempo completo, gerente del Centro de visión a tiempo completo o conductor de camión a tiempo completo o parcial, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de cese en el empleo, con una interrupción de la cobertura durante el periodo de su ausencia en el que no se hayan pagado las primas, sujeto a las siguientes condiciones:</p> <p>Si regresa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cese en el empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si estaba inscrito en beneficios médicos u otros beneficios voluntarios cuando cesó en el empleo, no se le permitirá cambiar la cobertura restablecida (a excepción del seguro de vida opcional) hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</li> <li>• A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios en la fecha de cese en su empleo, no podrá inscribirse en esos beneficios (a excepción del seguro de vida opcional) cuando regrese, hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si surge un evento de cambio de elección.</li> <li>• Si cesa en su empleo dentro de un año calendario después de que haya finalizado el periodo de Inscripción anual para el siguiente año calendario y vuelve antes del 31 de diciembre del año del cese en su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura predeterminada que le corresponde por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual).</li> <li>• Si cesa en su empleo dentro de un año calendario y se reincorpora al trabajo en el año calendario siguiente y se encuentra en una de las siguientes categorías, puede llamar a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b> para inscribirse en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios dentro de los 60 días siguientes a su reincorporación al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Era elegible para inscribirse en los beneficios en el año en que cesó en el empleo, pero no se inscribió</li> <li>– Era elegible para los beneficios y estaba inscrito en ellos en el año en que cesó en el empleo y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar</li> </ul> </li> </ul> <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas después de su fecha de cese en el empleo, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, dispondrá de 60 días después de su regreso para abandonar o modificar de otro modo la cobertura restablecida. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios (a excepción del seguro de vida opcional), hasta el siguiente periodo de Inscripción anual, o si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El Plan Médico</b> para obtener información sobre su deducible, el máximo de desembolso, la HRA y el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de creación de familias de los Centros de excelencia, si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado. Consulte la sección <b>Si deja Walmart y vuelve a ser contratado</b> en el capítulo <b>El plan dental dental</b> para obtener información sobre el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de espera requeridos para la asistencia de ortodoncia si cesa en el empleo y luego vuelve a ser contratado.</p>	

Si se reincorpora como gerente, empleado por hora a tiempo completo, gerente del Centro de visión a tiempo completo o conductor de camión a tiempo completo o parcial 13 semanas o más después de su fecha de cese en el empleo, se lo considerará como un asociado nuevo, sujeto a las demás condiciones aplicables del Plan.

## ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO PARCIAL Y TEMPORALES

Para obtener información sobre los beneficios si deja Walmart y vuelve a ser contratado, consulte la sección [Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos](#) que aparece anteriormente en este capítulo.

## Fechas de entrada en vigencia de los beneficios del Plan

Las siguientes tablas [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) indican las fechas de entrada en vigencia de su cobertura si se inscribe y trabaja activamente, como se ha definido anteriormente, en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Si no está trabajando activamente en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia, dicha cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a trabajar activamente. Consulte ["Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"](#) más arriba en este capítulo para obtener más información. Si cesa en el empleo antes de inscribirse en los beneficios durante el período de inscripción inicial, no será elegible para inscribirse tras su fecha de cese en el empleo. Cada beneficio está sujeto a términos y condiciones específicos. Para conocer más detalles, consulte el Libro de beneficios para asociados.

Si usted es un asociado por hora a tiempo completo, por hora a tiempo parcial o temporal en Hawái, existen normas especiales que rigen la elegibilidad y la inscripción de los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo. Consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).

## Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral

ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)		
Incluye a los farmacéuticos por hora a tiempo completo, los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.		
<b>NOTA:</b> No debe confundir el período de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.		
Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Planes HMO</li> <li>Dental               <ul style="list-style-type: none"> <li>– La inscripción es por dos años calendario completos</li> </ul> </li> <li>De la vista</li> <li>Seguro por enfermedades graves</li> <li>Seguro contra accidentes</li> <li>AD&amp;D</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior a la fecha de vigencia de su cobertura.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</p>	Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</a> de este capítulo.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro de vida pagado por la compañía</li> </ul>	Se le inscribe automáticamente el primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis recursos de salud mental</li> <li>Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</li> </ul>	Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.	

(Continúa en la página siguiente)



**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)**

Incluye a los farmacéuticos por hora a tiempo completo (excepto los farmacéuticos por hora a tiempo completo de California), los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida opcional para asociados</li> <li>• Seguro de vida opcional para dependientes</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Su período inicial de inscripción comienza en la fecha de su primer pago quincenal y termina el día anterior al primer día del mes calendario que contenga su día 89 de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Asimismo, puede inscribirse, aumentar o cancelar la cobertura en cualquier momento una vez finalizado el periodo de inscripción inicial.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:**</b> <b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo.</li> <li>• Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, la cobertura para usted y su cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted (o su cónyuge/pareja) no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted (o su cónyuge/pareja) quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumpla 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</li> </ul> <p><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> La cobertura para usted y su cónyuge/pareja (incluido un aumento de la cobertura elegida anteriormente) está sujeta a la aprobación de Prudential.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/ pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.</li> <li>• No es necesario presentar un Certificado de buena salud para los hijos que inscriba en la cobertura opcional para dependientes.</li> </ul> <p>Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan básico de discapacidad a corto plazo             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cobertura básica (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; en Nueva York se ofrece una cobertura diferente)</li> <li>– Beneficios de maternidad</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo <a href="#">Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo</a>.</i></p>	<p>Su inscripción es automática en el aniversario de 12 meses de la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>

(Continúa en la página siguiente)

**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)**

Incluye a los farmacéuticos por hora a tiempo completo (excepto los farmacéuticos por hora a tiempo completo de California), los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de discapacidad a corto plazo mejorado (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; el plan de discapacidad a corto plazo mejorado está disponible en Nueva York)</li> </ul> <p>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo <a href="#">Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo</a>.</p>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses desde su fecha de contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia 12 meses después de la fecha en que se inscribe en la cobertura durante la Inscripción anual o, en el caso de un evento de cambio de elección, 12 meses después de la fecha del evento.</li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual</a> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) (incluidos los beneficios mejorados)</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses desde su fecha de contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección, su cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que se inscriba, o 2) en el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.</li> <li>– Si se inscribe en la cobertura durante la Inscripción anual para el próximo año del Plan, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el 1.º de enero de ese año o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual</a> de este capítulo.</p>
<p>*Consulte la tabla de asociados gerenciales si está clasificado como "farmacéutico de California por hora a tiempo completo" en los sistemas de nóminas de Walmart.</p> <p>**Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su cónyuge/pareja o hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección <a href="#">"Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"</a> de este capítulo.</p>	

GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO		
NOTA: No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.		
Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Planes HMO</li> <li>Dental               <ul style="list-style-type: none"> <li>La inscripción es por dos años calendario completos</li> </ul> </li> <li>De la vista</li> <li>Seguro por enfermedades graves</li> <li>Seguro contra accidentes</li> <li>AD&amp;D</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al 60.º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de contratación.</p>	<p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis recursos de salud mental</li> <li>Seguro de vida pagado por la compañía</li> <li>Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</li> </ul>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro de vida opcional para asociados</li> <li>Seguro de vida opcional para dependientes</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Su periodo inicial de inscripción comienza en la fecha de su primer pago quincenal y termina el día anterior al 60º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Asimismo, puede inscribirse, aumentar o cancelar la cobertura en cualquier momento una vez finalizado el periodo de inscripción inicial.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:*</b> <b>Si se inscribe durante el periodo de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.</li> <li>Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, la cobertura para usted y su cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted (o su cónyuge/pareja) no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted (o su cónyuge/pareja) quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se inscriba.</li> </ul> <p><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del periodo de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura para usted y su cónyuge/pareja (incluido un aumento de la cobertura elegida anteriormente) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.</li> <li>No es necesario presentar un Certificado de buena salud para los hijos que inscriba en la cobertura opcional para dependientes.</li> </ul> <p>Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan básico de discapacidad a corto plazo               <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura básica (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; en Nueva York se ofrece una cobertura diferente)</li> <li>Beneficios de maternidad</li> </ul> </li> </ul> <p>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo <b>Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo</b>.</p>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>	

(Continúa en la página siguiente)

**GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)**

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan mejorado por discapacidad a corto plazo (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York está disponible en Nueva York)</li> </ul> <p>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo <a href="#">Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo</a>.</p>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al 60.º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia el día de su contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia 12 meses después de la fecha en que se inscribe en la cobertura durante la Inscripción anual o, en el caso de un evento de cambio de elección, 12 meses después de la fecha del evento.</li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</a> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) (incluidos los beneficios mejorados)</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al 60.º día siguiente a su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia el día de su contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que usted se inscriba.</li> <li>– Si se inscribe en la cobertura durante la Inscripción Anual para el próximo año del Plan, su cobertura entrará en vigencia el 1.º de enero de ese año.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</a> de este capítulo.</p>
<p>*Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su cónyuge/pareja o hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección <a href="#">"Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"</a> de este capítulo.</p>	

ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPORALES	
Excluye a los conductores de camión a tiempo parcial	
<b>NOTA:</b> No debe confundir el período de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.	
Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico*</li> <li>Planes HMO</li> <li>Dental               <ul style="list-style-type: none"> <li>La inscripción es por dos años calendario completos</li> </ul> </li> <li>De la vista</li> <li>Seguro por enfermedades graves</li> <li>Seguro contra accidentes</li> <li>AD&amp;D</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b></p> <p><b>Si reúne los requisitos para beneficios médicos y otros beneficios durante las primeras 52 semanas de empleo como resultado de haber trabajado el número de horas requerido en un ciclo de medición de 60 días:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha en que se le notifica por primera vez que cumple los requisitos de elegibilidad y el día anterior a la fecha en que se cumplen 60 días de la notificación. Consulte la sección titulada <b>Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos</b>.*</p> <p><b>Si es elegible para los beneficios médicos como resultado del control anual de elegibilidad que se realiza a las 52 semanas de trabajo:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha siguiente a la semana 52 de aniversario y el día anterior al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de la semana 52 de aniversario.</p> <p><b>Independientemente de si es elegible para los beneficios médicos como resultado de las verificaciones de elegibilidad descritas anteriormente:</b> Después de 52 semanas de empleo, podrá seguir reuniendo los requisitos para inscribirse en todos los demás beneficios disponibles para los trabajadores por hora a tiempo parcial y los trabajadores temporales. Debe inscribirse entre la fecha siguiente a la semana 52 de aniversario y el día anterior al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de la semana 52 de aniversario.*</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <p><b>Si es elegible durante las primeras 52 semanas de empleo como resultado de haber trabajado el número de horas requerido en un ciclo de medición de 60 días:</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de trabajo contados a partir de la fecha en la que comenzó con éxito el ciclo de medición de 60 días. Consulte la sección <b>Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos</b>.</p> <p><b>Si reúne los requisitos como resultado del control anual de elegibilidad que se realiza a las 52 semanas de trabajo (para los beneficios médicos)* o en su aniversario de 52 semanas (para todos los demás beneficios):</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior al día anterior a la fecha en que se cumplen las 52 semanas.</p> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual</b> de este capítulo.</p> <p>*A fin de ser elegible para la cobertura médica, los asociados temporales y los asociados por hora a tiempo parcial deben trabajar la cantidad de horas requerida y pasar una de las verificaciones de elegibilidad que se describieron en <b>Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos</b> anteriormente en este capítulo. Los farmacéuticos por hora a tiempo parcial que fueron contratados antes del 1.º de febrero de 2012 están exentos de este requisito.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis recursos de salud mental</li> <li>Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</li> </ul>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>

(Continúa en la página siguiente)

**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPORALES (CONTINUACIÓN)**

Excluye a los conductores de camión a tiempo parcial

**NOTA:** No debe confundir el período de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida opcional para asociados</li> <li>• Seguro de vida opcional para dependientes</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b></p> <p><b>Si es elegible durante las primeras 52 semanas de empleo como resultado de haber trabajado el número de horas requerido en un ciclo de medición de 60 días:</b> Su período inicial de inscripción comienza en la fecha en que se le notifica por primera vez que cumple los requisitos de elegibilidad y termina el día anterior a la fecha en que se cumplen 60 días de la notificación.</p> <p><b>Si cumple los requisitos en su aniversario de 52 semanas:</b> Su período inicial de inscripción comienza en la fecha siguiente a la semana 52 de aniversario y termina el día anterior al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de la semana 52 de aniversario. Asimismo, puede inscribirse, aumentar o cancelar la cobertura en cualquier momento una vez finalizado el periodo de inscripción inicial.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:**</b></p> <p>Para determinar la fecha de entrada en vigencia de su seguro de vida opcional, deberá consultar el análisis de elegibilidad para la cobertura médica. Si es elegible para la cobertura médica antes de su primer aniversario de 52 semanas porque ha trabajado la cantidad de horas requerida en un periodo de medición de 60 días, la fecha de entrada en vigencia de su cobertura médica es la "fecha aplicable" para determinar la fecha de entrada en vigencia del seguro de vida opcional.</p> <p>Si no es elegible para la cobertura médica antes de su aniversario de 52 semanas y, en cambio, es elegible en su aniversario de 52 semanas, la "fecha aplicable" para determinar la fecha de entrada en vigencia del seguro de vida opcional es el primer día del segundo mes calendario siguiente al día anterior a su aniversario de 52 semanas.</p> <p><b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) la fecha de inscripción, o 2) la "fecha aplicable".</li> </ol> </li> <li>• Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, la cobertura para usted y su cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) la "fecha aplicable". Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscriba, o 2) la "fecha aplicable".</li> </ul> <p><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cobertura para usted y su cónyuge/pareja (incluido un aumento de la cobertura elegida anteriormente) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.</li> <li>• No es necesario presentar un Certificado de buena salud para los hijos que inscriba en la cobertura opcional para dependientes.</li> </ul> <p>Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>
<p>**Si su hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p>Los asociados por hora a tiempo parcial y los asociados temporales solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. La cobertura por discapacidad y el seguro de vida pagado por la compañía no están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial y los asociados temporales.</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección "<b>Trabajo activo</b>" o "<b>activamente en el trabajo</b>" de este capítulo.</p>	

<b>CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL</b>	
<b>NOTA:</b> No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.	
<b>Plan</b>	<b>Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico</li> <li>Planes HMO</li> <li>Dental               <ul style="list-style-type: none"> <li>La inscripción es por dos años calendario completos</li> </ul> </li> <li>De la vista</li> <li>Seguro por enfermedades graves</li> <li>Seguro contra accidentes</li> <li>AD&amp;D</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior a la fecha de vigencia de su cobertura.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis recursos de salud mental</li> <li>Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</li> </ul>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro de vida opcional para asociados</li> <li>Seguro de vida opcional para dependientes</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo.</p> <p>Asimismo, puede inscribirse, aumentar o cancelar la cobertura en cualquier momento una vez finalizado el periodo de inscripción inicial.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:*</b> <b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.</li> <li>Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential aprueba su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumpla 89 días de trabajo continuo.</li> </ul> <p><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura (incluido un aumento de la cobertura elegida anteriormente) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.</li> <li>No es necesario presentar un Certificado de buena salud para los hijos dependientes que inscriba en la cobertura opcional para dependientes.</li> </ul> <p>Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>
<p>*Si su hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p>Los conductores de camión a tiempo parcial no están sujetos a las verificaciones de elegibilidad para los beneficios descritos antes en este capítulo.</p> <p>Los conductores de camión a tiempo parcial solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. La cobertura por discapacidad y el seguro de vida pagado por la compañía no están disponibles para los conductores de camión a tiempo parcial.</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección <b>"Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"</b> de este capítulo.</p>	

## ASOCIADOS GERENCIALES

Incluye asociados gerenciales en formación, farmacéuticos de California por hora a tiempo completo\* y conductores de camión a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Planes HMO</li> <li>• Dental               <ul style="list-style-type: none"> <li>– La inscripción es por dos años calendario completos</li> </ul> </li> <li>• De la vista</li> <li>• Seguro por enfermedades graves</li> <li>• Seguro contra accidentes</li> <li>• AD&amp;D</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y su día de trabajo 60.º, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de contratación.</p>	<p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mis recursos de salud mental</li> <li>• Seguro de vida pagado por la compañía</li> <li>• Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</li> <li>• Plan de discapacidad a corto plazo**</li> <li>• Seguro de vida opcional para asociados</li> <li>• Seguro de vida opcional para dependientes</li> </ul>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p> <p><b>Período de inscripción inicial:</b> Su período inicial de inscripción comienza en la fecha de su primer cheque de pago y termina el día 60.º de empleo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Asimismo, puede inscribirse, aumentar o cancelar la cobertura en cualquier momento una vez finalizado el periodo de inscripción inicial.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:***</b> <b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.</li> <li>• Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, la cobertura para usted y su cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted (o su cónyuge/pareja) no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted (o su cónyuge/pareja) quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en su fecha de contratación.</li> </ul> <p><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del período de inscripción inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cobertura (incluido un aumento de la cobertura elegida anteriormente) para usted y su cónyuge/pareja está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.</li> <li>• No es necesario presentar un Certificado de buena salud para los hijos dependientes que inscriba en la cobertura de seguro de vida para dependientes.</li> </ul> <p>Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>	

(Continúa en la página siguiente)



**ASOCIADOS GERENCIALES (CONTINUACIÓN)**

Incluye asociados gerenciales en formación, farmacéuticos de California por hora a tiempo completo\* y conductores de camión a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de vigencia de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de discapacidad a largo plazo (LTD), incluidos los beneficios mejorados (para asociados gerenciales que no sean conductores de camión a tiempo completo)</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día de trabajo 60.º, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia el día de su contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que usted se inscriba.</li> <li>– Si se inscribe en la cobertura durante la Inscripción Anual para el próximo año del Plan, su cobertura entrará en vigencia el 1.º de enero de ese año.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión a tiempo completo (con beneficios mejorados)</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día de trabajo 60.º, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia el día de su contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura o aumenta la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> Su cobertura estará sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección y recibe aprobación, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que se reciba su aprobación.</li> <li>– Si usted se inscribe en la cobertura durante el periodo de Inscripción anual para el próximo año del Plan y recibe aprobación, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el 1.º de enero de ese año, o 2) si es aprobada el 1.º de enero de ese año o después, el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que se reciba la aprobación.</li> <li>– Si no obtiene aprobación, podrá inscribirse durante la siguiente Inscripción anual o después de un evento de cambio de elección, pero estará sujeto a los mismos requisitos del Certificado de buena salud.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> de este capítulo.</p>
<p>*Los farmacéuticos que trabajan en California y tienen la designación de "farmacéutico de California por hora a tiempo completo" en los sistemas de nómina son elegibles para los beneficios que se indican aquí para los asociados gerenciales.</p> <p>**Los planes de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados y conductores de camión no están cubiertos por ERISA y no forman parte del Plan de Salud y Bienestar de los Asociados.</p> <p>***Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su cónyuge/pareja o hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte <b>"Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"</b> en este capítulo.</p>	

## Pago de los beneficios

Tiene que pagar las primas de cualquier beneficio al que decida inscribirse (por ejemplo, cobertura médica, dental, de la visión, seguro de vida opcional, etc.) para que la cobertura del beneficio siga vigente. No está obligado a pagar las primas de ningún beneficio en el que esté inscrito automáticamente (es decir, Mis recursos de salud mental, discapacidad básica a corto plazo para los asociados por hora, discapacidad a corto plazo para los asociados asalariados, discapacidad a corto plazo para los conductores de camión, cobertura de seguro de vida pagada por la compañía y seguro contra accidentes durante viajes de negocios).

En el caso de los beneficios que tienen una prima correspondiente, las primas que pague dependerán de una serie de factores, por ejemplo, los beneficios que seleccione, los dependientes que cubra y si es elegible para las tarifas para no fumadores. En el capítulo específico de cada beneficio se explican los factores que influyen en el monto de la prima de ese beneficio, incluido si tiene derecho a las tarifas para no fumadores. No obstante, su elegibilidad para las tarifas para no fumadores dependerá de las preguntas que responda durante el proceso de inscripción.

### TARIFAS RELACIONADAS CON CONSUMO DE TABACO

Puede recibir tarifas para no fumadores que son más bajas para la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, el seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes para un cónyuge y el seguro de enfermedad grave si:

- Usted y/o su cónyuge/pareja cubiertos no consumen productos del tabaco, o
- Usted y/o el cónyuge/pareja cubierto son fumadores y completan la participación en un programa para dejar de fumar de su elección entre el momento de la Inscripción anual y el 31 de diciembre de 2024. Como alternativa, si llama al programa para dejar de fumar de Walmart al **855-955-1905**, el programa trabajará con usted (y, si lo desea, con su médico) para determinar el programa adecuado para usted.

No consumir productos de tabaco quiere decir que no ha consumido ningún tipo de producto de tabaco en los últimos 30 días y que se compromete a no consumir ningún producto de tabaco en 2024. Los "productos de tabaco" incluyen cigarrillos, puros, pipas, rapé, tabaco de mascar y cigarrillos electrónicos o cualquier otro dispositivo de suministro de nicotina.



#### IMPORTANTE

Si usted se inscribe por primera vez, debe completar una sesión de inscripción en línea en [One.Walmart.com/Enroll](https://One.Walmart.com/Enroll), a fin de recibir las tarifas para no fumadores.

Se le pedirá que confirme si consume tabaco en la inscripción inicial para determinar su elegibilidad para las tarifas para no fumadores durante el período de elegibilidad inicial y, cada año en la Inscripción anual, para determinar su elegibilidad para las tarifas reducidas para no fumadores para el siguiente año calendario. Tenga en cuenta que su elegibilidad para las tarifas para no fumadores se puede establecer solo en su inscripción inicial y en la Inscripción anual. Si deja de consumir tabaco durante el año, no será elegible para las tarifas para no fumadores hasta el siguiente año calendario.

La siguiente declaración aparece en la pantalla cuando se inscribe en los beneficios y responde a las preguntas sobre el consumo de tabaco:

*“Esperamos que cuando solicite o se inscriba en beneficios, proporcione información correcta y precisa. De lo contrario, podrá perder los beneficios o el empleo”.*

Consulte el Código de Conducta, que puede encontrar en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencionada. Si recibimos un informe de abuso, llevaremos a cabo una investigación ética.

Para más información, consulte [Programa Quit Tobacco para dejar el tabaco](#) en el capítulo [El Plan Médico](#).

### CÓMO SE PAGAN LAS PRIMAS

Generalmente, las primas se deducen de su pago quincenal. Las deducciones de su sueldo por beneficios en cualquier periodo de pago pagan la cobertura que se le proporcionó durante ese periodo de pago. Con el pago quincenal, sus retenciones pagan la cobertura de las dos semanas de ese periodo de pago. Por ejemplo, si un periodo de pago va del 1 al 14 de abril, las retenciones de nómina para la cobertura tomadas del pago recibido con respecto a ese periodo de dos semanas pagan su cobertura de beneficios hasta el 14 de abril.

Las primas no se deducen de su salario hasta que la cobertura elegida entre en vigencia.

Por lo general, el pago quincenal posterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura reflejará las deducciones para cada uno de los días que tuvo cobertura durante ese periodo de pago. Si un periodo de pago abarca dos años calendario, las deducciones reflejarán el importe para el año anterior hasta el 31 de diciembre y el nuevo importe para el año nuevo, prorrateados según la cantidad de días de cobertura desde el 1.º de enero hasta el final del periodo de pago.

Revise sus ingresos y deducciones en el recibo de pago para verificar que se hayan realizado las deducciones correspondientes. Recuerde que puede ver el recibo de su cheque de pago en línea el lunes anterior al día de pago ingresando a [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). Si considera que la cobertura o las deducciones no son correctas en el recibo de pago, llame de inmediato a Servicios al personal al **800-421-1362**. Las solicitudes de revisión de las primas pagadas se consideran si se envían dentro de un año desde la fecha de un posible pago en exceso. Se realizará una conciliación de primas por un máximo de un año.

## IMPUESTOS

Algunos tipos de cobertura se pagan con dinero antes de impuestos. Esto significa que las primas se deducen de su pago quincenal antes de que se retengan los impuestos federales y, en la mayoría de los casos, estatales. Debido a que los impuestos de la Seguridad Social no se retienen en dinero antes de impuestos que destina al pago de los beneficios, los montos que paga para los beneficios con dinero antes de impuestos no se consideran como parte del salario a los fines de la Seguridad Social. Como resultado, es posible que sus futuros beneficios de Seguridad Social se reduzcan un poco. Otros tipos de cobertura se pagan usando dólares después de impuestos, lo que significa que las primas se pagan con montos que ya han estado sujetos a impuestos.

Las primas de los siguientes tipos de cobertura se pagan antes de impuestos, con algunas excepciones que se comentan a continuación:

- Seguro médico (excepto para la opción de seguro PPO, cuyas primas se pagan después de impuestos)
- Dental
- De la vista
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro contra accidentes
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Si está inscrito en el Plan Saver, también puede ser elegible para contribuir a la cuenta de ahorro de salud mediante una modalidad antes de impuestos. Para obtener más información, consulte el capítulo [Cuenta de ahorro de salud \(HSA\)](#).

Las primas de los siguientes tipos de cobertura se pagan después de impuestos:

- Todos los tipos de cobertura de discapacidad
- Seguro de vida opcional para el asociado y los dependientes

En algunos casos, las primas que normalmente se pagan antes de impuestos se pagan con dólares después de impuestos, tales como:

- Deducciones por cobertura con efecto retroactivo. Esto puede ocurrir cuando se le permite inscribirse después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura (por ejemplo, cuando ha experimentado un evento de cambio de elección). Consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) de este capítulo.
- Deducción de las primas vencidas.

## CONSECUENCIAS FISCALES DE LOS BENEFICIOS PARA PAREJAS

Por lo general, las parejas no califican como cónyuges o dependientes a los fines del impuesto federal a los ingresos. Por lo tanto, el valor de la cobertura médica (incluida la HRA) brindada por la compañía para su pareja o los hijos de su pareja suele considerarse un ingreso imputado y usted deberá pagar los impuestos. Este valor está sujeto a cambio de un año a otro a medida que cambien los valores de los beneficios.

El impuesto y las demás retenciones se deducen de su cheque de pago quincenal, y el valor de esos beneficios se incluirá en el Formulario W-2. Durante los períodos en los que usted elija los beneficios para parejas con ingresos imputados, pero para los que no recibe un pago quincenal de Walmart, Walmart se reserva el derecho de cobrarle la parte del impuesto según la Ley de la Contribución Federal al Seguro Social (FICA) directamente a usted.

Estas reglas no se aplican si su pareja cumple con los requisitos como dependiente a los fines fiscales conforme al Código Fiscal.

## Mantener las primas al día

Si recibe un pago quincenal de Walmart (es decir, cualquier pago que se procese a través del sistema de nóminas de Walmart), cualquier prima que deba actualmente (incluidas las primas vencidas) se deducirá de ese pago quincenal en la medida en que lo permita la ley. Puede haber ocasiones en las que su pago quincenal no sea suficiente para cubrir los pagos de las primas adeudadas. En ese caso, usted es responsable de pagar las primas no pagadas en la medida en que las primas se hubieran pagado si se retuvieran como deducciones de la nómina. Los pagos de las primas correspondientes a un período de pago deben realizarse antes del cierre de ese período.

Si recibe un pago quincenal que se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart (independientemente de si se trata de salarios, pagos de incentivos, tiempo libre con goce de sueldo, licencias con goce de sueldos, etc.), cualquier prima vencida que deba se deducirá de ese pago antes de las primas que se deban para el período actual. Las primas vencidas se pagarán después de impuestos.

Si alguna de las primas permanece vencida durante más de 30 días, la cobertura se cancelará retroactivamente a la fecha en que las primas estén al día. Esto quiere decir que la cancelación de su cobertura tendrá efecto retroactivo. Si su cobertura se cancela por falta de pago de las primas:

- Si usted es asociado activo, no podrá volver a inscribirse hasta la próxima Inscripción anual a menos que surja un evento de cambio de elección válido, y siempre que siga siendo elegible. Usted podrá volver a inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento, siempre que sea elegible. Es posible que deba presentar un Certificado de buena salud para reinscribirse. Consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) de este capítulo.
- Si tiene una licencia de ausencia y se reincorpora al trabajo activo en el plazo de un año a partir del primer día de la licencia de ausencia, se le inscribirá en la misma cobertura que estaba en vigencia inmediatamente antes de su licencia de ausencia (o en la cobertura más similar ofrecida por el Plan), a menos que haya elegido otra cobertura según lo permitido por el Plan. La cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en que usted se reincorpore al trabajo activo.

- Si tiene una licencia de ausencia y vuelve a trabajar activamente después de un año a partir del primer día del permiso, se lo considerará asociado nuevo y deberá cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes antes de que pueda inscribirse en la cobertura.  
Si se cancela la cobertura por falta de pago de las primas, se le dará de baja como si se hubiera dado de baja voluntariamente. Se le permitirá volver a inscribirse si se produce un evento de cambio de elección o durante la próxima Inscripción anual, siempre que siga cumpliendo los requisitos.

Para evitar la interrupción o cancelación de la cobertura, puede pagar las primas por anticipado a través del sistema automático con una tarjeta de crédito o débito VISA, MasterCard, American Express o Discover ingresando en el portal de pago en [One.Walmart.com/Enroll](https://One.Walmart.com/Enroll). También puede llamar a Servicios al personal al **800-421-1362** y decir “make a payment” (realizar un pago). Para confirmar el monto adeudado de la prima, llame a Servicios al personal.

Las primas también se pueden pagar con un cheque o giro postal pagaderos al Fondo de salud y bienestar para asociados y enviados por correo postal a la siguiente dirección:

**Walmart People Services**  
**P.O. Box 1039**  
**Department 3001**  
**Lowell, Arkansas 72745**

Para garantizar la correcta acreditación cuando envíe el pago, incluya su nombre y WIN en el pago. El procesamiento demorará entre 10 y 14 días.

Las primas se deducirán de su pago final, ya que con las deducciones se paga la cobertura que tuvo durante ese periodo de pago.

## PAGO DE LAS PRIMAS EN CASO DE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO O SI ESTÁN VENCIDAS

Usted es responsable de asegurarse de que las primas se paguen a tiempo para que su cobertura de beneficios permanezca activa. Cuando las primas están vencidas, independientemente del motivo, debe tomar medidas para mantenerlas al día o arriesgarse a que se cancele su cobertura. Como se mencionó anteriormente, si alguna prima permanece vencida durante más de 30 días, la cobertura se cancelará con efecto a la fecha en que las primas estén al día.

Cuando esté de licencia, puede recibir un pago del que se deduzcan algunas o todas las primas vencidas. No obstante, es posible que los pagos que reciba no sean suficientes para abonar todas las primas vencidas actualmente y que queden montos pendientes de pago. Cuando esté de licencia (independientemente del motivo) es su responsabilidad asegurarse de que todas las primas se paguen a tiempo para que su cobertura de beneficios siga activa.

## PAGO DE LAS PRIMAS CUANDO ESTÁ DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

Como se ha comentado anteriormente, si recibe un pago quincenal de Walmart (es decir, cualquier pago que se procese a través del sistema de nóminas de Walmart), cualquier prima que deba actualmente (incluidas las primas vencidas) se deducirá de ese pago quincenal en la medida en que lo permita la ley. Esto incluye el pago de los salarios, los beneficios por discapacidad y otras licencias con goce de sueldo procesadas a través del sistema de nóminas de Walmart, los pagos de incentivos, el tiempo libre con goce de sueldo, etc.

Mientras esté de licencia conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), de licencia personal o de licencia militar, puede conservar la mayoría de los beneficios voluntarios en los que estaba inscrito el día inmediatamente anterior al primer día de licencia. Esto incluye seguro médico, dental, de la visión, de enfermedad grave, por accidentes, de vida para asociados opcional, de vida para dependientes opcional y AD&D. También conservará el servicio de Mis recursos de salud mental, pero no se le exigirán primas por ese beneficio. Para estos beneficios voluntarios, por lo general, la cobertura se mantiene en los mismos términos y condiciones como si hubiese seguido trabajando durante el período de licencia. Comuníquese con un miembro de su equipo de administración o Sedgwick para obtener más información acerca de la licencia conforme a la ley FMLA, por motivos personales o militar. También puede consultar la Política de Permisos de Ausencia de Walmart en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) para obtener información específica. También puede comunicarse con su representante de personal si tiene preguntas acerca de la política sobre la licencia conforme a la FMLA, por motivos personales o militar. Las decisiones sobre la licencia de ausencia son responsabilidad de Walmart, no del Plan.

Si se ha inscrito en algún tipo de cobertura por discapacidad, la cobertura puede continuar durante un periodo de tiempo limitado si se encuentra de licencia o cesantía temporal. En la medida en que se le exija el pago de primas para mantener la cobertura de discapacidad, seguirá debiendo primas mientras dure la cobertura. Para obtener información sobre el periodo durante el que continúa la cobertura de discapacidad en esta circunstancia, consulte la sección [Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal](#) del capítulo [Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo](#), el capítulo [Discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo](#), o el capítulo [Discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#), según corresponda.

Si usted deja su cobertura durante una licencia conforme a la ley FMLA, por motivos personales o militar y regresa al trabajo, puede comunicarse con Servicios al personal al **800-421-1362** dentro de los 60 días de haberse reincorporado para restablecer la cobertura.

Si ha elegido una cobertura de discapacidad por la que debe pagar primas (es decir, un plan mejorado de discapacidad a corto plazo para los trabajadores por hora a tiempo completo o cualquier cobertura de discapacidad a largo plazo), es importante entender cuándo se deducirán las primas de esa cobertura de discapacidad del pago procesado a través del sistema de nóminas de Walmart. Uno de los factores que determinan las primas por discapacidad que debe pagar es el tipo de pago que recibe. El hecho de que las primas para la cobertura de discapacidad se deduzcan del pago procesado a través del sistema de nóminas de Walmart depende del tipo de pago que sea. No todos los pagos que recibe son admisibles para fines del cálculo de los beneficios de discapacidad, por lo que no todos los pagos que recibe tienen su correspondiente deducción por primas de discapacidad. Por ejemplo, si está discapacitado y recibe beneficios por discapacidad a corto plazo tramitados a través del sistema de nóminas de Walmart porque se ha determinado que está discapacitado en virtud de un plan de discapacidad a corto plazo, no se retendrá ninguna prima por cobertura de discapacidad de esos pagos de beneficios por discapacidad. Por otro lado, las primas de la cobertura de discapacidad se descontarán de su pago quincenal.

Puede haber ocasiones en las que se deduzcan las primas por discapacidad del pago que, de otro modo, no estaría sujeto a las primas por discapacidad. Por ejemplo, si está discapacitado y recibe beneficios por discapacidad procesados a través del sistema de nóminas de Walmart cuando las primas (incluidas las primas por discapacidad) de un período de nóminas anterior siguen estando vencidas, esas primas vencidas pueden deducirse

de los beneficios por discapacidad, a pesar de que no se deban pagar primas por discapacidad actuales con respecto a esos beneficios por discapacidad actuales.

Si está recibiendo algún pago procesado a través del sistema de nóminas de Walmart (incluidos los beneficios por discapacidad u otros beneficios pagados en virtud de un programa de licencias de Walmart) se deducirán las primas que se deban actualmente (ya sea si están vencidas o relacionadas con el período de pago actual) en la medida en que esté permitido. Si está recibiendo pagos de cualquier otra fuente (por ejemplo, beneficios por discapacidad a largo plazo pagados por Lincoln o beneficios por discapacidad a corto plazo que no se procesan a través del sistema de nóminas de Walmart), no se deducirá ninguna prima de esos pagos.

Los beneficios por discapacidad se tramitan de forma diferente, dependiendo del plan en el que esté inscrito y del estado en el que trabaje. La finalidad de la tabla que aparece abajo y en la siguiente página es ayudarle a comprender cómo se gestionan las primas cuando se reciben pagos por discapacidad y otras remuneraciones conforme a un programa de licencias con goce de sueldo de Walmart.



Cuando esté de licencia (independientemente del motivo) es su responsabilidad asegurarse de que todas las primas se paguen a tiempo para que su cobertura de beneficios siga activa.

#### PARA MANTENER LA COBERTURA CONFORME A ESTOS BENEFICIOS

- Médico
- Dental
- De la vista
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro contra accidentes
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro de vida opcional para dependientes
- AD&D
- Discapacidad a corto plazo
- Discapacidad a largo plazo

#### MIENTRAS RECIBE...

Beneficios por discapacidad a corto plazo en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo (excepto para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York y Rhode Island)

Los beneficios por discapacidad a corto plazo se tramitan a través del sistema de nóminas de Walmart. Asimismo, puede recibir un pago quincenal por tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc., que también se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart.

- Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad) se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba. Esto quiere decir que si debe alguna prima atrasada por la cobertura de discapacidad, esas primas atrasadas se deducirán de los beneficios por discapacidad a corto plazo. No se deducirá ninguna prima por discapacidad actual de los beneficios por discapacidad a corto plazo.
- Cualquier otra prima de beneficios adeudada por el período de pago actual se deducirá de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart (tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc.).
- Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban tras las deducciones de nómina, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.

(Continúa en la página siguiente)

## MIENTRAS RECIBE... (CONTINUACIÓN)

Beneficios por discapacidad a corto plazo en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo (asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York o Rhode Island)

Los beneficios por discapacidad a corto plazo no se tramitan a través del sistema de nóminas de Walmart.\* No obstante, puede recibir un pago quincenal por tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc., que se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart.

- No se deducirá ninguna prima por discapacidad a corto o largo plazo de los beneficios por discapacidad a corto plazo. Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad a corto o a largo plazo) se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart.
- Cualquier otra prima de beneficios (que no sea por discapacidad) adeudada por el período de pago actual se deducirá de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart (tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc.).
- Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban tras las deducciones de nómina, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.

\*En algunos estados, su beneficio por maternidad puede complementarse con pagos tramitados a través del sistema de nóminas de Walmart. En ese caso, se deducirían de esos pagos las primas vencidas y las actuales (no por discapacidad).

Beneficios por discapacidad a largo plazo bajo:

- Plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo
- Plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Los beneficios por discapacidad a largo plazo se tramitan a través del sistema de nóminas de Walmart. No obstante, puede recibir un pago quincenal por tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc., que se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart.

- No se deducirá ninguna prima por discapacidad a corto o largo plazo de los beneficios por discapacidad a largo plazo. Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad a corto o a largo plazo) se deducirán de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart.
- Cualquier otra prima de beneficios (que no sea por discapacidad) adeudada por el período de pago actual se deducirá de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart (tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc.).
- Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban tras las deducciones de nómina, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.

Beneficios de discapacidad a corto plazo con el plan de discapacidad a corto plazo para asalariados o el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión

Los beneficios por discapacidad a corto plazo se tramitan a través del sistema de nóminas de Walmart. Asimismo, puede recibir un pago quincenal por tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc., que también se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart. En estos planes, no paga primas por la cobertura de discapacidad a corto plazo.

- No se deducirá ninguna prima por discapacidad a largo plazo de los beneficios por discapacidad a corto plazo. Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad a largo plazo) se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart.
- Cualquier otra prima de beneficios (que no sea por discapacidad) adeudada por el período de pago actual se deducirá de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba a través del sistema de nóminas de Walmart (tiempo libre con goce de sueldo, incentivos, etc.).
- Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban tras las deducciones de nómina, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.

Licencia con goce de sueldo (no por discapacidad) conforme a un programa de licencia con goce de sueldo de una compañía

La licencia con goce de sueldo se tramita a través del sistema de nóminas de Walmart. Asimismo, puede recibir un pago quincenal (incentivos, etc.) que también se procesa a través del sistema de nóminas de Walmart.

- Las primas para beneficios vencidas se deducirán de los pagos que reciba.
- Las primas de beneficios adeudadas por el período de pago en curso se deducirán de los pagos que reciba.
- Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban tras las deducciones de nómina, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.

## Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual

Ciertos beneficios pueden modificarse en cualquier momento del año, pero otros pueden modificarse solo durante la Inscripción anual a menos que surja un evento de cambio de elección, según se describe a continuación:

- Las opciones del plan médico (incluidas las opciones del Plan HMO y PPO), plan dental, de la visión, seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), seguro por enfermedades graves, seguro contra accidentes, seguro mejorado por discapacidad a corto plazo, seguro mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York, discapacidad a largo plazo y discapacidad a largo plazo para conductores de camiones pueden cambiarse solo durante la Inscripción anual, a menos que surja un evento de cambio de elección.
- El seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes pueden agregarse o eliminarse en cualquier momento y pueden estar sujetos a requisitos del Certificado de buena salud. Para obtener información, consulte el capítulo de beneficios.

Por lo general, la legislación fiscal federal exige que sus elecciones de beneficios antes de impuestos sigan vigentes durante todo el año calendario en que se realizó la elección, excepto en el caso de eventos de vida o algunos otros eventos descritos en la normativa federal. En este Libro de beneficios para los asociados, utilizamos el término “eventos de cambio de elección” para referirnos a toda la variedad de circunstancias descritas en la normativa federal que le permiten cambiar sus elecciones antes de impuestos. Esto no se aplica a las contribuciones antes de impuestos a una cuenta de ahorro de salud, las cuales pueden cambiarse en cualquier momento.

Puede realizar ciertos cambios en la cobertura si se produce un evento de cambio de elección. Un evento de cambio de elección para los propósitos de este Libro de beneficios para los asociados es un evento en la vida u otro evento descrito en la normativa federal que le permite realizar cambios en su cobertura fuera del período de inscripción anual o inicial. Los cambios que realice a partir de un evento en la vida deben estar directamente relacionados con la consecuencia del evento sobre sus beneficios y su elegibilidad. En otras palabras, debe existir una relación lógica entre el evento de vida y el cambio que usted solicita, y el evento en la vida que se produce también debe hacer que una persona sea elegible o no para la cobertura. Esto se denomina en la normativa federal “regla de coherencia”. Por ejemplo, si usted (el asociado) y su cónyuge se divorcian, su cónyuge pierde la elegibilidad para los beneficios del Plan en la fecha del divorcio, pero sus otros dependientes siguen siendo elegibles para los beneficios del Plan. Por ello, usted solo puede dar de baja la cobertura de su cónyuge. No se permitiría cambiar la cobertura de otro dependiente debido a este evento en la vida.

En caso de un evento de cambio de elección (incluido un evento en la vida o la obtención o pérdida de cobertura como se describe en esta sección), los cambios en su cobertura se deben hacer dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento.

Los eventos de cambio de elección incluyen eventos en la vida, ganancia de cobertura, pérdida de cobertura, cambio de costo, orden legal y derecho a Medicare o Medicaid.



El término “evento de cambio de elección” se usa frecuentemente en este *Libro de beneficios para asociados* y se refiere a un evento en la vida u otro tipo de evento descrito en la normativa federal que le permite realizar cambios en su cobertura fuera del período de inscripción anual o inicial. Es posible que haya visto que estos eventos se denominan en otras publicaciones relacionadas con los beneficios como *eventos de cambio de estado*, *cambios de estado familiar* o *eventos calificativos*. En esta página puede encontrar información detallada sobre los eventos de cambio de elección.

### EVENTOS EN LA VIDA

- Eventos que cambian su estado civil:
  - Matrimonio
  - Muerte del cónyuge
  - Divorcio (incluida la disolución de un concubinato en los estados donde se exige una sentencia de divorcio para disolver un concubinato reconocido)
  - Anulación del matrimonio, o
  - Separación legal.
- Eventos que cambian el estado de pareja de hecho:
  - Inicio de una pareja de hecho
  - Finalización de relación con la pareja de hecho, o
  - Muerte de la pareja de hecho.
- Eventos que cambian el estado de una relación legal con una persona que no sea el cónyuge o la pareja de hecho, según se especifica en la definición de “pareja”:
  - Inicio de una relación legal
  - Finalización de una relación legal, o
  - Muerte de la otra persona a la cual está unido en una relación legal.
- Eventos que cambian la cantidad de dependientes:
  - Nacimiento
  - Adopción
  - Entrega en adopción
  - Muerte de un dependiente
  - Obtención de la custodia o tutoría legal de un dependiente
  - Pérdida de la custodia legal o tutoría legal de un dependiente cuya custodia o tutoría legal le había sido otorgada anteriormente por un juez
  - Resultado del examen de paternidad

- Pérdida de la elegibilidad de un dependiente, por ejemplo, al final del mes en el que cumple 26 años, o
- Recepción de documentación válida que establece la elegibilidad de un dependiente que anteriormente se consideró que no era elegible.
- Cambios de empleo suyos, de su cónyuge/pareja o de su dependiente:
  - Tomarse o regresar de una licencia de ausencia aprobada
  - Obtener o perder la cobertura por inicio o finalización del empleo
  - Obtener o perder la cobertura debido a un cambio de empleo que afecte su elegibilidad
  - Cambio en el lugar de trabajo que afecta la cobertura médica. Si el cambio afecta sus opciones de cobertura médica (por ejemplo, si se ofrece una nueva opción de plan HMO, plan local, plan PPO), dispondrá de 60 días calendario a partir de su traslado para presentar una solicitud de cambio de cobertura. Si lo trasladan a un lugar de trabajo donde su cobertura médica se ve afectada y no presenta una solicitud, quedará inscrito automáticamente en un plan predeterminado.

## OBTENCIÓN DE COBERTURA

- Obtención de cobertura conforme al plan de cualquier otro empleador.
- Si usted es asociado temporal o por hora a tiempo parcial y sus horas se reducen de manera que usted trabaja un promedio de menos de 30 horas por semana (independientemente de que la reducción de las horas afecte su elegibilidad para la cobertura médica) y tiene intención de inscribirse en otro plan que ofrezca la cobertura esencial mínima que entre en vigencia el primer día del segundo mes siguiente al mes en que terminaría la cobertura médica de su Plan (en este caso, puede dar de baja la cobertura médica; esto incluye una opción del plan HMO o PPO).
- Adiciones/mejoras de una opción de beneficios en virtud de este Plan.
- Ser beneficiario de Medicare, Medicaid, TRICARE o de un plan estatal de seguro médico para menores. (Si usted o sus dependientes que reúnan los requisitos obtienen cobertura de cualquier otro plan del gobierno, no podrá darse de baja de la cobertura médica (incluida una opción del plan HMO o PPO), del seguro por accidentes ni de la cobertura del seguro por enfermedades graves, salvo durante la Inscripción anual).
- Si usted es elegible para inscribirse en un plan de salud calificado en un período de inscripción especial por medio del Mercado de seguros de salud, o usted busca inscribirse en un plan de salud calificado por medio del Mercado de seguros de salud durante el período de inscripción anual,

según se describe en **Cambios en la cobertura tras un evento de cambio de elección**, podrá cancelar la cobertura médica (incluidas las opciones del plan HMO o PPO), según lo establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted y sus dependientes que cesen la cobertura del Plan deben presentar prueba de su derecho de inscripción y declarar su intención de inscribirse en un plan de salud calificado por medio del Mercado de seguros de salud con vigencia el día inmediatamente posterior al último día de su cobertura médica (incluida una opción del plan HMO o PPO).

## PÉRDIDA DE LA COBERTURA

- Pérdida de la cobertura conforme al plan de cualquier otro empleador.
- Reducción de la cobertura conforme a este Plan.
- Pérdida importante de la cobertura, por ejemplo, si un plan HMO en su área deja de prestar servicio. El Plan determina cuándo se produce una pérdida importante de cobertura.
- Si usted o sus dependientes elegibles pierden la cobertura de un plan gubernamental como Medicaid o un plan de seguros de salud del estado para menores, un plan de una institución educativa o un plan de un gobierno tribal, puede agregar cobertura médica (incluida una opción del plan HMO o PPO) del seguro por accidentes o del seguro por enfermedades graves dentro de los 60 días desde la pérdida de cobertura. (Esto no se aplica a la pérdida de cobertura bajo un plan del Mercado de seguros de salud, aunque la pérdida de cobertura en virtud de un plan del Mercado de seguros de salud puede dar lugar a un derecho de inscripción especial conforme a la ley HIPAA si originalmente rechazó la cobertura en virtud del AMP porque tenía cobertura a través de un plan del Mercado de seguros de salud).
- Puede agregar cobertura médica, dental o de la visión para usted y/o sus dependientes elegibles en los siguientes casos:
  - Originalmente rechazó la cobertura porque usted y/o sus dependientes tenían cobertura conforme a la ley COBRA y esta cobertura ha finalizado (la falta de pago de las primas no es suficiente para este propósito).
  - Usted y/o sus dependientes no tenían cobertura médica conforme a la ley COBRA y la otra cobertura terminó debido a la pérdida de elegibilidad, o
  - El empleador ya no contribuye a la otra cobertura.

## CAMBIO EN LOS COSTOS

Si el costo de la cobertura de este Plan o de otro plan cambia significativamente, es posible que pueda cambiar su elección en consecuencia. El Plan determina cuándo se ha producido un cambio importante en el costo y qué cambios de elección puede realizar en respuesta.



## ORDEN JUDICIAL

Si, debido a una orden judicial después de un divorcio, separación legal, anulación o cambio en la custodia legal (incluida una orden de cobertura médica para menores; consulte [Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas](#) más adelante en este capítulo), debe brindar cobertura médica, dental y/o de la visión a sus hijos dependientes elegibles, puede agregar cobertura para ellos (y para usted, si todavía no tiene cobertura). Si la orden exige que su cónyuge, excónyuge u otra persona proporcionen cobertura médica, dental y/o de la visión para sus hijos dependientes y esa otra cobertura ya se proporciona, puede dar de baja la cobertura para el dependiente.

## AUTORIZACIÓN DE MEDICARE O MEDICAID

Si usted o sus dependientes son elegibles para la cobertura médica (incluida una opción del plan HMO o PPO), un seguro contra accidentes o por enfermedades graves, puede dar de baja esa cobertura si usted o sus dependientes sean elegibles para recibir los beneficios de Medicare o Medicaid, o la cobertura del plan de seguro de salud del estado para menores. Si usted o sus dependientes elegibles son elegibles para recibir asistencia de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños para que pueda pagar la cobertura del Plan, debe solicitar cobertura del Plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que sean elegibles para recibir la asistencia.

Para obtener información sobre las circunstancias en las que puede cambiar sus beneficios, comuníquese con Servicios al personal al **800-421-1362**.

## CAMBIOS EN LA COBERTURA TRAS UN EVENTO DE CAMBIO DE ELECCIÓN

Si se produce un evento de cambio de elección, debe solicitar el cambio dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento.

A menos que el Plan lo disponga de otra manera, si usted agrega a su cónyuge/pareja u otro dependiente elegible debido a un evento en la vida, cada persona debe cumplir individualmente con el período de espera de los beneficios correspondiente (por ejemplo, cobertura de trasplante o cirugía para pérdida de peso) y estará sujeto a todas las limitaciones aplicables del Plan. Si usted cambia de plan médico debido a un evento de cambio de elección, se restablecerán sus deducibles anuales y el desembolso máximo,\* y usted deberá cumplir con los nuevos deducibles y el desembolso máximo nuevo en su totalidad. Si cambia de un Plan Contribution a otro plan, perderá el saldo de la cuenta HRA del Plan Contribution. Consulte el capítulo [El Plan Médico](#) para obtener información.

Si tiene cobertura como dependiente y pasa a tener cobertura como asociado durante el año del Plan, no recibirá crédito conforme al AMP por los gastos realizados antes de la fecha del cambio.\* Sin embargo, si tiene cobertura como dependiente y se produce un evento calificativo que afecte su estado

como dependiente y lo haga elegible para continuar su propia cobertura de la ley COBRA, recibirá crédito para sus deducibles y desembolso máximo conforme al AMP por gastos realizados como dependiente cubierto. También recibirá crédito para cualquier período de espera.

El Plan se reserva el derecho de solicitar la documentación adicional necesaria en la que se certifique el evento de cambio de elección.

\*Si usted o un dependiente elegible estaba inscrito en el Plan médico de los asociados (AMP) y había acumulado montos para alcanzar el beneficio máximo de por vida, o lo había alcanzado, aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de creación de familias de los Centros de excelencia, ninguna porción del beneficio máximo de por vida se restablecerá por ninguna razón.

## INSCRIPCIÓN ESPECIAL PARA LA COBERTURA MÉDICA CONFORME A LA LEY HIPAA

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), puede tener derecho a una inscripción especial en la cobertura médica del Plan si pierde otra cobertura o agrega un dependiente. Estos eventos (algunos de los cuales son también eventos en la vida) incluyen:

- Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, puede inscribirse usted y, si lo elige, a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de realizar contribuciones para su cobertura o la de sus dependientes). Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Dicha cobertura entrará en vigencia después de la fecha de inscripción en el Plan.
- Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted y/o sus dependientes elegibles. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días. Dicha cobertura entrará en vigencia en la fecha del evento.
- Si usted o un dependiente dejan de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o de un plan de salud del estado para menores, o bien si usted o un dependiente son elegibles para recibir asistencia para la cobertura del Plan de Medicaid o de un plan de salud del estado para menores, debe solicitar la inscripción dentro de un período de 60 días antes de que finalice la cobertura o que comiencen a ser elegibles para la asistencia. Dicha cobertura entrará en vigencia después de la fecha de inscripción en el Plan.

Para solicitar una inscripción especial o conocer más detalles, consulte la información en este capítulo sobre los eventos de cambio de elección o comuníquese con Servicios al personal al **800-421-1362**.

## CÓMO CAMBIAR SUS OPCIONES DEBIDO A UN EVENTO DE CAMBIO DE ELECCIÓN

Puede hacer cambios en Internet dentro de los 60 días posteriores al evento en [One.Walmart.com/Enroll](https://One.Walmart.com/Enroll) si se produce uno de los siguientes eventos de cambio de elección:

- Adopción
- Nacimiento
- Inicio de una pareja de hecho
- Inicio de una relación legal con una persona que no sea su cónyuge o pareja de hecho
- Muerte del cónyuge/pareja
- Divorcio o separación legal
- Obtención o pérdida de la custodia legal o de la tutela legal
- Obtención o pérdida de cobertura por parte de usted, sus dependientes o su cónyuge/pareja elegible
- Goce de una licencia de ausencia
- Matrimonio
- Regreso de una licencia
- Período de inscripción especial
- Finalización de relación con la pareja de hecho o
- Finalización de una relación legal con una persona que no sea el cónyuge o la pareja de hecho

Para todos los demás tipos de eventos de cambio de elección, llame a Servicios al personal al **800-421-1362**.

Si el evento de cambio de elección es el nacimiento de un dependiente, el Plan aceptará los cargos facturados por los proveedores relacionados al nacimiento como aviso de que el recién nacido se agregará como dependiente en su cobertura, en tanto los cambios se envíen dentro de los 60 días del nacimiento.

Si suma un dependiente como resultado del matrimonio, inicio de una pareja de hecho o inicio de una relación legal con una persona que no sea cónyuge ni pareja de hecho, pero la persona que se va a agregar como dependiente fallece antes de que usted avise del evento de cambio de elección, la persona no se agregará a su cobertura como dependiente.

Si agrega cobertura como resultado de un evento de cambio de elección, dicha cobertura entrará en vigencia en la fecha del evento. Si se da de baja de la cobertura como resultado de un evento de cambio de elección, dicha cobertura continuará hasta la fecha del evento. Si se realiza un cambio debido a que está en goce de una licencia de ausencia no remunerada, el cambio entra en vigencia a partir de la fecha de vigencia de su licencia de ausencia. Esto no se aplica al seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura del plan mejorado por discapacidad a corto plazo, por discapacidad a largo plazo (incluidos los beneficios mejorados) o por discapacidad a largo plazo para conductores de camión (incluidos los beneficios mejorados); consulte las tablas [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) que aparecen en este capítulo para obtener información sobre las fechas de entrada en vigencia.

Si el cambio de elección produce un aumento en los costos de la cobertura, por ejemplo, si cambia de una cobertura para asociado solo a una cobertura para asociado + dependiente, el aumento de la prima se deducirá de su pago luego de que notifique a

Servicios al personal de su evento de cambio de elección y será retroactivo a la fecha de vigencia de su nueva cobertura. Estas deducciones retroactivas se realizarán después de impuestos.

Si no lo informa a Servicios al personal ni ingresa al sitio para realizar los cambios dentro de los 60 días posteriores al evento de cambio de elección, no podrá agregar cobertura ni darla de baja hasta el próximo período de Inscripción anual o hasta que tenga un evento de cambio de elección diferente. No obstante, como se ha descrito anteriormente en esta sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#), cualquier cambio que realice en relación con un evento de cambio de elección debe estar directamente relacionado con el impacto del evento en sus beneficios. Además, si el evento de cambio de elección se debe a que su dependiente pierde la elegibilidad, este perderá el derecho de optar por la cobertura de la ley COBRA para los beneficios médicos, dental y/o de la visión si usted no informa el caso a Servicios al personal dentro de los 60 días. Del mismo modo, si el evento de cambio de elección se debe al divorcio, la finalización de una relación de pareja de hecho o la finalización de una relación legal con una persona que no sea su cónyuge o pareja de hecho, su excónyuge/expareja perderá el derecho a elegir la cobertura de la ley COBRA para beneficios médicos, dental y/o de la visión si no se notifica el evento a Servicios al personal dentro de los 60 días. Para obtener más información, consulte el capítulo [COBRA](#).

## Si cambia su clasificación laboral

La transición de una clasificación laboral a otra puede afectar su elegibilidad para ciertos beneficios. Las tablas que aparecen en las siguientes páginas analizan los cambios que se producirán como consecuencia del cambio de clasificación. Puede tener que satisfacer requisitos adicionales si no se inscribe en algunos beneficios voluntarios cuando es elegible para ellos por primera vez, pero lo hace más adelante. Para más información, consulte [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) más atrás en este capítulo y también la tabla que se aplica a su nueva clasificación laboral.

Si su clasificación laboral cambia de asociado de la gerencia o por hora a tiempo completo a asociado a tiempo parcial, asociado temporal o conductor de camión a tiempo parcial, su cónyuge/pareja perderá la elegibilidad para el seguro médico, dental, de la visión, de seguro de vida para dependientes, por AD&D, por enfermedades graves o contra accidentes. Usted perderá la elegibilidad para la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía o el seguro por discapacidad. Si este cambio ocasiona que su cónyuge/pareja u otro dependiente pierda la cobertura, consulte el capítulo [COBRA](#) para obtener información sobre cómo usted y/o sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica, dental y de la visión.

Salvo que se disponga lo contrario en una de las tablas de la siguiente sección [Cambio de una clasificación laboral a otra](#) de este capítulo, los cambios de elegibilidad entran en vigencia cuando se produce la transferencia (es decir, cuando se ingresa a los sistemas de registro de Walmart).

**NOTA:** Si su clasificación laboral cambia a asociado por hora a tiempo parcial o temporal, consulte la sección anterior de este capítulo titulada [Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos](#).

## Cambio de una clasificación laboral a otra

### ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE CONDUCTOR DE CAMIÓN POR HORA A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Conductores de camión a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

#### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como conductor de camión a tiempo parcial, usted es elegible para cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes. No es elegible para la cobertura de cónyuge/pareja.

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, no puede realizar cambios como consecuencia de la transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes que son elegibles para la cobertura como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal.

**Si no era elegible para cobertura** en la fecha de su transferencia, puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o en 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - del primer día del mes en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo; o
  - de su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

#### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes (hijos)

Como conductor de camión a tiempo parcial, puede reunir los requisitos para la cobertura del seguro de vida opcional para asociados y la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes para los hijos dependientes que sean elegibles. Los requisitos del Certificado de buena salud pueden aplicarse a usted, pero no se aplican a sus hijos. Usted no es elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para dependientes para su cónyuge/pareja.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, puede elegir o cambiar la cobertura opcional del seguro de vida para el asociado y dependiente en cualquier momento. Consulte la tabla titulada **Conductores de camión a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican si cambia de cobertura para usted o para su hijo después del período de inscripción inicial.

**Si no era elegible para cobertura en la fecha de su transferencia:**

- Si usted se inscribe por el monto garantizado, o a su hijo por cualquier monto, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
- Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes en el que cumplen 89 días de empleo continuo.

Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, usted se inscribirá en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si usted se hubiera inscrito solamente por el monto garantizado cuando fue elegible por primera vez.

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial. Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y seguro por accidentes, y puede cubrir a sus hijos dependientes y a su cónyuge/pareja.

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, no puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos en la cobertura como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal. No obstante, puede inscribirse en la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge/pareja.

**Si no era elegible para cobertura** en la fecha de su transferencia, puede inscribirse en cualquier nivel de cobertura.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

**Si no era elegible para cobertura** en la fecha de su transferencia:

- Si se inscribe por Internet, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

**Si no era elegible para cobertura** en la fecha de su transferencia:

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - del primer día del mes en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo; o
  - de su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado por hora a tiempo completo, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía, que entra en vigencia a partir de la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago en el que se produce su transferencia, o 2) el primer día del mes en el que cumple 89 días de empleo continuo.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados. Asimismo, puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y su cónyuge/pareja en virtud de la cobertura opcional del seguro de vida para dependientes. Los requisitos del Certificado de buena salud pueden aplicarse a usted y a su cónyuge/pareja, pero no se aplica a sus hijos.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, puede elegir o cambiar la cobertura opcional del seguro de vida para el asociado y dependiente en cualquier momento. Consulte la tabla titulada **Asociados a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican si cambia de cobertura para usted o para su hijo después del período de inscripción inicial.

**Si en la fecha de su transferencia no era elegible para la cobertura**, puede inscribirse en la cobertura opcional del seguro de vida de los asociados para usted y en la cobertura opcional del seguro de vida de los dependientes para su hijo y su cónyuge/pareja. Usted y su cónyuge/pareja pueden estar sujetos a los requisitos del Certificado de buena salud.

- Si usted se inscribe o a su cónyuge/pareja por el monto garantizado, o a su hijo por cualquier monto, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
- Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para usted o su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Usted o su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential aprueba la cobertura para usted o de su cónyuge/pareja, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumplen 89 días de empleo continuo.

Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, usted o su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si usted o su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.

(Continúa en la página siguiente)

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial. Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.**

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo.

Queda automáticamente inscrito en la cobertura básica y de maternidad del **plan básico de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo**, a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan básico por discapacidad a corto plazo de Nueva York**. La cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago en el que se produce su transferencia, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.

Puede inscribirse en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en la que se inscribe, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación, o
  - su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si usted se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se inscriba, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación, o
  - su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como gerente del centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y seguro por accidentes, y puede cubrir a sus hijos dependientes y a su cónyuge/pareja.

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, no puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos en la cobertura como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal. No obstante, puede inscribirse a la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge/pareja a la cobertura.

**Si no tenía derecho a cobertura** en la fecha de su transferencia, puede inscribirse en cualquier nivel de cobertura.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe por Internet, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como gerente del centro de visión a tiempo completo y por hora, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la empresa, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como gerente del centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados. Asimismo, puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y su cónyuge/pareja en virtud de la cobertura opcional del seguro de vida para dependientes. Los requisitos del Certificado de buena salud pueden aplicarse a usted y a su cónyuge/pareja, pero no se aplica a sus hijos.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, puede inscribirse o realizar cambios en cualquier momento. Consulte la tabla titulada **Gerentes del centro de visión por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican si cambia de cobertura para usted o para su hijo después del período de inscripción inicial.

**Si en la fecha de su transferencia no era elegible para la cobertura**, puede inscribirse en la cobertura opcional del seguro de vida de los asociados para usted y en la cobertura opcional del seguro de vida de los dependientes para su hijo y su cónyuge/pareja. Usted y su cónyuge/pareja pueden estar sujetos a los requisitos del Certificado de buena salud.

- Si se inscribe por el monto garantizado para usted o su cónyuge/pareja, o por cualquier monto para su hijo, la cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción.
- Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para usted o su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Usted o su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura para usted o su cónyuge/pareja entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, usted o su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si usted o su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.

(Continúa en la página siguiente)

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada Gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial.**

**Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.**

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Discapacidad a corto plazo

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo.

Queda automáticamente inscrito en la cobertura básica y de maternidad del **plan básico de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo**, a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan básico por discapacidad a corto plazo de Nueva York**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

Puede inscribirse en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y para su cónyuge/pareja. Además, el monto máximo de la cobertura del seguro AD&D aumenta a \$1,000,000.

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, no puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos en la cobertura como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal. No obstante, puede inscribirse en la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge.

**Si no tenía derecho a cobertura** en la fecha de su transferencia, puede inscribirse en cualquier nivel de cobertura.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe por Internet, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado gerencial, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura aumenta a \$1,000,000. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud si aumenta su cobertura.

Como asociado gerencial, puede cubrir a sus hijos dependientes y a su cónyuge/pareja con la cobertura opcional del seguro de vida para dependientes. Los requisitos del Certificado de buena salud pueden aplicarse a su cónyuge/pareja, pero no a sus hijos.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

**Si era elegible para la cobertura** en la fecha de su transferencia, puede elegir o cambiar la cobertura opcional del seguro de vida para el asociado y dependiente en cualquier momento. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican si cambia de cobertura para usted (incluido el aumento en el monto de la cobertura) o para su hijo después del período de inscripción inicial.

**Si en la fecha de su transferencia no era elegible para la cobertura**, puede inscribirse en la cobertura opcional del seguro de vida de los asociados para usted y en la cobertura opcional del seguro de vida de los dependientes para sus hijos dependientes elegibles y su cónyuge/pareja. Usted y su cónyuge/pareja pueden estar sujetos a los requisitos del Certificado de buena salud.

- Si se inscribe por el monto garantizado para usted o su cónyuge/pareja, o por cualquier monto para su hijo, la cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción.
- Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para usted o su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Usted o su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura para usted o su cónyuge/pareja entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe.

Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, usted o su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si usted o su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.

(Continúa en la página siguiente)



## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) (CONTINUACIÓN)

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Discapacidad a corto plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Queda automáticamente inscrito a la cobertura básica y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**. La cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Queda automáticamente inscrito a la cobertura básica y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**. La cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Sigue siendo elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADO TEMPORAL

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios clasificado como conductor de camión a tiempo parcial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como conductor de camión a tiempo parcial hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal que se trasfiere desde una clasificación de conductor de camión a tiempo parcial, será elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y podrá cubrir a sus hijos dependientes elegibles. No obstante, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** de este capítulo para obtener información importante sobre el período durante el que será elegible para los beneficios médicos y las verificaciones futuras de elegibilidad para acceder a los beneficios médicos.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse como conductor de camión a tiempo parcial.

## CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios clasificado como conductor de camión a tiempo parcial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como conductor de camión a tiempo parcial hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y seguro por accidentes, y puede cubrir a sus hijos dependientes y a su cónyuge/pareja. No puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de la transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos. No obstante, puede inscribirse en la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge/pareja como consecuencia de su transferencia.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - del primer día del mes en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo; o
  - de su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado por hora a tiempo completo, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía, que entra en vigencia a partir de la última de las siguientes fechas:

1) el primer día del período de pago en el que se produce su transferencia, o 2) el primer día del mes en el que cumple 89 días de empleo continuo.

### Seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado por hora a tiempo completo, puede cubrir a su cónyuge/pareja con un seguro de vida para dependientes. Es posible que se apliquen los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si contrata un seguro de vida dependiente para su cónyuge/pareja, este puede estar sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud:
  - Si inscribe a su cónyuge/pareja por el monto garantizado, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) se inscribe, o 2) el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.
  - Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential apruebe la cobertura de su cónyuge/pareja, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumplen 89 días de empleo continuo. Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.

(Continúa en la página siguiente)

## CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios clasificado como conductor de camión a tiempo parcial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como conductor de camión a tiempo parcial hasta el final de su período de inscripción inicial.**

**Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.**

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo.

Queda automáticamente inscrito en el beneficio básico y de maternidad del **plan básico de discapacidad temporal por hora a tiempo completo**, a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan básico por discapacidad a corto plazo de Nueva York**. La cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago en el que se produce su transferencia, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.

Puede inscribirse en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en la que se inscribe, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación, o
  - su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si usted se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se inscriba, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:
  - el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación, o
  - su elección entre 1) la fecha de inscripción, o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.
 Si la fecha de entrada en vigencia es distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal.

## CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios clasificado como conductor de camión a tiempo parcial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como conductor de camión a tiempo parcial hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y seguro por accidentes, y puede cubrir a sus hijos dependientes y a su cónyuge/pareja. No puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de la transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos en la cobertura como conductor de camión a tiempo parcial. No obstante, puede inscribirse a la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge/pareja a la cobertura.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe por Internet, la cobertura tiene vigencia a partir de la fecha de inscripción.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como gerente del centro de visión a tiempo completo y por hora, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la empresa, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

### Seguro de vida opcional para dependientes

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, puede cubrir a su cónyuge/pareja con un seguro de vida para dependientes. Es posible que se apliquen los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si contrata un seguro de vida dependiente para su cónyuge/pareja, este puede estar sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud:
  - Si se inscribe por el monto garantizado para su cónyuge/pareja, o por cualquier monto para su hijo, la cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción.
  - Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura para su cónyuge/pareja entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.

### Discapacidad a corto plazo

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo.

Queda automáticamente inscrito en el beneficio básico y de maternidad del **plan básico de discapacidad temporal por hora a tiempo completo**, a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan básico por discapacidad a corto plazo de Nueva York**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

Puede inscribirse en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios clasificado como conductor de camión a tiempo parcial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como conductor de camión a tiempo parcial hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y para su cónyuge/pareja. Además, el monto máximo de la cobertura del seguro AD&D aumenta a \$1,000,000.

Si era elegible para la cobertura en la fecha de su transferencia, no puede inscribirse en la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos. No obstante, puede inscribirse en la cobertura de asociado + cónyuge/pareja o de asociado + familia para agregar a su cónyuge/pareja.

Si no era elegible para la cobertura en la fecha de su transferencia, puede inscribirse en cualquier nivel de cobertura.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si se inscribe por Internet, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.
- Si se inscribe llamando a Servicios al personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia. Si elige una fecha de entrada en vigencia distinta a la fecha de inscripción, las primas retroactivas hasta esa fecha se deducirán de su pago quincenal después de impuestos.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado gerencial, se le inscribe automáticamente en la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura aumenta a \$1,000,000. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud si aumenta su cobertura.

Como asociado gerencial, puede cubrir a su cónyuge/pareja con un seguro de vida opcional para dependientes. Es posible que se apliquen los requisitos del Certificado de buena salud.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si contrata un seguro de vida dependiente para su cónyuge/pareja, este puede estar sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud:
  - Si se inscribe por el valor garantizado para su cónyuge/pareja, la cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción.
  - Si se inscribe por un monto superior al garantizado para usted o para su cónyuge/pareja, la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Su cónyuge/pareja deberán proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura para su cónyuge/pareja entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. Si no se aprueba la cobertura por encima del monto garantizado, su cónyuge/pareja se inscribirán en el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia como si su cónyuge/pareja se hubieran inscrito solamente por el monto garantizado cuando cumplieron los requisitos por primera vez.
- Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican si cambia de cobertura para usted (incluido el aumento en el monto de la cobertura) después del período de inscripción inicial.

### Discapacidad a corto plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Queda automáticamente inscrito a los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Queda automáticamente inscrito a los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo en virtud del **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Sigue siendo elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
- Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO PARCIAL O TEMPORAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal que se trasfiere desde una clasificación de asociado por hora a tiempo completo, es elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y podrá cubrir a sus hijos dependientes que cumplan los requisitos. No obstante, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** de este capítulo para obtener información importante sobre el período de tiempo durante el que será elegible para los beneficios médicos y las verificaciones futuras de elegibilidad para acceder a los beneficios médicos.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles en la cobertura para asociados por hora a tiempo completo.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su cobertura de seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida de asociado y de dependiente opcional para su hijo.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja a un seguro de vida para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir la cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a largo plazo. Si estaba afiliado al seguro de discapacidad a largo plazo en la fecha de su transferencia, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Conductores de camión a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** para conocer las reglas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como conductor de camión a tiempo parcial transferido desde la clasificación de asociado por hora a tiempo completo, seguirá siendo elegible para la cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles en la cobertura para asociados por hora a tiempo completo.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener más información.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como conductor de camión a tiempo parcial, sigue siendo elegible para la cobertura del seguro de vida opcional para asociados y dependiente para su hijo.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja a un seguro de vida para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir la cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo. Si estaba afiliado al seguro de discapacidad a largo plazo en la fecha de su transferencia, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Gerentes del Centro de visión por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de la transferencia. No se permite ningún cambio como consecuencia de la transferencia, a excepción de los cambios en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes, que pueden realizarse en cualquier momento.

## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente, seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y para su cónyuge/pareja. Además, el monto máximo de la cobertura del seguro AD&D aumenta a \$1,000,000. No se permite ningún cambio como resultado de la transferencia, salvo los cambios en la cobertura del seguro AD&D para aumentar los montos de cobertura.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura aumenta a \$1,000,000. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud si aumenta su cobertura.

### Discapacidad a corto plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Queda automáticamente inscrito a los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Su cobertura conforme al **plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Queda automáticamente inscrito en los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**, con efecto a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. Su cobertura conforme al **plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

(Continúa en la página siguiente)



## ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) (CONTINUACIÓN)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Discapacidad a largo plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Sigue siendo elegible para la cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**. Su cobertura no cambiará como resultado de la transferencia y no se permite ningún cambio como resultado de la transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Sigue siendo elegible para la cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**.

Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) del **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** con la opción de cinco años de duración, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. **Esto puede dar lugar a un aumento de las deducciones de primas de su pago quincenal.**

Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, puede inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** en la fecha de su transferencia:
  - Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si no realiza cambios en el nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el que estaba automáticamente inscrito, pero cambia a la opción de duración completa, no estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud. La cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 % pero permanece en la opción de duración de cinco años, estará sujeto a los requisitos de certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 % y cambia a la opción de duración de completa, estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, el aumento en cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. No obstante, el cambio a la opción de duración completa no está sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y tendrá vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca la transferencia.
- Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, se le aplicarán los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln.

## GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA TEMPORAL O A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal que se transfiere desde una clasificación de gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, será elegible para cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y podrá cubrir a sus hijos dependientes que cumplan los requisitos. No obstante, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** de este capítulo para obtener información importante sobre el período de tiempo durante el que será elegible para los beneficios médicos y las verificaciones futuras de elegibilidad para acceder a los beneficios médicos.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles para la cobertura como asociado por hora a tiempo completo.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su cobertura de seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida de asociado y de dependiente opcional para su hijo.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja a un seguro de vida para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente a una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a largo plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Conductores de camión a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado del Centro de visión por hora a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado el período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como conductor de camión a tiempo parcial transferido desde la clasificación de asociado gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, seguirá siendo elegible para cobertura de seguro médico, dental, de visión, AD&D, enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles para la cobertura como asociado por hora a tiempo completo.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como conductor de camión a tiempo parcial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida de asociado y de dependiente opcional para su hijo.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja a un seguro de vida para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir la cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo. Si estaba afiliado al seguro de discapacidad a largo plazo en la fecha de su transferencia, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las reglas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de la transferencia. No se permite ningún cambio como consecuencia de la transferencia, a excepción de los cambios en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes, que pueden realizarse en cualquier momento.

## GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente, seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para cobertura de seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes y para su cónyuge/pareja. Además, el monto máximo de la cobertura del seguro AD&D aumenta a \$1,000,000. No se permite ningún cambio como resultado de la transferencia, salvo los cambios en la cobertura del seguro AD&D para aumentar los montos de cobertura.

### Seguro de vida opcional para asociados

Como asociado gerencial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura aumenta a \$1,000,000. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud si aumenta su cobertura.

### Discapacidad a corto plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Queda automáticamente inscrito a los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**. La cobertura entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Su cobertura conforme al **plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Queda automáticamente inscrito en los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**, con efecto a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. Su cobertura conforme al **plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

(Continúa en la página siguiente)

## GERENTE DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) (CONTINUACIÓN)

*Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.*

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Discapacidad a largo plazo

**Asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** Sigue siendo elegible para la cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**. Su cobertura no cambiará como resultado de la transferencia y no se permite ningún cambio como resultado de la transferencia.

**Asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Sigue siendo elegible para la cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo conforme al **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**.

Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) del **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** con la opción de cinco años de duración, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. **Esto puede dar lugar a un aumento de las deducciones de primas de su pago quincenal.**

Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, puede inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** en la fecha de su transferencia:
  - Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si no realiza cambios en el nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el que estaba automáticamente inscrito, pero cambia a la opción de duración completa, no estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud. La cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del período de nómina en que tuvo lugar su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 % pero permanece en la opción de duración de cinco años, estará sujeto a los requisitos de certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 % y cambia a la opción de duración de completa, estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, el aumento en cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. No obstante, el cambio a la opción de duración completa no está sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y tendrá vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca la transferencia.
- Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, se le aplicarán los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln.

## ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA TEMPORAL O A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal que se trasfiere desde una clasificación de asociado gerencial, tendrá derecho a cobertura médica, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave y accidente, y podrá cubrir a sus hijos dependientes que cumplan los requisitos. No obstante, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** de este capítulo para obtener información importante sobre el período durante el que será elegible para los beneficios médicos y las verificaciones futuras de elegibilidad para acceder a los beneficios médicos.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles en la cobertura como asociado gerencial.

Si estaba inscrito en un seguro AD&D por un monto superior a \$200,000, su cobertura se reducirá a \$200,000.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su cobertura de seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura disponible se reduce a \$200,000. Si está inscrito en una cobertura superior a \$200,000 el día anterior al primer día del período de pago en el que se produce la transferencia, la cobertura se reducirá a \$200,000 a partir del primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no tiene derecho a la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja a un seguro de vida para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente a una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como asociado por hora a tiempo parcial o asociado temporal, no es elegible para la cobertura de discapacidad a largo plazo. Si estaba afiliado al seguro de discapacidad a largo plazo en la fecha de su transferencia, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) TRANSFERIDO AL PUESTO DE CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Conductores de camión a tiempo parcial** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial hasta el final de su período de inscripción inicial.**

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente

Como conductor de camión a tiempo parcial transferido desde la clasificación de asociado gerencial, seguirá siendo elegible para cobertura de seguro médico, dental, de visión, AD&D, enfermedad grave y por accidente, y puede obtener cobertura para sus hijos dependientes.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si estaba inscrito en la fecha de su transferencia y cubría a su cónyuge/pareja, su cobertura se ajustará automáticamente a la cobertura de asociado solo o de asociado + hijos (dependiendo de si cubre a sus hijos dependientes elegibles), que entra en vigencia a partir del primer día del primer período de pago en el que se produzca su transferencia. Su cónyuge/pareja puede ser elegible para la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

No puede realizar cambios en su cobertura como consecuencia de su transferencia porque ya tuvo la oportunidad de inscribirse usted y sus hijos dependientes elegibles como asociado gerencial (incluidos los conductores de camión).

Si estaba inscrito en un seguro AD&D por un monto superior a \$200,000, su cobertura se reducirá a \$200,000.

### Seguro de vida pagado por la compañía

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para un seguro de vida pagado por la compañía. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes

Como conductor de camión a tiempo parcial, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura disponible se reduce a \$200,000. Si está inscrito en una cobertura superior a \$200,000 el día anterior al primer día del período de pago en el que se produce la transferencia, la cobertura se reducirá a \$200,000 a partir del primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura para cónyuge/pareja. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja en cobertura para dependientes, seguirá vigente hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha. Puede convertir la cobertura de seguro de vida de su cónyuge/pareja dependiente en una póliza individual. Consulte el capítulo **Seguro de vida opcional para dependientes** de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

### Discapacidad a corto plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a corto plazo. Su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

### Discapacidad a largo plazo

Como conductor de camión a tiempo parcial, no es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo. Si estaba afiliado al seguro de discapacidad a largo plazo en la fecha de su transferencia, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia y no tendrá vigencia después de esa fecha.

## ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente, seguro de vida pagado por la compañía

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de su transferencia, salvo que si estaba inscrito en un seguro AD&D por un monto superior a \$200,000, su cobertura se reducirá a \$200,000. De lo contrario, no se permiten cambios como consecuencia de su transferencia.

### Seguro de vida opcional para asociados

Como asociado por hora a tiempo completo, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura disponible se reduce a \$200,000. Si está inscrito en una cobertura superior a \$200,000 el día anterior al primer día del período de pago en el que se produce la transferencia, la cobertura se reducirá a \$200,000 a partir del primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a corto plazo

Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Su inscripción en el **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o conductores de camión** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Queda automáticamente inscrito en el **plan mejorado de discapacidad temporal por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York. Esto dará lugar a deducciones de primas de su pago quincenal.**

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Puede cancelar su inscripción automática al **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, al **plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York**. Si cancela su inscripción automática, la será cancelación entrará en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transferencia. Se le inscribirá automáticamente en el **plan básico de discapacidad a corto plazo por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, en el **plan básico de discapacidad a corto plazo de Nueva York**, y su cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.
- Si no cancela su inscripción automática en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York**, su cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

### Discapacidad a largo plazo

**Transferencia de asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** No se permiten cambios como consecuencia de su transferencia.

**Transferencia de asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Como asociado por hora a tiempo completo, es elegible para el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**. Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** en la fecha de su transferencia:
  - Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 %, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha de inscripción.
- Si no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** antes de la fecha de su transferencia y opta por inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**:
  - Si usted se inscribe en línea, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se inscriba, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.
  - Si se inscribe llamando a Servicios al personal, la cobertura entrará en vigencia el día del aniversario de 12 meses de su fecha de contratación o, a su elección, 1) la fecha en que se inscriba o 2) el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia, la fecha que ocurra en último término.



## ASOCIADO GERENCIAL (INCLUIDO CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL DEL CENTRO DE VISIÓN POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados por hora a tiempo completo** en la sección **Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente la elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial, y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, por enfermedad grave, por accidente, seguro de vida pagado por la compañía

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de su transferencia. No se permiten cambios como consecuencia de su transferencia.

### Seguro de vida opcional para asociados

Como gerente del Centro de visión por hora a tiempo completo, sigue siendo elegible para la cobertura opcional del seguro de vida para asociados, pero el monto máximo de la cobertura disponible se reduce a \$200,000. Si está inscrito en una cobertura superior a \$200,000 el día anterior al primer día del período de pago en el que se produce la transferencia, la cobertura se reducirá a \$200,000 a partir del primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

### Discapacidad a corto plazo

Como gerente del Centro de visión a tiempo completo, es elegible para una cobertura por discapacidad a corto plazo. Su inscripción en el **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o conductores de camión** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Queda automáticamente inscrito en el **plan mejorado de discapacidad temporal por hora a tiempo completo** a menos que trabaje en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island. Los asociados de estos estados pueden acogerse a los programas de discapacidad establecidos por ley. Los asociados de **Nueva York se inscribirán al plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York**. **Esto dará lugar a deducciones de primas de su pago quincenal.**

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Puede cancelar su inscripción automática al **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, al **plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York**. Si cancela su inscripción automática, la será cancelación entrará en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transferencia. Se le inscribirá automáticamente en el **plan básico de discapacidad a corto plazo por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, en el **plan básico de discapacidad a corto plazo de Nueva York**, y su cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.
- Si no cancela su inscripción automática en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo** o, para los asociados de Nueva York, en el **plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York**, su cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

### Discapacidad de largo plazo

**Transferencia de asociado gerencial (que no sea conductor de camión):** No se permiten cambios como consecuencia de su transferencia.

**Transferencia de asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo):** Como gerente del Centro de visión a tiempo completo, es elegible para el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**. Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** en la fecha de su transferencia:
  - Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 %, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha de inscripción.
- Si no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** antes de la fecha de su transferencia y opta por inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**:
  - Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
  - Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## ASOCIADO GERENCIAL (CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO) TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (QUE NO SEA CONDUCTOR DE CAMIÓN)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo), y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo) hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados de 2024*.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave, por accidentes, seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y dependientes

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de su transferencia. No se permite ningún cambio como consecuencia de su transferencia, salvo en la cobertura opcional del seguro de vida para asociados y dependiente, que puede modificarse en cualquier momento.

#### Discapacidad a corto plazo

Como asociado gerencial (que no sea conductor de camión), queda automáticamente inscrito en los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**, con efecto a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. Su inscripción en el **plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

#### Discapacidad a largo plazo

Como asociado gerencial (que no sea conductor de camión), puede acogerse al **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**. Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia.

Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** en la fecha de su transferencia:
- Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 %, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha de inscripción.
- Si no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** antes de la fecha de su transferencia y opta por inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**:
  - Si se inscribe en línea, la cobertura tiene vigencia a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia.
  - Si se inscribe llamando a Servicios al Personal, puede elegir una fecha de entrada en vigencia que sea 1) la fecha en que se inscribe o 2) el primer día del período de pago en el que se produce la transferencia.

## ASOCIADO GERENCIAL (QUE NO SEA CONDUCTOR DE CAMIÓN) TRANSFERIDO AL PUESTO DE ASOCIADO GERENCIAL (CONDUCTOR DE CAMIÓN A TIEMPO COMPLETO)

Usted debe realizar los cambios permitidos que se describen a continuación dentro de los 60 días a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transferencia. Si no realiza cambios, en la mayoría de los casos tendrá la oportunidad de hacerlo en la próxima Inscripción anual o cuando se produzca un evento de cambio de elección válido. Consulte la tabla titulada **Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral** de este capítulo para conocer las normas que se aplican cuando se inscribe o realiza cambios después de su período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial puede estar sujeta a los requisitos del Certificado de buena salud.

Si ha adquirido recientemente elegibilidad para los beneficios al estar clasificado como asociado gerencial (que no sea conductor de camión), y el período de inscripción inicial que se le comunicó no ha finalizado antes de la fecha de su transferencia, su período de inscripción inicial no cambiará. Puede realizar cualquier elección permitida como consecuencia de su clasificación como asociado gerencial (que no sea conductor de camión) hasta el final de su período de inscripción inicial.

Las reglas que se detallan a continuación se aplicarán una vez finalizado su período de inscripción inicial, hasta la fecha en que transcurran 60 días desde el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

Todos los beneficios quedan sujetos a los términos y condiciones que se describen en el presente *Libro de beneficios para asociados* de 2024.

### Seguro médico, dental, de la visión, AD&D, enfermedad grave, por accidentes, seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y dependientes

Sus beneficios no cambiarán como consecuencia de su transferencia. No se permite ningún cambio como consecuencia de su transferencia, salvo en la cobertura opcional del seguro de vida para asociados y dependiente, que puede modificarse en cualquier momento.

#### Discapacidad a corto plazo

Como asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo), queda automáticamente inscrito en los beneficios básicos y de maternidad del **plan de discapacidad temporal para conductores de camión**, con efecto a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. Su cobertura en virtud del **plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados** continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.

#### Discapacidad a largo plazo

Como asociado gerencial (conductor de camión a tiempo completo), tiene derecho a la cobertura por discapacidad a largo plazo del **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**.

Si en la fecha de su transferencia estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, su cobertura continuará hasta el día inmediatamente anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. Se le inscribe automáticamente en el mismo nivel de cobertura (50 % o 60 %) del **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** con la opción de cinco años de duración, que entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que se produce su transferencia. **Esto puede dar lugar a un aumento de las deducciones de primas de su pago quincenal.**

Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, puede inscribirse en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**. Se aplican los requisitos del Certificado de buena salud.

**Si realiza un cambio dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transferencia, su cobertura entra en vigencia tal como se indica a continuación:**

- Si se le inscribió automáticamente en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión** porque estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo** en la fecha de su transferencia:
  - Si cancela la inscripción automática en el **plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión**, el cambio entrará en vigencia el primer día del período de nómina en el que se produzca su transferencia.
  - Si no realiza cambios en el nivel de cobertura (50 % o 60 %) en el que estaba automáticamente inscrito, pero cambia a la opción de duración completa, no estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud. La cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del período de nómina en que tuvo lugar su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 %, pero permanece en la opción de duración de cinco años, estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia.
  - Si aumenta el nivel de cobertura al 60 % después de haber estado inscrito automáticamente al nivel de cobertura del 50 % y cambia a la opción de duración de completa, estará sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, el aumento de cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln. Si no se aprueba el aumento de cobertura, seguirá estando inscrito al 50 % y la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca su transferencia. No obstante, el cambio a la opción de duración completa no está sujeto a los requisitos del Certificado de buena salud y entrará en vigencia el primer día del período de pago en el que se produzca la transferencia.
- Si en la fecha de su transferencia no estaba inscrito en el **plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo**, se le aplicarán los requisitos del Certificado de buena salud y es posible que deba someterse a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del período de pago siguiente a la fecha en que se reciba la notificación de la aprobación de Lincoln.

## Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas

Si es elegible para la cobertura del Plan, es posible que se le exija que proporcione cobertura a su hijo en virtud de un Aviso nacional de manutención médica (NMSN) debidamente diligenciado o de una Orden de cobertura médica para menores (QMCSO). La QMCSO es una orden emitida por un organismo administrativo o un tribunal que exige que un asociado, padre/madre o tutor brinde cobertura de atención médica para sus dependientes elegibles después de un divorcio o proceso legal de colocación de niños en custodia. La ley federal exige que el Plan otorgue beneficios médicos, dentales y/o de la visión a todo dependiente elegible de un participante del Plan exigidos a través de una orden del tribunal o un aviso de una agencia de las autoridades que reúne los requisitos de una QMCSO. El NMSN es un aviso de manutención médica estandarizado que utilizan las agencias estatales de manutención de menores para exigir que los niños se inscriban en el plan de grupo de un empleador. Un NMSN debidamente diligenciado se considera una QMCSO y debe ser respetado por todos los planes de salud de grupo de las compañías.

Puede obtener los procedimientos escritos para determinar si una orden cumple con los requisitos federales, sin cargo, llamando al Servicio de apoyo médico al **877-930-5607**.

Una vez que el Plan determina que una orden es una QMCSO, la cobertura comienza el primer día del período de pago en que el Plan recibe la orden, a menos que en la orden se especifique otra fecha. Si usted es elegible para el plan médico, dental y/o de la visión y no optó por cobertura antes de la recepción de la orden, se le inscribirá en el Plan Premier predeterminado con la cobertura para asociado + hijos en la tarifa de tabaco, a menos que QMCSO especifique lo contrario. Si está en el estado de Hawái, el plan predeterminado es el Plan de Salud Hawái (Health Plan Hawaii, HMSA). Si se encuentra en un lugar donde se ofrece el Plan PPO, el plan predeterminado es el Plan Saver.

Si se inscribió en la cobertura antes de que se recibiera la orden, se agregará a su hijo a la cobertura actual, con las siguientes excepciones:

- Si está inscrito en un plan HMO o uno de los planes locales, su cobertura cambiará al Plan Premier, conforme al cual el hijo hubiese tenido cobertura independientemente de donde viva.
- Si está inscrito en el Plan PPO, su cobertura cambiará al Plan Saver, conforme al cual el hijo hubiese tenido cobertura independientemente de donde viva.
- Si usted está en el estado de Hawái, su cobertura cambiará a HMSA.

Tiene 60 días para llamar al Servicio al personal al **800-421-1362** para elegir un plan médico alternativo.

Cuando el Plan reciba una QMCSO, se aplicarán las siguientes reglas:

- Si el Plan recibe una QMCSO cuando usted es elegible, pero antes de que usted complete el período de espera inicial para la cobertura médica, la orden entrará en vigencia cuando se cumpla dicho período de espera inicial, sujeto a los términos del Plan aplicables.
- Si usted no es elegible para la cobertura cuando el Plan recibe una QMCSO, se rechazará la orden.
- Si usted no es elegible para la cobertura cuando el plan recibe una QMCSO, pero luego adquiere la elegibilidad, el Plan requiere una nueva QMCSO para que la cobertura de su dependiente entre en vigencia.
- Si usted es elegible para la cobertura cuando el Plan recibe una QMCSO, pero pierde la elegibilidad y la recupera, el Plan requiere una nueva QMCSO para que la cobertura de su dependiente entre en vigencia. Este requisito se aplicará en los siguientes casos:
  - Si no es elegible por falta de pago de las primas
  - Si no es elegible como consecuencia de un cambio en su situación laboral
- Si es elegible para la cobertura y tiene una QMCSO en vigencia, luego cesa en el empleo, pero es contratado nuevamente y vuelve a ser elegible, el Plan requiere una nueva QMCSO para que la cobertura entre en vigencia.

Cuando el administrador de la red subcontratado implementa la cobertura para un dependiente que ordena un tribunal, la información relacionada con el dependiente solo se compartirá con el custodio legal. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de apoyo médico al **877-930-5607**.

## BAJA O CAMBIO DE LA COBERTURA DE LA QMCSO

Puede dar de baja la cobertura de la QMCSO por orden judicial si sucede lo siguiente:

- La QMCSO se cancela por orden de un tribunal o de una agencia administrativa: debe solicitar su cambio en un plazo de 60 días (como cuando la QMCSO ya no sea apropiada).

**EJEMPLO:** Está inscrito en la cobertura médica antes de que se emita una QMCSO. Se emite una QMCSO para su hijo. De acuerdo con los términos de la QMCSO, usted y su hijo están inscritos en la cobertura médica. Debido a un cambio de circunstancias, la QMCSO se cancela de forma prospectiva. Al día siguiente de la cancelación de la QMCSO, usted solicita darse de baja de la cobertura para usted y su hijo. El Plan le permite abandonar la cobertura de su hijo que fue objeto de la QMCSO a partir de la fecha cuando esta se cancele. No obstante, solamente podrá darse de baja de la cobertura de asociado durante la Inscripción anual, a menos que se produzca otro evento de cambio de elección.

- La QMCSO se anula por orden de un tribunal o de una agencia administrativa (por ejemplo, si una agencia determina que la orden no es válida).

**EJEMPLO:** No tenía cobertura médica antes de que un tribunal emitiera una QMCSO, que le obliga tener cobertura para usted y un hijo. De acuerdo con la QMCSO, usted se inscribe en la cobertura médica del Plan para usted y su hijo. Seis meses después, el tribunal determina que había emitido la QMCSO por error y emite una "orden de rescisión" que retira retroactivamente la QMCSO. El Plan le permite volver al estado "sin cobertura" a partir de la primera fecha de su inscripción y la de su hijo y le devuelve las primas asociadas. Deberá pagar el costo de los beneficios que el Plan pagó en su nombre durante el periodo en el que se rescindió la cobertura y se reembolsaron las primas. Para obtener más información sobre este proceso, llame al administrador externo que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan.

- Un hijo que es objeto de la orden del tribunal alcanza la edad indicada en el estado que emite la orden del tribunal para la terminación de la cobertura. Comuníquese con el organismo para el cumplimiento del sustento de menores de su estado para obtener más detalles.

Si la QMCSO se cancela mediante una orden judicial o de una agencia administrativa, la aplicación de la orden finalizará en la fecha que se especifica en la orden o el primer día del periodo de pago en la que el Plan recibe la orden, lo que ocurra después. Aunque la orden finaliza automáticamente, la cobertura para el niño no lo hará. Recibirá una carta de aviso de cancelación de los Servicios de asistencia médica en la que se le informa de que su orden ha sido cancelada, y tendrá 60 días a partir de la fecha de aviso para llamar a Servicios al personal para cancelar la cobertura del niño.

Cuando una QMCSO se cancela, no puede darse de baja de su propia cobertura ni de la de ningún otro dependiente, a menos que se produzca un cambio de estado para usted o su hijo, o durante la Inscripción anual. Sin embargo, puede cambiar su opción de plan de seguro médico llamando a Servicios al personal, siempre que solicite el cambio dentro de los 60 días siguientes a la carta de aviso de cancelación. No puede dar de baja la cobertura dental de asociado durante el periodo de Inscripción anual ni debido a un evento de cambio de elección, a menos que haya tenido cobertura durante dos años calendario completos.

Si se recibe la orden para rescindir la cobertura, esta se cancelará de manera retroactiva y usted volverá a tener la cobertura que tenía antes de que se implementara la QMCSO en la medida permitida por la ley.

## En qué momento finaliza su cobertura del Plan

La cobertura del Plan de salud y bienestar para asociados para usted y para sus dependientes finaliza cuando se presente la primera de las siguientes situaciones:

- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- En la fecha de su fallecimiento (del asociado) para usted y sus dependientes.
- En la fecha de fallecimiento para un dependiente fallecido.
- En la fecha en que usted, su cónyuge/pareja o hijo a cargo pierdan la elegibilidad.
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.
- Cuando hay una tergiversación o presentación fraudulenta de un reclamo de beneficios o elegibilidad.
- Cuando hay un acto de fraude o una declaración errónea de un hecho material.
- Cuando usted abandone voluntariamente la cobertura.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción anual:

- **Tras un evento de cambio de elección:** la cobertura de todos los beneficios, salvo la de discapacidad a largo plazo, continuará hasta la fecha del evento. La cobertura por discapacidad a largo plazo continuará hasta el día en que se solicite el cambio de elección. Consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) en este capítulo para obtener información.
- **Durante la Inscripción anual:** la cobertura continúa hasta el 31 de diciembre del año en curso que contiene el periodo de Inscripción anual.

# Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái

Períodos de espera de elegibilidad para la cobertura médica	72
Opciones de cobertura médica para los asociados de Hawái	72
Pago de primas durante una licencia de ausencia para los asociados de Hawái	72
Inscripción y fechas de vigencia para los asociados de Hawái	72

# Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái

Si es usted un asociado que trabaja en Hawái, se le aplicarán los beneficios descritos a lo largo de este *Libro de beneficios para asociados* de 2024, con la excepción de algunas diferencias en los términos de elegibilidad aplicables a los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo. En la medida en que la información tratada en este capítulo entre en conflicto con la información del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**, la información de este capítulo prevalecerá.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Plan de salud Hawái (HMSA)	Visite <a href="https://hmsa.com">hmsa.com</a>	<b>808-948-6372</b>
Plan de Salud de la Fundación Kaiser	Visite <a href="https://kaiserpermanente.org">kaiserpermanente.org</a>	<b>800-966-5955</b>
Inscripción en los beneficios de Walmart	Visite <a href="https://One.Walmart.com/Enroll">One.Walmart.com/Enroll</a>	Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>
Preguntas de elegibilidad sobre el programa de seguro de discapacidad temporal de Hawái, establecido por la ley	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>
Notificación a Servicios al personal dentro de un plazo de 60 días de un evento de cambio de elección	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>

## Lo que debe saber como asociado de Hawái

- Los asociados en Hawái tienen dos opciones de cobertura médica: Plan de salud Hawái (HMSA) y el Plan de salud de la Fundación Kaiser. Para obtener más información sobre estas opciones médicas, visite [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com), o consulte la información de contacto para cada opción en la tabla anterior.
- Debido a que Hawái tiene un programa de discapacidad por mandato legal, los asociados a tiempo completo por hora generalmente no reúnen los requisitos para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. No obstante, es posible que siga reuniendo los requisitos para el beneficio por maternidad bajo el plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart. Para obtener información, consulte el capítulo **Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo**.
- Los períodos de elegibilidad inicial para la cobertura varían para los asociados de Hawái en función de su estado de empleo, según se describe en este capítulo.

## Períodos de espera de elegibilidad para la cobertura médica

### ASOCIADOS GERENCIALES

Si es asociado gerencial en Hawái, los términos de elegibilidad que se describen en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) son aplicables para usted. Los asociados gerenciales y los asociados en formación para puestos gerenciales en Hawái son elegibles para cobertura médica en la fecha de su contratación. Para obtener información detallada sobre la elegibilidad y la inscripción en todos los beneficios disponibles conforme al Plan de salud y bienestar para asociados, consulte la tabla para asociados gerenciales en la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) del capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA, ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES

Si usted es asociado por hora a tiempo completo (incluidos los farmacéuticos por hora a tiempo completo y los supervisores de campo en tiendas y clubes), un asociado por hora a tiempo parcial o un asociado temporal en Hawái, la elegibilidad para la cobertura médica está sujeta a las reglas especiales dispuestas para los asociados en Hawái. Los términos de elegibilidad para los beneficios que no sean médicos o de discapacidad se describen en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). La elegibilidad para otros beneficios también se describe en las tablas bajo [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) que figuran más adelante en este capítulo. Para obtener información detallada, consulte la tabla correspondiente.

## Opciones de cobertura médica para los asociados de Hawái

Los asociados en Hawái tienen dos opciones de cobertura:

- Plan de salud Hawái (HMSA); y
- Plan de Salud de la Fundación Kaiser.

Viste los sitios web en la tabla al comienzo de este capítulo para obtener información sobre las opciones médicas.

## Pago de primas durante una licencia de ausencia para los asociados de Hawái

Debido a que la parte de la prima del seguro médico que debe pagar el asociado se basa en el sueldo, no adeuda ninguna prima si no percibe el sueldo durante una licencia de ausencia aprobado. La única prima para la cobertura médica que deberá pagar en el caso de una licencia de ausencia aprobado sin goce de sueldo es la parte de la prima que corresponde a los dependientes. Todas las demás opciones de beneficios requieren el pago durante una licencia de ausencia aprobado como se describe en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Según las leyes de Hawái, Walmart debe contribuir por lo menos con el 50 % de la prima de su cobertura médica (asociado solo), pero no de la cobertura de los dependientes. Los asociados deben pagar el resto del costo quincenal de la prima, pero solo hasta el 1.5 % de su sueldo o el 50 % del costo quincenal de la prima, lo que sea menor. Por ejemplo, si su sueldo quincenal es de \$1,000 y usted califica para las tarifas para no fumadores, no debe pagar más de \$15 quincenales para la cobertura (suponiendo que la prima entera es al menos de \$30 quincenal).

## Inscripción y fechas de vigencia para los asociados de Hawái

### ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Incluye a los farmacéuticos por hora California, los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
Médico	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> a la fecha de vigencia.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia en la primera de las siguientes fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El primer día del periodo de pago después de un período de trabajo de al menos 20 horas por semana durante cuatro semanas consecutivas, o</li> <li>• El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo a tiempo completo continuo.</li> </ul>
Dental (la inscripción es por dos años calendario) De la vista Seguro por enfermedades graves Seguro contra accidentes AD&D	<p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <a href="#">Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</a> del capítulo <a href="#">Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</a>.</p> <p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior a la fecha de vigencia de su cobertura.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario durante el cual se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuos.</p>

(Continúa en la página siguiente)



**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)**

Incluye a los farmacéuticos por hora California, los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
Seguro de vida pagado por la compañía	Se inscribe automáticamente el primer día del mes calendario en el que cumple día 89 de trabajo continuo a tiempo completo y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.
Mis recursos de salud mental Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.
Seguro de discapacidad temporal de Hawái* (programa obligatorio por ley) Plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart • Cobertura básica (no disponible para los asociados que trabajan en Hawái) • Beneficios por maternidad (disponibles para las asociadas que trabajan en Hawái)  *Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo <a href="#">Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo</a>	Para el seguro de discapacidad temporal de Hawái, consulte la tabla <a href="#">Recursos</a> al principio de este capítulo para obtener información de contacto sobre los requisitos y las fechas de entrada en vigencia.  En el caso de los beneficios por maternidad del plan básico de discapacidad a corto plazo, su inscripción es automática al aniversario de 12 meses de la fecha de contratación y su cobertura entra vigente en esa fecha, siempre que se satisfagan los requisitos de actividad laboral descritos en el capítulo <a href="#">Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</a> .
Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes	<b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior al primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.  <b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:*</b> <b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo.</li> <li>• Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, la cobertura para usted y su cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted (o su cónyuge/pareja) no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted (o su cónyuge/pareja) quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumpla 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</li> </ul> <b>Si se inscribe después del período de inscripción inicial:</b> Se puede inscribir en la cobertura, aumentarla o darla de baja después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero la cobertura (y cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar un Certificado de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.  Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.
*Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su cónyuge/pareja o hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).	

**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)**

Incluye a los farmacéuticos por hora California, los asociados de la cadena de suministro de campo por hora a tiempo completo y los supervisores de campo por hora a tiempo completo en tiendas y clubes; excluye a los gerentes de centros de visión por hora a tiempo completo.

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan por discapacidad a largo plazo (incluidos los beneficios mejorados)</li> </ul>	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> al primer día del mes calendario en el que cumple 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Si se inscribe en la cobertura durante el período de inscripción inicial:</b> La cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses desde su fecha de contratación.</li> <li><b>Si se inscribe en la cobertura después del período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección, su cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que se inscriba, o 2) en el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.</li> <li>Si se inscribe en la cobertura durante la Inscripción anual para el próximo año del Plan, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) el 1.º de enero de ese año o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> del capítulo <b>Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</b>.</p>
<p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección <b>"Trabajo activo" o "activamente en el trabajo"</b> del capítulo <b>Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</b>.</p>	

**ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPORALES**

**NOTA:** No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
Médico*	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> a la fecha de vigencia.</p>
*Los asociados a tiempo parcial por hora y los asociados temporales en Hawái no están sujetos a los requisitos descritos en la sección <b>Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos</b> en el capítulo <b>Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</b> .	<p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia en la primera de las siguientes fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El primer día del período de pago después de un período de trabajo de al menos 20 horas por semana durante cuatro semanas consecutivas, o</li> <li>El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo.</li> </ul>
Dental (la inscripción es por dos años calendario) De la vista Seguro por enfermedades graves Seguro contra accidentes AD&D	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día anterior a la fecha de vigencia de su cobertura.</p>
Mis recursos de salud mental Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	<p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</b> Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario durante el cual se cumplen 89 días de empleo continuo.</p>
	<p>Si escoge la cobertura, su elección debe permanecer vigente hasta el final del año calendario que contenga la fecha de vigencia de la cobertura y no podrá modificarse hasta el periodo de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección <b>Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual</b> del capítulo <b>Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</b>.</p>

(Continúa en la página siguiente)

<b>ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPORALES (CONTINUACIÓN)</b>	
<b>NOTA:</b> No debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Debe inscribirse en la cobertura <b>antes</b> de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para la mayoría de los beneficios.	
<b>Plan</b>	<b>Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia</b>
Seguro de discapacidad temporal de Hawái* (programa obligatorio por ley)	Para el seguro de discapacidad temporal de Hawái, consulte la tabla <a href="#">Recursos</a> al principio de este capítulo para obtener información de contacto sobre los requisitos y las fechas de entrada en vigencia.
Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes	<p><b>Período de inscripción inicial:</b> Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> a la fecha de vigencia de su cobertura.</p> <p><b>Cuándo entra en vigencia la cobertura:*</b>  <b>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscribe, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo.</li> <li>• Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que Prudential aprueba su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Si no se aprueba ninguna cobertura por encima del monto de emisión garantizado y usted no está ya inscrito en una cobertura por el monto de emisión garantizado, usted quedará inscrito en una cobertura por el monto garantizado y la cobertura entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas: 1) la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumpla 89 días de trabajo continuo a tiempo completo.</li> </ul> <b>Si se inscribe después del período de inscripción inicial:</b> Una vez que reúna los requisitos, se puede inscribir en la cobertura, aumentarla o darla de baja después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero la cobertura (y cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar un Certificado de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential la apruebe.            Si debe facilitar un Certificado de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, como se ha descrito anteriormente.</p>
<p>*Si su hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura se retrasa hasta que su hijo tenga el alta médica (no se aplica a un recién nacido).</p> <p>Los asociados por hora a tiempo parcial y temporales solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. El seguro de vida pagado por la compañía no está disponible para los asociados por hora a tiempo parcial y temporales.</p> <p><b>NOTA:</b> Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección "<a href="#">Trabajo activo</a>" o "<a href="#">activamente en el trabajo</a>" del capítulo <a href="#">Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia</a>.</p>	

**Asociados gerenciales:** Consulte la tabla de asociados gerenciales en la [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) sección del [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) capítulo.

# El Plan Médico

Plan Médico para Asociados (AMP)	78
Inscripción	78
Función del administrador de la red subcontratado (TPA)	79
Opciones del AMP disponibles para usted	80
Evalúe sus opciones	89
Redes de proveedores	95
Servicios de emergencia, prevención y telesalud	100
Centros de excelencia	101
Walmart Health	111
Asistencia en el control de su salud	112
Programa de atención preventiva	116
Salud mental y trastornos por abuso de sustancias	119
Qué está cubierto por el AMP	119
Notificación previa	121
Autorización previa	121
Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP	122
Qué no está cubierto por el AMP	127
Presentar un reclamo médico (que no sean los beneficios de viaje por atención)	129
Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención	129
Si tiene cobertura conforme a más de un plan médico	129
Interrupción de la cobertura	131
Cuándo finaliza su cobertura médica	131
Si deja Walmart y vuelve a ser contratado	132
Otra información acerca del plan médico	132

## La información de este capítulo describe los beneficios médicos a los que puede acceder si:

- Usted es conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o asociado asalariado (de la gerencia) elegible
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

# El Plan Médico

RECURSOS			
Encuentre lo que necesita	En línea	Por teléfono: Asesor de atención de la salud	Otros recursos
Información importante para ayudarlo a gestionar sus gastos del cuidado de la salud	<b>Herramientas de comparación de precios y directorio de proveedores:</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> o <a href="https://www.aetna.com">aetna.com</a> <a href="https://www.blueadvantagearkansas.com">blueadvantagearkansas.com</a> <a href="https://www.UMR.com">UMR.com</a>		
Aetna (Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver y Plan local de Banner)	Ingrese a <a href="https://www.One.Walmart.com/Health">One.Walmart.com/Health</a> o a <a href="https://www.aetna.com">aetna.com</a>	<b>855-548-2387</b> <b>800-525-6257</b> (área metropolitana de Chicago y sur de Florida) <b>833-554-1544</b> (AZ, IL, MO, TN, VA)	<b>Aetna</b> <b>151 Farmington Avenue</b> <b>Hartford, Connecticut 06156</b>
BlueAdvantage Administrators of Arkansas (Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver)	Ingrese a <a href="https://www.One.Walmart.com/Health">One.Walmart.com/Health</a> o a <a href="https://www.blueadvantagearkansas.com">blueadvantagearkansas.com</a>	<b>866-823-3790</b>	<b>BlueAdvantage Administrators of Arkansas</b> <b>P.O. Box 1460</b> <b>Little Rock, Arkansas 72203-1460</b>
UMR (Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver)	Ingrese a <a href="https://www.One.Walmart.com/Health">One.Walmart.com/Health</a> o a <a href="https://www.UMR.com">UMR.com</a>	<b>855-870-9177</b>	<b>UMR</b> <b>P.O. Box 30541</b> <b>Salt Lake City, Utah 84130-0541</b>
UMR (Plan local Mercy Arkansas):	Visite <a href="https://www.IncludedHealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a>	<b>800-804-1272</b>	
Beneficios HealthSCOPE (cáncer, trasplante y otros programas de viaje)		<b>800-804-1272</b>	
Contigo Health (programas de cirugía de corazón, columna vertebral, reemplazo de cadera y rodilla, y pérdida de peso)		<b>877-230-7037</b>	
Solicite una copia impresa del <i>Libro de beneficios para asociados</i> de 2024		Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>	

- En este capítulo se describen los beneficios médicos ofrecidos conforme a las opciones del AMP autoaseguradas del Plan médico de los asociados. Consulte la sección **Plan Médico para asociados (AMP)** para obtener información sobre lo que significa que una opción esté autoasegurada.
- En algunos lugares, el AMP también ofrece opciones de plan PPO y de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO). Si bien se ofrecen en el AMP, las opciones de planes PPO y HMO están totalmente aseguradas y son administradas por separado por la compañía de seguro. Si en su lugar de trabajo existe una opción de seguro totalmente asegurada, los detalles de la cobertura se describen en materiales en línea en [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health) o que provee por separado la compañía de seguro del plan PPO o HMO. Los términos de cobertura de estas opciones no se describen en este capítulo. No obstante, los términos de elegibilidad del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** anulan cualquier término incoherente de los documentos de la HMO y la PPO. Consulte la sección **Asistencia en el control de su salud** de este capítulo para conocer algunos recursos a su disposición, incluso si está inscrito a una opción HMO o PPO.
- Antes de que la cobertura que ofrece la HMO pueda entrar en vigencia, algunas HMO requieren que los participantes acepten un acuerdo de arbitraje. Si la HMO no recibe el acuerdo de arbitraje dentro de los 60 días siguientes a su inscripción, su cobertura de la HMO no entrará en vigencia y no tendrá cobertura médica conforme al AMP a menos que surja un evento de cambio de elección válido, tal como se describe en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**. **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** capítulo.

## Información importante sobre los cambios derivados del fin de la emergencia de salud pública COVID-19

La emergencia de salud pública (ESP) COVID-19 finalizó el 11 de mayo de 2023. Durante la ESP y hasta el 31 de diciembre de 2023, el Plan Médico de los Asociados (PMA) cubrió las pruebas de COVID-19, los servicios relacionados con las pruebas y las inmunizaciones tanto dentro como fuera de la red sin la aplicación de ningún deducible, copago o coseguro.

A partir del 1.º de enero de 2024, el AMP cubrirá las pruebas diagnósticas in vitro para la detección del SARS-CoV-2 o el diagnóstico de COVID-19 (pruebas de COVID-19) que sean solicitadas o realizadas por un proveedor del cuidado de la salud u otro profesional médico, sujetas al deducible, copago y/o coseguro de la red o fuera de la red aplicable habitual del AMP. El AMP también cubrirá los servicios relacionados con la administración de una prueba COVID-19 (por ejemplo: una visita al consultorio o atención de urgencia), sujeto al deducible, copago y/o coseguro de la red o fuera de la red aplicable regular del AMP. El Plan ya no cubrirá las pruebas de COVID-19 de venta libre.

Consulte la sección [Programa de atención preventiva](#) de este capítulo para obtener información sobre la cobertura del AMP para las vacunas contra COVID-19.

### Plan Médico para asociados (AMP)

La información de este capítulo se aplica a su caso si se inscribe en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de planes locales de Mercy Arkansas o Banner. A los fines de este capítulo, estas opciones se denominan “opciones del AMP”.

El Plan médico para asociados (AMP) ofrece beneficios médicos para usted y los miembros de su familia elegibles a través de varias opciones del AMP. Las opciones del AMP que se describen en este capítulo son autoaseguradas, esto significa que los beneficios ofrecidos dentro de las opciones no están asegurados por una compañía de seguros. En otras palabras, la compañía de seguros no paga los beneficios con sus propios activos. En su lugar, usted y otros asociados inscritos en la opción autoasegurada del AMP hacen contribuciones (comúnmente denominadas “primas”) a través de deducciones de su sueldo para cubrir una parte del costo de sus beneficios, y el resto del costo se paga con los activos de la compañía o a través de un fideicomiso financiado por Walmart.

Si bien todas las opciones del AMP generalmente brindan beneficios para los mismos servicios cubiertos, una opción específica puede tener diseños alternativos en diferentes lugares. La información de este capítulo explicará cada opción del AMP autoasegurada, incluidos los diseños alternativos, y lo que puede hacer para aprovechar al máximo los beneficios que se le ofrecen.



Consulte las herramientas de comparación de precios y los directorios de proveedores que puede encontrar en el sitio web de su administrador externo para informarse sobre buenos recursos que le ayuden a gestionar los costos de cuidado de la salud:

- [aetna.com](https://www.aetna.com)
- [blueadvantagearkansas.com](https://www.blueadvantagearkansas.com)
- [UMR.com](https://www.UMR.com), o
- [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart)

Asegúrese de verificar también [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

**Asociados que se inscriben en la cobertura médica a través de una opción de plan HMO o PPO:** Algunos lugares de trabajo cuentan con opciones de planes HMO y PPO. Las pólizas y los materiales de inscripción para las opciones de los planes HMO y PPO pueden describir diferentes requisitos de elegibilidad y períodos de espera en comparación con los que se describen en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). Si hay alguna diferencia entre los términos de elegibilidad de las opciones de los planes HMO o PPO y los términos de elegibilidad del AMP, tal como se describe en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), se aplicarán los términos de elegibilidad del capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). No obstante, los términos de la póliza relacionados con los beneficios cubiertos conforme a estas opciones, además de algunos beneficios discutidos en la sección [Asistencia en el control de su salud](#), se describen en los materiales proporcionados por separado por la aseguradora HMO o PPO o puede encontrarlos en [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

### Inscripción

Asegúrese de **inscribirse antes de la fecha límite** descrita en sus materiales de inscripción. **Debe inscribirse antes de la fecha de vigencia.**

Será elegible para inscribirse en el AMP si cumple con las condiciones de elegibilidad que se describen en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### CUÁNDO Y CÓMO INSCRIBIRSE

No confunda el período de inscripción con la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. El período de inscripción es el período de tiempo durante el cual debe realizar las elecciones de sus beneficios. La fecha de entrada en vigencia de su cobertura es cuando esas elecciones entran en vigencia. Su período de inscripción específico y la fecha de entrada en vigencia de la cobertura varían en función de una serie de factores, incluida la clasificación de su empleo. Consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener más información. **Asegúrese de inscribirse antes de la fecha límite de inscripción que se indica en los materiales de inscripción que reciba. El AMP no puede hacer excepciones** para permitir que los asociados individuales se inscriban después de que finalice el período de inscripción, por lo que debe inscribirse antes de la fecha límite o tendrá que esperar hasta la próxima inscripción anual o a

menos que surja un evento de cambio de elección. Para obtener información, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Se puede acceder a la herramienta de inscripción a los beneficios en línea a través de [One.Walmart.com/Health](http://One.Walmart.com/Health).

## SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscriba en el AMP, seleccionará su nivel de cobertura, incluidos los familiares elegibles que desee cubrir. Los niveles de cobertura son:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja que reúna los requisitos (no disponible para asociados por hora a tiempo parcial o temporales, ni para conductores de camión a tiempo parcial)
- Asociado + hijos o
- Asociado + familia (no disponible para asociados por hora a tiempo parcial o temporales, ni para conductores de camión a tiempo parcial).

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes, incluido qué miembros de la familia pueden inscribirse para la cobertura y cuándo, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## COSTO DE LA COBERTURA

Los aportes o "primas" que pague por la cobertura médica variarán en función de la opción del AMP que elija, del nivel de cobertura que elija, de si puede acogerse a las tarifas para no fumador y de si está inscrito en el AMP a través de la continuación de la cobertura de la ley COBRA. Consulte el capítulo [COBRA](#) para obtener más información sobre la continuación de la cobertura de la ley COBRA.

## Función del administrador de la red subcontratado (TPA)

El AMP brinda beneficios médicos solo para ciertos servicios, que se denominan "servicios cubiertos". Los gastos de los "servicios cubiertos" son "gastos médicos elegibles". El administrador del AMP ha delegado la autoridad fiduciaria para tomar decisiones sobre reclamos y apelaciones, incluidas las determinaciones de autorización previa cuando corresponda, en varios administradores de terceros (TPA). Su TPA específico dependerá de la opción del AMP que elija y su lugar de trabajo y, en algunos casos, del tipo de servicios que usted reciba. Si su lugar de trabajo cambia durante el año, las opciones del AMP disponibles para usted y el TPA que administra sus beneficios pueden cambiar. El TPA que administra la opción del AMP que usted elige se identifica en su tarjeta de identificación del plan. El Plan se reserva el derecho a cambiar el TPA que administra sus beneficios en cualquier momento.

Para ciertos servicios cubiertos, como aquellos disponibles a través del programa de los Centros de Excelencia o el beneficio de viaje para atención, un TPA diferente administrará los beneficios. Consulte la siguiente tabla.

Su TPA también puede ser una compañía de seguros que emite pólizas de seguro médico. Esto no significa que sus beneficios médicos del AMP estén asegurados. Estas compañías de seguro también pueden actuar como TPA para planes autofinanciados. En este caso, el administrador del AMP ha delegado la responsabilidad para determinar los reclamos de beneficios del AMP en el TPA aplicable, quien, a su vez, puede consultar a profesionales de la salud para que lo ayuden a tomar determinaciones relacionadas con los reclamos. Cada TPA utilizará sus políticas y procedimientos internos para tomar decisiones sobre reclamos y apelaciones en nombre del AMP.

### ADMINISTRADORES DE TERCEROS (TPA) DELEGADOS POR EL ADMINISTRADOR DEL PLAN

Opciones del Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver, y beneficios para la formación de familias en el marco del programa de los Centros de Excelencia	Aetna Life Insurance Company (Aetna)* BlueAdvantage Administrators of Arkansas (BlueAdvantage)* UMR
Opción de Plan local de Banner	Aetna
Opción del Plan local Mercy Arkansas	UMR
Programa de Centros de Excelencia Revisión del historial médico en caso de cáncer, evaluación y tratamiento en el sitio, revisión del historial médico en caso de diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal, evaluación y tratamiento en el sitio, servicios de trasplante y beneficios de viajes relacionados (incluso para la formación de familias) Además: programa de doula	HealthSCOPE Benefits
Programa de Centros de Excelencia Cirugía cardíaca, cirugía de la columna vertebral, reemplazo de cadera y rodilla, y cirugía de pérdida de peso, al igual que los beneficios de viaje relacionados con el programa de los Centros de Excelencia	Contigo Health

\*Para los participantes del AMP en Alabama, Alaska, Arizona, Colorado, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Minnesota, Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee, Virginia, Virginia Occidental o Wisconsin, las decisiones de las solicitudes de autorización previa ("reclamos previos al servicio") las toma American Health Holding, Inc. en nombre de Included Health.

Además de determinar sus reclamos de beneficios, el TPA identificado en su tarjeta de identificación del plan también brinda acceso a su red de proveedores. Esta es su "red primaria" o "red". Una red de proveedores es un grupo de proveedores que han acordado, conforme a un contrato, aceptar un monto negociado por los servicios cubiertos que brindan. Eso significa que el monto total de los gastos médicos elegibles pagados por usted y el AMP de los servicios cubiertos no será mayor que el monto negociado. **Los proveedores dentro de su red primaria no pueden facturarle ningún monto superior al monto negociado por los servicios cubiertos por el AMP.**

## Opciones del AMP disponibles para usted

Por lo general, las opciones específicas del AMP disponibles para usted dependerán de su trabajo o de la ubicación del centro asignado ("lugar de trabajo"). Si trabaja de forma remota o recibe la continuación de la cobertura de la ley COBRA, se lo asignará a la ubicación de trabajo más cercana a su domicilio en el registro. Si trabaja como conductor de camión, las opciones de AMP disponibles para usted pueden estar determinadas por su domicilio registrado en vez del lugar donde trabaja. En las próximas páginas, encontrará tablas de las diversas opciones que pueden estar disponibles para usted. Cada tabla proporciona un resumen de la cobertura para cada opción autoasegurada del AMP. A continuación de las tablas encontrará información que le ayudará a evaluar la mejor opción para usted. Recuerde que en algunos lugares, también puede tener acceso a una opción de AMP asegurada descrita en los materiales proporcionados por la aseguradora, que también están disponibles en [One.Walmart.com/Health](http://One.Walmart.com/Health).

### OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION, PLAN SAVER

Las tres opciones principales disponibles para la mayoría de los asociados en todo el país son las opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver. La tabla titulada [Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver: a nivel nacional](#) compara estas opciones una al lado de la otra y facilita detalles sobre la cobertura de cada una de ellas. Según su lugar de trabajo, es posible que cada una de estas opciones no se encuentre disponible en su ubicación específica.

En algunas ubicaciones, puede haber acuerdos entre el AMP (o un TPA) y los proveedores que incluyen incentivos financieros para que los proveedores gestionen la atención.

Las opciones de los planes Premier, Contribution y Saver disponibles en su localidad pueden variar de las opciones disponibles para la mayoría de los asociados en todo el país y tendrán condiciones de cobertura un tanto diferentes. Inmediatamente después de la tabla [Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver: a nivel nacional](#), verá cinco tablas con las opciones de los planes Premier, Contribution y Saver identificadas por áreas geográficas en las que están disponibles las opciones. El hecho de que se le ofrezca una de las opciones de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver específicas de su localidad, en lugar de las opciones nacionales, depende de su lugar de trabajo.

Si su lugar de trabajo se encuentra en una de las siguientes áreas, las opciones del AMP que se le ofrecen incluirán uno o más de los diseños de las opciones del Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver específicos de la ubicación:

LUGARES ESPECÍFICOS DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER	
Región	Condados
Noroeste de Arkansas	Benton, Madison y Washington
Florida	<b>Central (incluido Orlando y Tampa):</b> Brevard, Citrus, Hernando, Hillsborough, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, Sumter y Volusia
	<b>Noreste:</b> Alachua, Baker, Bradford, Clay, Duval, Flagler, Nassau, Putnam y St. Johns
	<b>Sur (incluidos Ft. Lauderdale, Miami, Naples y Port St. Lucie):</b> Broward, Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hardee, Hendry, Highlands, Indian River, Lee, Martin, Miami-Dade, Monroe, Okeechobee, Palm Beach y St. Lucie
Illinois/Indiana (área metropolitana de Chicago)	<b>Illinois:</b> Cook, DeKalb, DuPage, Grundy, Kane, Kendall, Lake, McHenry y Will
	<b>Indiana:</b> Lake y Porter
Oklahoma	<b>Oklahoma City:</b> Canadian, Cleveland, Lincoln, Logan, McClain y Oklahoma
	<b>Tulsa:</b> Creek, Osage, Rogers, Tulsa y Wagoner
Texas	<b>Austin:</b> Bastrop, Caldwell, Hays, Travis y Williamson
	<b>Dallas/Fort Worth ("DFW"):</b> Collin, Dallas, Denton, Ellis, Henderson (noroeste), Hunt, Johnson, Kaufman, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise
	<b>Houston:</b> Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery y Waller
	<b>San Antonio:</b> Atascosa, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson



Las tablas aplicables a estos lugares son:

- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver: noroeste de Arkansas (condados selectos)**
- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver: centro, noreste y sur de Florida (condados selectos)**
- **Opciones de los planes Premier, Contribution y Saver: área metropolitana de Chicago (condados selectos)**
- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver: Oklahoma (condados selectos)**
- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver: Texas (condados selectos)**

A menos que se indique lo contrario a lo largo de este capítulo, las referencias a una opción de Plan “Premier”, “Contribution” y “Saver” serán una referencia a la opción en general, independientemente de si la opción se encuentra disponible en todo el país o solo en ciertas áreas, salvo que se especifique lo contrario.

Por ejemplo:

“**Opción de Plan Premier**” es una referencia a la opción de Plan Premier en general, ya sea que esté disponible en todo el país o en un área específica.

“**Opción del Plan Saver/a nivel nacional**” es una referencia a la opción del Plan Saver disponible para los asociados cuyos lugares de trabajo no se encuentran en ninguno de los condados especificados en la página anterior.

“**Opción de Plan Contribution/noroeste de Arkansas**” es una referencia a la opción de Plan Contribution disponible para los asociados con lugares de trabajo en Arkansas en los condados que se especifican en la página anterior.

“**Opción de Plan Saver/centro, noreste y sur de Florida**” es una referencia a la opción de Plan Saver disponible para los asociados con lugares de trabajo en Florida en los condados que se especifican en la página anterior.

“**Opción de Plan Premier/área metropolitana de Chicago**” es una referencia a la opción de Plan Premier disponible para los asociados con lugares de trabajo en el área metropolitana de Chicago en los condados que se especifican en la página anterior.

“**Opción de Plan Premier/Oklahoma**” es una referencia a la opción de Plan Premier disponible para los asociados con lugares de trabajo en Oklahoma en los condados que se especifican en la página anterior.

“**Opción de Plan Premier/Texas**” es una referencia a la opción de Plan Premier disponible para los asociados con lugares de trabajo en Texas en los condados que se especifican en la página anterior.

## OPCIONES DE PLANES LOCALES

Si están disponibles en su lugar de trabajo, las opciones del AMP disponibles para usted también pueden incluir “planes locales”, que brindan acceso a grupos de proveedores en un área específica. En otras palabras, si existe un plan local en un área que incluye su lugar de trabajo, las opciones del AMP disponibles para usted serán probablemente el Plan Premier,

el Plan Saver o la opción de plan local disponible, pero no la opción del Plan Contribution, con limitadas excepciones. Salvo en pocas excepciones, en el área designada en las que se encuentra disponible una opción de plan local, por lo general, esta reemplazará la opción de Plan Contribution como una opción de cobertura si su lugar de trabajo se encuentra en esa área.

Los acuerdos que se establezcan entre el AMP y estos grupos de proveedores pueden incluir incentivos financieros para gestionar la atención.

Las opciones de planes locales están disponibles en las áreas designadas que se indican a continuación:

### Plan local Banner

- Phoenix, área metropolitana de Arizona

### Plan local Mercy Arkansas

- Partes del noroeste de Arkansas y del condado de McDonald, Missouri

Para obtener los detalles de la cobertura de las opciones del plan local, consulte la tabla titulada **Opciones de plan local: Banner y Mercy Arkansas**.

Conforme al AMP, existen dos tipos generales de proveedores: proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red:

- **Proveedores de la red:** Esto puede incluir a los proveedores que su TPA haya contratado como proveedores dentro de la red. Asimismo, puede incluir proveedores especializados o de la red preferida que el Plan haya contratado para servicios especializados, como en el caso de los Centros de Excelencia.
- **Proveedor fuera de la red:** Esto puede incluir proveedores fuera de la red de su TPA y puede incluir proveedores secundarios fuera de la red, que son proveedores fuera de la red con los que el Plan o TPA puede tener un acuerdo contractual para aceptar un monto negociado.
  - **Proveedor fuera de la red secundario:** Es un tipo de proveedor fuera de la red con el que el Plan o el TPA tienen un acuerdo contractual para aceptar un monto negociado. Estos proveedores siguen considerándose fuera de la red y pueden facturarle montos superiores al cargo máximo permitido por el AMP, con algunas excepciones, como cuando el monto negociado del proveedor fuera de la red es inferior al cargo máximo permitido por el AMP o para servicios de emergencia/ambulancia aérea o servicios prestados por un proveedor fuera de la red en instalaciones dentro de la red. Consulte **Cargo máximo permitido y Fuera de la red, secundario** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener más detalles.

Si el Plan utiliza un acuerdo secundario fuera de la red, cualquier gasto compartido aplicable en el que incurra se tendrá en cuenta para el desembolso máximo anual. Consulte **Cargo máximo permitido y Fuera de la red, secundario** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener más detalles.

## OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER: A NIVEL NACIONAL

Consulte las tablas en las siguientes páginas si su lugar de trabajo se encuentra en las siguientes áreas:

- Noroeste de Arkansas (condados selectos)
- Centro, noreste y sur de Florida (condados selectos)
- Área metropolitana de Chicago (condados selectos)
- Oklahoma (condados selectos)
- Texas (condados selectos)

	Plan Premier	Plan Contribution	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red</li> </ul>	\$2,750/\$5,500 \$5,500/\$11,000	\$1,750/\$3,500 \$3,500/\$7,000	\$3,000/\$6,000 \$6,000/\$12,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 <i>Contribución máxima anual de la compañía a la HRA</i>	\$350/\$700 <i>Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA</i>
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red</li> </ul>	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,650/\$13,300 Ninguno
<b>Atención preventiva elegible</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Especialista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia**</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas <ul style="list-style-type: none"> <li>Red alternativa</li> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Hospitalización**</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Salud mental</b> <b>Hospitalización y ambulatorio (instalación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red*</li> </ul>	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red</li> <li>Fuera de la red</li> </ul>	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Servicios de emergencia**</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <b>Beneficio de farmacia</b>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <b>Centros de excelencia</b> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <b>Walmart Health</b> de este capítulo		

\*Incluye proveedores secundarios no pertenecientes a la red, cuando corresponda. Consulte la explicación en la página anterior a estas tablas.

\*\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención urgente de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION, PLAN SAVER/NOROESTE DE ARKANSAS			
Condados selectos; vea la tabla <a href="#">Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver</a>			
	Plan Premier	Plan Contribution	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$2,750/\$5,500	\$1,750/\$3,500	\$3,000/\$6,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 <i>Contribución máxima anual de la compañía a la HRA</i>	\$350/\$700 <i>Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA</i>
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700	\$6,650/\$13,300
<b>Atención preventiva elegible</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Especialista</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia*</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas • <i>Red alternativa</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Hospitalización</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro de atención)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia*</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <a href="#">Beneficio de farmacia</a>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <a href="#">Centros de excelencia</a> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <a href="#">Walmart Health</a> de este capítulo		

\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de atención de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION, PLAN SAVER: CENTRO, NORESTE Y SUR DE FLORIDA			
Condados selectos; vea la tabla Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver			
	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red • Fuera de la red	\$2,750/\$5,500 \$5,500/\$11,000	\$1,750/\$3,500 \$3,500/\$7,000	\$3,000/\$6,000 \$6,000/\$12,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 <i>Contribución máxima anual de la compañía a la HRA</i>	\$350/\$700 <i>Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA</i>
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red • Fuera de la red	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,650/\$13,300 Ninguno
<b>Atención preventiva elegible</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red y fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)
<b>Visitas al consultorio del médico</b> (en persona o telesalud) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red y fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Especialista</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red y fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia**</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red y fuera de la red**	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red**	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas • Red alternativa • Dentro de la red • Fuera de la red**	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Hospitalización***</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red**	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios</b> (centro de atención) • Dentro de la red • Fuera de la red**	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Visitas ambulatorias al consultorio</b> (en persona o telesalud) • Dentro de la red • Fuera de la red**	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible	75 % después del deducible 50 % después del deducible
<b>Servicios de emergencia***</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <b>Beneficio de farmacia</b>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <b>Centros de excelencia</b> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <b>Walmart Health</b> de este capítulo		

\*Los beneficios por gastos profesionales en un entorno que no sea el consultorio son del 75 % para los preferidos y del 50 % para los no preferidos.

\*\*Incluye proveedores secundarios no pertenecientes a la red, cuando corresponda. Consulte la explicación en la página anterior a estas tablas.

\*\*\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.

## OPCIONES DE LOS PLANES PREMIER, CONTRIBUTION Y SAVER: ÁREA METROPOLITANA DE CHICAGO

Condados selectos; vea la tabla Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver

	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$2,750/\$5,500	\$1,750/\$3,500	\$3,000/\$6,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 <i>Contribución máxima anual de la compañía a la HRA</i>	\$350/\$700 <i>Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA</i>
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700	\$6,650/\$13,300
<b>Atención preventiva elegible</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Especialista</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia**</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas • Red alternativa • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Hospitalización**</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro de atención)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia**</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <b>Beneficio de farmacia</b>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <b>Centros de excelencia</b> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <b>Walmart Health</b> de este capítulo		

\*Los beneficios por gastos profesionales en un entorno que no sea el consultorio son del 75 % para los preferidos y del 50 % para los no preferidos.

\*\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER: OKLAHOMA			
Condados selectos; vea la tabla <a href="#">Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver</a> El Plan Contribution está disponible en ciertos lugares en el área de Oklahoma City y Tulsa.			
	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • <i>Preferidos</i> y <i>no preferidos</i> dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$2,750/\$5,500	\$1,750/\$3,500	\$3,000/\$6,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 <i>Contribución máxima anual de la compañía a la HRA</i>	\$350/\$700 <i>Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA</i>
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • <i>Preferidos</i> y <i>no preferidos</i> dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700	\$6,650/\$13,300
<b>Atención preventiva elegible</b> • <i>Preferidos</i> dentro de la red • <i>No preferidos</i> dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> • <i>Preferidos*</i> dentro de la red • <i>No preferidos</i> dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Especialista</b> • <i>Preferidos*</i> dentro de la red • <i>No preferidos</i> dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia**</b> • <i>Preferidos</i> dentro de la red • <i>No preferidos</i> dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas • <i>Red alternativa</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Hospitalización**</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro de atención)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia**</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <a href="#">Beneficio de farmacia</a>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <a href="#">Centros de excelencia</a> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <a href="#">Walmart Health</a> de este capítulo		

\*Los beneficios por gastos profesionales en un entorno que no sea el consultorio son del 75 % para los preferidos y del 50 % para los no preferidos.

\*\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de atención de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER: TEXAS			
Condados selectos; vea la tabla <a href="#">Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver</a> El Plan Contribution está disponible en ciertos lugares en las áreas de Austin, Dallas/Fort Worth, Houston y San Antonio.			
	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$2,750/\$5,500	\$1,750/\$3,500	\$3,000/\$6,000
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	\$250/\$500 Contribución máxima anual de la compañía a la HRA	\$350/\$700 Contribución paralela máxima anual de la compañía a la HSA
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • Preferidos y no preferidos dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700	\$6,650/\$13,300
<b>Atención preventiva elegible</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible) Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
<b>Atención médica primaria</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Especialista</b> • Preferidos* dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia**</b> • Preferidos dentro de la red • No preferidos dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas • Red alternativa • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
<b>Hospitalización**</b> Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro de atención)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia**</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <a href="#">Beneficio de farmacia</a>		
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <a href="#">Centros de excelencia</a> de este capítulo		
<b>Walmart Health</b>	Consulte la sección <a href="#">Walmart Health</a> de este capítulo		

\*Los beneficios por gastos profesionales en un entorno que no sea el consultorio son del 75 % para los preferidos y del 50 % para los no preferidos.

\*\*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de atención de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.

OPCIONES DE PLAN LOCAL: BANNER Y MERCY ARKANSAS		
	Banner	Mercy Arkansas
<b>Deducible anual</b> (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$3,000/\$6,000	\$1,750/\$3,500
<b>Fondos proporcionados por Walmart</b> (individual/familiar)	N/D	N/D
<b>Desembolso máximo anual</b> (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700
<b>Atención preventiva elegible</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura
<b>Visitas al consultorio del médico (en persona o telesalud)</b> <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>		
<b>Atención médica primaria</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura
<b>Especialista</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura
<b>Visitas de telesalud por video a través de Doctor On Demand por Included Health</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Atención de urgencia*</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico</b> <i>Pruebas no preventivas solicitadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Hospitalización</b> <i>Atención hospitalaria o ambulatoria Incluidos los servicios de médicos, cirujanos y otros proveedores</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Salud mental</b> <b>Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro de atención)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
<b>Visitas ambulatorias al consultorio (en persona o telesalud)</b> • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura
<b>Servicios de emergencia*</b>	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
<b>Farmacia</b>	Consulte el capítulo <b>Beneficio de farmacia</b>	
<b>Centros de excelencia</b>	Consulte la sección <b>Centros de excelencia</b> de este capítulo	
<b>Walmart Care Clinic y Walmart Health</b>	Consulte la sección <b>Walmart Health</b> de este capítulo	
<b>NOTA:</b> El plan local de Mercy Arkansas brinda una cobertura limitada para consultas a quiroprácticos en consultorio. Se ofrece un máximo de 10 visitas por año calendario.		
*Consulte más adelante en este capítulo para conocer todos los detalles sobre la facturación sorpresa y el reparto de costos de los servicios de atención de urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención de urgencia de su estado.		



## Evalúe sus opciones



Consulte las herramientas de comparación de precios y los directorios de proveedores que puede encontrar en el sitio web de su administrador externo para informarse sobre buenos recursos que le ayuden a gestionar los costos de cuidado de la salud:

- [aetna.com](https://www.aetna.com)
- [blueadvantagearkansas.com](https://www.blueadvantagearkansas.com)
- [UMR.com](https://www.UMR.com), o
- [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart)

Asegúrese de verificar también [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

### FONDOS PROPORCIONADOS POR WALMART

#### Opción de Plan Contribution: cuenta de reembolso para la salud

La opción de Plan Contribution incluye una cuenta de reembolso para la salud (HRA). Cada año, Walmart asigna dinero a la HRA para que usted y cualquier dependiente cubierto lo utilicen para cubrir su parte del costo de los gastos médicos elegibles, incluidos los que se aplican a su deducible anual y al desembolso máximo en efectivo. No puede aportar su propio dinero a la HRA. Los montos que aporta Walmart están disponibles únicamente para los fines que se indican a continuación y se perderán si deja de estar inscrito en la opción de Plan Contribution. El monto anual asignado a la HRA dentro de la opción de Plan Contribution depende de si está inscrito en una cobertura para asociados solos (en cuyo caso se le asignará el monto "individual") o en un nivel de cobertura que incluya a los dependientes elegibles (en cuyo caso se le asignará el monto "familiar").

Al comienzo de cada año nuevo, Walmart asignará los fondos de la HRA de ese año a su HRA. El AMP cubre de manera automática la parte que le corresponde de los gastos médicos elegibles (excepto los gastos por medicamentos recetados) con los fondos de la HRA hasta que estos fondos se agoten. La asignación de fondos de la HRA de cada año puede usarse en principio solo para gastos médicos elegibles por servicios cubiertos que reciba dentro de ese año, con la excepción de cualquier saldo restante en su HRA que al final del año se transferirá directamente para su uso durante el próximo año, siempre que permanezca inscrito en la opción de Plan Contribution. Los fondos de la HRA que se transfieren de forma directa al próximo año se denominan "fondos de transferencia directa". El saldo de su HRA (incluidos los fondos de la HRA asignados para el año en curso y cualquier cantidad transferida de forma directa del año anterior) no puede superar su deducible anual dentro de la red conforme a la opción del Plan Contribution para el año actual.

Solo los montos designados como "fondos de transferencia directa" se pueden utilizar para pagar los servicios cubiertos prestados en un año anterior. Por ejemplo, si estaba inscrito en la opción de Plan Contribution en 2023 y 2024, los fondos de la HRA asignados en 2024 podrían usarse solo para cubrir los gastos médicos elegibles de los servicios recibidos en 2024, pero no para los servicios recibidos antes de 2024 (como por ejemplo un gasto realizado en 2023, pero que no se procesa hasta 2024). Sin embargo, cualquier "fondo de transferencia directa", fondos de la HRA que se transfieren directamente del 2023 al 2024, se puede usar para cubrir cualquier gasto médico elegible por servicios recibidos mientras está inscrito en el Plan Contribution.

Si se le contrata a mitad de año y se inscribe en la opción del Plan Contribution, Walmart prorrateará mensualmente su asignación inicial de la HRA. No obstante, su deducible anual y el desembolso máximo en efectivo no se prorrateen. Si tiene un evento de cambio de elección, como se describe en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**, y cambia su nivel de cobertura a mitad de año de "asociado solo" a "asociado + familia", Walmart ajustará la asignación a la HRA, el deducible anual y el desembolso máximo anual en efectivo según corresponda. Sin embargo, si cambia de la cobertura para "asociado + familia" a la de "asociado solo", los montos asignados previamente a su HRA no se reducirán.

Si cancela su cobertura médica, pierde la elegibilidad o cambia de la opción del Plan Contribution a una opción diferente, los fondos de la HRA no utilizados se perderán, pero aún estarán disponibles para pagar los gastos médicos elegibles que haya incurrido antes de que su cobertura conforme al Plan Contribution haya terminado. Si pierde la cobertura debido a un evento calificador y continúa inscrito en la opción de Plan Contribution a través de la cobertura de continuación de COBRA, los fondos de la HRA permanecen disponibles para usted según los términos descritos anteriormente y Walmart continuará asignando fondos a su HRA cada año mientras continúe la cobertura, sujeto a las restricciones de COBRA sobre la duración de la continuación de la cobertura. Consulte el capítulo **COBRA** para obtener más información sobre la continuación de la cobertura de COBRA.

#### Opción de Plan Saver: cuenta de ahorro de salud

La opción de Plan Saver le brinda la oportunidad de contribuir a una cuenta de ahorro de salud (HSA) a través de deducciones de su sueldo antes de impuestos. Walmart aporta contribuciones paralelas a las deducciones de su sueldo a esta cuenta, dólar por dólar, hasta el límite de \$350 si cuenta con cobertura para asociado solo o \$700 si ha elegido otra cobertura que no sea para el asociado solo. Las contribuciones combinadas a su HSA (la suya y la de Walmart) no pueden exceder el límite anual del IRS para 2024 de \$4,150 si cuenta con cobertura para asociado solo o de \$8,300 para todos los demás niveles de cobertura, más \$1,000 si cumple 55 años al final del año 2024.

Puede optar por usar su dinero en la HSA para pagar los gastos médicos elegibles que están sujetos al deducible anual, o bien puede pagarlos usted mismo en efectivo y guardar el dinero de la HSA para gastos futuros. Consulte el capítulo **Cuenta de ahorro de salud (HSA)** para obtener información adicional.

## COSTO COMPARTIDO

Las tablas de las páginas anteriores muestran el porcentaje del costo de los servicios cubiertos que pagará el AMP. El costo de los servicios cubiertos se reparte entre usted y el AMP. Usted es responsable de pagar el "coseguro", que es la diferencia entre el 100 % y la parte que paga el AMP, además del deducible y el copago aplicables. La parte de los gastos médicos elegibles que usted es responsable de pagar se denomina "costo compartido", que incluye los montos de deducible, copago y coseguro. El costo compartido no incluye ningún otro gasto, como montos por servicios que no están cubiertos o montos que paga a un proveedor fuera de la red que superan el cargo máximo permitido del AMP.

### Deducible anual

Su deducible es la cantidad de gastos médicos elegibles que paga cada año por la mayoría de los servicios cubiertos, incluidos los medicamentos recetados, antes de que el AMP comience a compartir el costo de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si tiene un deducible anual de proveedores dentro de la red de \$1,750, generalmente deberá pagar los primeros \$1,750 de sus gastos médicos elegibles totales por los servicios cubiertos dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio. El AMP pagará los servicios de atención preventiva elegibles y algunos servicios cubiertos en las opciones de Plan Premier y de planes locales que están sujetos a un copago (por ejemplo, visitas al consultorio del médico) antes de que alcance los deducibles anuales correspondientes.

Algunas opciones del AMP tienen un deducible anual de la red por separado (para los gastos médicos elegibles pagados a proveedores de la red) y un deducible anual fuera de la red (para los gastos médicos elegibles pagados a proveedores fuera de la red). En este caso, su parte de los gastos médicos elegibles que se aplican al deducible anual dentro de la red también se aplica al deducible anual fuera de la red y viceversa. Si la opción del AMP que elige tiene un deducible dentro de la red y uno fuera de la red, el AMP comenzará a pagar una parte del costo de los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red después de que haya alcanzado el deducible anual dentro de la red, pero el AMP generalmente no pagará ninguna parte del costo de los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red hasta que se haya alcanzado el deducible fuera de la red. Si una opción del AMP no cubre los servicios fuera de la red, solo tendrá un deducible anual dentro de la red. En este caso, los montos pagados por los servicios fuera de la red no son gastos médicos elegibles y no contarán para el deducible anual de la red, excepto cuando los servicios fuera de la red sean servicios cubiertos para una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido del AMP, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red.

Todas las opciones del AMP tienen un monto deducible "individual" y un monto deducible "familiar". El monto "individual" es su deducible anual correspondiente si ha elegido la cobertura para el asociado solo. El monto "familiar" es su deducible anual correspondiente si ha elegido cualquiera de los otros niveles de cobertura que incluyen dependientes elegibles. Si elige la cobertura para dependientes elegibles, los deducibles se pueden alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilicen usted y los dependientes cubiertos, pero no se pagará ningún beneficio del AMP ni para usted ni para los familiares cubiertos, excepto por los servicios que no estén sujetos a un deducible, hasta que se alcance la totalidad del deducible anual correspondiente (dentro o fuera de la red).

**Si está inscrito en la opción de Plan Contribution:** Puede alcanzar el deducible anual con los fondos de la cuenta HRA provistos por su compañía durante el año en curso y cualquier dinero transferido de la HRA que pueda tener del año anterior. Cuando haya usado todos los fondos de la HRA, debe utilizar los fondos propios para alcanzar el resto del deducible anual.

**Si está inscrito en la opción de Plan Saver:** Por lo general, debe pagar el costo total de los servicios cubiertos y los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual dentro de la red. Existen ciertas excepciones (algunos medicamentos preventivos y de venta libre y servicios preventivos), que se analizan a continuación y en el capítulo [Beneficio de farmacia](#).

Los siguientes gastos, si corresponden a una opción específica, **no cuentan** para el deducible anual de los proveedores dentro de la red ni fuera de la red.

- Copagos por visitas a la farmacia, visitas presenciales o telesalud, atención de urgencia, Walmart Health, o servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica que no sea de emergencia en un departamento de emergencias
- Coseguro por servicios de farmacia y por servicios de reemplazo de cadera o rodilla fuera del programa de Centros de excelencia sin excepción
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los cargos por medicamento con receta médica pagados directamente a las farmacias en su nombre mediante programas con descuentos/cupones)
- Montos que superen el cargo máximo permitido del AMP que paga a proveedores fuera de la red, incluidos, entre otros, montos pagados por servicios para el tratamiento de una afección médica que no sea de emergencia en un departamento de emergencias, montos pagados a un proveedor, sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que ha obtenido su consentimiento para facturarle los montos que exceden el cargo máximo permitido y los montos que paga a un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea por servicios que no estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea
- Cargos por servicios (que no sean copagos, mencionados anteriormente) que se brinden en cualquier Walmart Health fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de

diagnóstico cubiertas realizadas fuera de la red de Walmart Health estarán sujetos a los términos correspondientes del AMP, incluidas otras exclusiones que se indiquen en esta lista)

- Cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los montos pagados por servicios fuera de la red si está inscrito en una opción del AMP que no cubre servicios fuera de la red.
- Gastos por servicios no cubiertos por el programa de los Centros de excelencia para la formación de familias, como los incurridos después de haber alcanzado el monto máximo del beneficio de por vida
- Cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por servicios preventivos (incluidos los medicamentos preventivos) y determinados servicios de los Centros de excelencia
- Cargos por servicios preventivos fuera de la red, y
- Primas

### Copagos

Un “copago” es un monto fijo que paga por un servicio cubierto o un medicamento recetado y generalmente se paga cuando recibe el servicio o surte una receta. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual dentro de la red, hasta que alcance el desembolso máximo en efectivo.

### Coseguro

En el caso de la mayoría de los servicios cubiertos que no estén sujetos a un copago, deberá compartir el costo de los gastos médicos elegibles con el AMP después de que alcance su deducible anual correspondiente. La parte que usted paga se denomina “coseguro”.

Las tablas que contienen los resúmenes de cobertura muestran el beneficio (expresado como un porcentaje de los gastos médicos elegibles) que pagará el AMP por los servicios cubiertos, que varía según el estado del proveedor. Usted será responsable de pagar la parte restante de los gastos médicos elegibles, que también se expresan en forma de porcentaje. Por ejemplo, si el AMP paga un beneficio del 75 % de los gastos médicos elegibles (una vez satisfecho el deducible), el monto del coseguro será del 25 % de los gastos médicos elegibles. Su coseguro para opciones específicas del AMP puede ser diferente del coseguro para otras opciones del AMP.

- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver/a nivel nacional:** Estas opciones del AMP generalmente pagarán una parte mayor del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red que de los recibidos de un proveedor fuera de la red. Eso quiere decir que su coseguro será una parte menor del costo de los servicios cubiertos si esos servicios se reciben de un proveedor dentro de la red y no de un proveedor fuera de la red. Y, si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, generalmente usted será responsable del costo de

los servicios que superen el cargo máximo permitido del AMP, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor dentro de la red y no se le permitirá facturarle montos superiores al monto negociado. Para más información, consulte [Cargo máximo permitido](#) en la sección [Qué está cubierto por el AMP](#) de este capítulo. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://IncludedHealth.com/Walmart).

- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver: centro, noreste y sur de Florida** Para algunos servicios cubiertos, el beneficio del AMP en estas opciones puede depender no solo de si el proveedor es un proveedor dentro de la red, sino de si es un proveedor *preferido* dentro de la red o un proveedor *no preferido* dentro de la red. Tanto los proveedores *preferidos* como los *no preferidos* son proveedores dentro de la red. Sin embargo, en estas opciones, el AMP generalmente pagará una parte mayor del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor *preferido* que de los brindados por un proveedor *no preferido*. Eso quiere decir que su coseguro será una parte menor del costo de los servicios cubiertos si esos servicios se reciben de un proveedor *preferido* y no de un proveedor *no preferido*. No obstante, cualquier coseguro que pague por los servicios cubiertos se aplicará al deducible de la red y al desembolso máximo, independientemente de que reciba los servicios de un proveedor *preferido* en vez de un proveedor *no preferido*.

El AMP también paga una parte del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor fuera de la red en estas opciones, pero generalmente será una parte menor de lo que paga el AMP por los servicios cubiertos brindados por un proveedor *preferido* dentro de la red. Y, si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, generalmente usted será responsable del costo de los servicios que superen el cargo máximo permitido del AMP, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor dentro de la red y no se le permitirá facturarle montos superiores al monto negociado. Para más información, consulte [Cargo máximo permitido](#) en la sección [Qué está cubierto por el AMP](#) de este capítulo. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

- **Opciones de planes Premier, Contribution y Saver/Área metropolitana de Chicago, Oklahoma y Texas:** Para algunos servicios cubiertos, el beneficio del AMP en estas opciones puede depender no solo de si el proveedor es un proveedor dentro de la red, sino de si es un proveedor *preferido* dentro de la red o un proveedor *no preferido* dentro de la red. Tanto los proveedores *preferidos* como los *no preferidos* son proveedores dentro de la red. Sin embargo, en estas opciones, el AMP generalmente pagará una parte mayor del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor *preferido* que de los brindados por un proveedor *no preferido*. Eso quiere decir que su coseguro será una parte menor del costo de los servicios cubiertos si esos servicios se reciben de un proveedor *preferido* y no de un proveedor *no preferido*. No obstante, cualquier coseguro que pague por los servicios cubiertos se aplicará al deducible y al desembolso máximo anual, independientemente de que reciba los servicios de un proveedor *preferido* en vez de un proveedor *no preferido*.

El AMP no cubre los servicios que se reciban de un proveedor fuera de la red para estas opciones. Usted será responsable del pago del costo total de los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de

la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Asimismo, si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor dentro de la red y no se le permitirá facturarle montos superiores al cargo máximo permitido. Para más información, consulte [Cargo máximo permitido](#) en la sección [Qué está cubierto por el AMP](#) de este capítulo. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

- **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver/noroeste de Arkansas:** El AMP no cubre los servicios que se reciban de un proveedor fuera de la red para estas opciones. Usted será responsable del pago del costo total
- de los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Asimismo, si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor *dentro de la red* y no se le permitirá facturarle montos superiores al cargo máximo permitido. [Cargo máximo permitido](#) en la sección [Qué está cubierto por el AMP](#) de este capítulo para más información. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

- **Opciones de planes locales:** El AMP no cubre los servicios que se reciban de un proveedor fuera de la red para estas opciones. Usted será responsable del pago del costo total de los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Asimismo, si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor *dentro de la red* y no se le permitirá facturarle montos superiores al cargo máximo permitido. Para más información, consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** de este capítulo. Consulte la sección **Redes de proveedores** para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

En todas las opciones del AMP que no sean las opciones de plan local, si sus servicios cubiertos incluyen resonancia magnética o tomografía computarizada, el AMP generalmente pagará una parte mayor del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor de la *red alternativa* que de un proveedor dentro de la red. Si no hay ningún proveedor de la *red alternativa* disponible en su área, el AMP pagará el monto del beneficio de la red alternativa si utiliza un proveedor dentro de la red. Para obtener más información, consulte **Red de servicios avanzados de diagnóstico por imágenes** en la sección **Redes de proveedores**.

La parte que pagan usted y el AMP por el costo de los servicios cubiertos no se calcula en función de los cargos facturados por el proveedor. Se calcula como un porcentaje del monto máximo que el AMP permitirá por un servicio cubierto, también denominado "cargo máximo permitido" (MAC).



Consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener información importante sobre cómo se calcula el cargo máximo permitido.

Si su opción de AMP incluye cobertura fuera de la red y recibe servicios de un proveedor fuera de la red, generalmente usted será responsable del costo de los servicios que superen el cargo máximo permitido del AMP, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor *dentro de la red* y no se le permitirá facturarle montos superiores al monto negociado. Para más información, consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** de este capítulo. Consulte la sección **Redes de proveedores** para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

Si su opción de AMP no incluye cobertura fuera de la red, usted será responsable del pago del costo total de los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red, excepto en el caso de los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o servicios proporcionados por un proveedor de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. Asimismo, si recibe servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en una sala de emergencias, ciertos servicios cubiertos que facilite un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o servicios que facilite un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran provistos por un proveedor dentro la red de servicios de ambulancia aérea, y el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que proporciona al AMP acceso a montos negociados por servicios cubiertos del proveedor fuera de la red, el AMP tratará al proveedor fuera de la red como un proveedor *dentro de la red* y no se le permitirá facturarle montos superiores

al cargo máximo permitido. Para más información, consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** de este capítulo. Consulte la sección **Redes de proveedores** para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).



Los proveedores dentro de la red no le facturarán por los servicios cubiertos que excedan el cargo máximo permitido. Consulte la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener más información sobre cómo se calcula el cargo máximo permitido.

## Desembolso máximo anual en efectivo

El monto de desembolso máximo anual en efectivo es lo máximo que podría pagar durante el año calendario por su parte de los costos de los servicios cubiertos proporcionados por proveedores dentro de la red. No hay gastos máximos en efectivo para los servicios que se reciban de proveedores fuera de la red. Una vez que satisfaga el desembolso máximo anual, el AMP suele pagar el 100 % del desembolso máximo permitido. No obstante, no todos los gastos que paga por la atención médica cuentan para el desembolso máximo en efectivo. Lo siguiente no se aplica a su desembolso máximo: las primas, los montos facturados por un proveedor fuera de la red que excedan el cargo máximo permitido (si su opción del AMP proporciona cobertura fuera de la red), o los montos por servicios que el AMP no cubre. El desembolso máximo generalmente solo se aplica a los servicios cubiertos que se reciban de un proveedor dentro de la red, incluso cuando los servicios cubiertos se reciben de proveedores *no preferidos*, proveedores *preferidos* y proveedores de la *red alternativa* (para los servicios de diagnóstico por imagen avanzado). En algunos casos, el coseguro de los servicios cubiertos que se reciban de un proveedor dentro de la red no se tendrá en cuenta para el desembolso máximo, incluido el coseguro de los servicios de reemplazo de cadera o rodilla fuera del programa de los Centros de excelencia sin excepción de la red, el coseguro de los servicios de diagnóstico por imagen avanzados recibidos de un proveedor dentro de la red cuando un proveedor de la *red alternativa* esté disponible, o el coseguro de los servicios recibidos de un proveedor dentro de la red cuando un proveedor dentro de la red Blue Select esté disponible (en las ubicaciones correspondientes). Para más información, consulte la sección **Redes de proveedores** y la sección **Centros de excelencia**.

La opción del AMP que elija tiene un desembolso máximo en efectivo individual y un desembolso máximo en efectivo familiar. Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los miembros de la familia que cuenten con cobertura están sujetos al desembolso máximo en efectivo individual. Si usted o cualquiera de los miembros de la familia con cobertura incurren en gastos por servicios cubiertos dentro de la red hasta ese monto, los gastos médicos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. El desembolso máximo familiar es una combinación de los gastos médicos elegibles de todos los miembros de la familia por servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el desembolso máximo en efectivo

familiar. Una vez que satisfaga el desembolso máximo familiar total, los gastos médicos elegibles por servicios cubiertos de un proveedor de la red se pagan al 100 % durante el resto del año calendario para cada miembro de su familia, incluso si cada persona no ha alcanzado el desembolso máximo individual.

Los siguientes gastos, si corresponden a una opción específica del AMP, **cuentan** para el desembolso máximo anual en efectivo:

- Montos que se pagan para cubrir el deducible anual dentro y fuera de la red
- Copagos por visitas presenciales o telesalud con un médico, atención de urgencia, Walmart Health fuera de la red, o servicios cubiertos que sean servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica en un departamento de emergencias
- Coseguro por servicios prestados por un proveedor dentro de la red o por un proveedor fuera de la red que el AMP paga como haber sido dentro de la red o por ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o por servicios prestados por un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran prestados por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea
- Coseguro/copago por servicios de farmacia

Los siguientes gastos, si corresponden a una opción específica del AMP, **no cuentan** para el desembolso máximo anual en efectivo:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia
- El coseguro al recibir servicios de reemplazo de cadera o rodilla fuera del programa de los Centros de excelencia sin una excepción de los proveedores de la red, cuando se reciben servicios de imágenes avanzadas de un proveedor dentro de la red cuando hay un proveedor dentro de la *red alternativa* disponible, o cuando se reciben servicios de un proveedor dentro de la red cuando hay un proveedor dentro de la red Blue Select disponible (en las ubicaciones aplicables). Para más información, consulte la sección **Redes de proveedores** y la sección **Centros de excelencia**.
- Cargos por servicios preventivos fuera de la red
- El coseguro cuando utiliza un proveedor fuera de la red
- Montos que superen el cargo máximo permitido del AMP que paga a proveedores fuera de la red, incluidos, entre otros, montos pagados por servicios para el tratamiento de una afección médica que no sea de emergencia en un departamento de emergencias, montos pagados a un proveedor, sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que ha obtenido su consentimiento para facturarle los montos que exceden el cargo máximo permitido y los montos que paga a un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea por servicios que no estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea

- Copagos y cargos por servicios que se brinden en cualquier Walmart Health fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Health estarán sujetos a los términos correspondientes del AMP, incluidas otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los montos pagados por servicios fuera de la red si está inscrito en una opción del AMP que no cubre servicios fuera de la red.
- Los gastos por servicios no cubiertos por el programa de los Centros de excelencia para la formación de familias, como los incurridos después de haber alcanzado el monto máximo del beneficio de por vida, y
- Primas.

## Redes de proveedores



Consulte las herramientas de comparación de precios y los directorios de proveedores que puede encontrar en el sitio web de su administrador externo para informarse sobre buenos recursos que le ayuden a gestionar los costos de cuidado de la salud:

- [aetna.com](https://www.aetna.com)
- [blueadvantagearkansas.com](https://www.blueadvantagearkansas.com)
- [UMR.com](https://www.UMR.com), o
- [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart)

Asegúrese de verificar también [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

El AMP contrata a su TPA o contrata a proveedores directamente para proporcionar acceso a una red de proveedores de atención médica que puedan brindar servicios cubiertos conforme al AMP a precios con descuento. Consulte la sección **Redes TPA** de la siguiente página. Su red de TPA es su red primaria.

Si bien el AMP ofrece una extensa gama de proveedores dentro de la red, todas las decisiones médicas se efectúan entre usted y su proveedor. El AMP no proporciona servicios hospitalarios ni médicos y no es responsable de ningún acto u omisión por parte de los proveedores o agentes de dichos proveedores, incluido el incumplimiento o rechazo de proveer los servicios. El AMP no hace ninguna declaración sobre el tipo específico de calidad de los servicios que ofrece un proveedor en particular.

Un proveedor dentro de la red es, por lo general, un proveedor que ha acordado aceptar un monto contratado como pago total por los servicios cubiertos. Cada opción del AMP tiene un

grupo específico de proveedores que han acordado con cada TPA aceptar un precio contratado, que es generalmente su red. Sin embargo, el AMP también tiene redes que son específicas para los servicios cubiertos ofrecidos por el AMP, como los del programa de Centros de excelencia o los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), que tienen sus propias reglas. Además, algunas opciones del AMP tienen proveedores *preferidos* y *no preferidos* dentro de la red. Ambos son proveedores de la red en la red de su TPA, pero el AMP paga una mayor parte del costo de los servicios cubiertos que se reciban de parte de un proveedor dentro de la red *preferido*. Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle montos que excedan el monto por los servicios cubiertos.

Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no ha acordado aceptar un monto contratado como pago total por los servicios cubiertos. Con algunas excepciones, los proveedores fuera de la red pueden facturarle montos que excedan el monto máximo permitido pagado por el AMP. Esta es la razón por la que generalmente pagará más cuando consulte a un proveedor fuera de la red.

Generalmente, cuando el AMP paga un monto por los servicios cubiertos, ni la parte del AMP ni la suya (su coseguro) se basan en el monto facturado por el proveedor, sino en el "carga máximo permitido". El carga máximo permitido es el carga máximo por los servicios cubiertos que el AMP pagará en su totalidad o en parte, sujeto a los montos de copagos, coseguro y deducibles. El carga máximo permitido para los proveedores dentro y fuera de la red se determina de manera diferente. En el caso de los proveedores dentro de la red, el carga máximo permitido es el monto que los proveedores dentro de la red han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos.

El carga máximo permitido para los proveedores fuera de la red lo determina cada TPA. Con algunas excepciones, los proveedores fuera de la red pueden facturarle montos que excedan el carga máximo permitido determinado por el TPA. Consulte **Carga máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener información detallada sobre cómo cada TPA determina el carga máximo permitido para proveedores fuera de la red.



Consulte la sección **Fuera de la red, secundario** de la siguiente página para conocer las excepciones y otra información importante.

El AMP, los TPA y los proveedores dentro de la red pueden hacer determinados acuerdos de incentivos (que pueden pagar bonificaciones o retener pagos a los proveedores) los cuales están diseñados para recompensar los tratamientos rentables de alta calidad. Por ejemplo, el contrato del plan local de Mercy Arkansas incluye un acuerdo de este tipo. Puede comunicarse con su TPA para obtener más información acerca de estos arreglos.

En las secciones siguientes se analizan las distintas redes que utiliza el AMP.

## REDES TPA

Dependiendo de su lugar de trabajo y de la opción del AMP que elija, uno de los siguientes administradores de la red subcontratados administrará sus beneficios conforme al AMP:

- Aetna
- BlueAdvantage Administrators of Arkansas
  - Si su lugar de trabajo se encuentra en el Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Maryland, Minnesota, Misuri (área de Kansas City), Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Oklahoma, Pensilvania, Tennessee, el norte de Virginia o Wisconsin, consulte la información importante que aparece en la siguiente página en la sección titulada [Redes Blue Select a través de BlueAdvantage Administrators of Arkansas](#).
- UMR

Cada TPA proporciona acceso a su red. La red del TPA es la red principal, a menos que se indique lo contrario.

Si su proveedor deja la red antes de que usted reciba los servicios, y luego decide recibir los servicios de ese proveedor, los servicios prestados por ese proveedor se suelen tratar como servicios fuera de la red. Si su opción del AMP brinda cobertura fuera de la red y recibe servicios de un proveedor fuera de la red, generalmente usted será responsable del costo de los servicios que superen el cargo máximo permitido del AMP. Si su opción del AMP no brinda cobertura fuera de la red, usted será responsable del monto total cobrado por el proveedor fuera de la red. En algunos casos, puede tener derecho a una cobertura continuada, denominada "continuidad de la atención". Consulte la información importante sobre los servicios de continuidad de la atención que se describen en la sección titulada [Cuándo se pagan beneficios de la red para servicios fuera de la red](#) más adelante en este capítulo.



Consulte las herramientas de comparación de precios y los directorios de proveedores que puede encontrar en el sitio web de su administrador externo para informarse sobre buenos recursos que le ayuden a gestionar los costos de cuidado de la salud:

- [aetna.com](https://www.aetna.com)
- [blueadvantagearkansas.com](https://www.blueadvantagearkansas.com)
- [UMR.com](https://www.UMR.com), o
- [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart)

Asegúrese de verificar también [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

## FUERA DE LA RED, SECUNDARIO



En el caso de los proveedores que no pertenezcan a la red, el AMP generalmente reembolsará el monto facturado hasta el cargo máximo permitido por el AMP (sujeto a la participación en los gastos aplicable). **El proveedor fuera de la red puede facturarle cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido por el AMP.** No obstante, como se describe a continuación, si un proveedor ajeno a la red tiene un contrato con el AMP (o con un tercero que actúe en nombre del AMP), el AMP reembolsará el monto negociado entre las partes, a menos que exceda el cargo máximo permitido por el TPA (sujeto a la participación en los gastos aplicable). Debe tener en cuenta ciertas excepciones para los servicios de ambulancia aérea/de emergencia o los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red en un centro de atención dentro de la red, como se describe a continuación.

Si su opción del AMP proporciona cobertura fuera de la red, el AMP también puede contratar a un tercero que le proporcione acceso a montos negociados para servicios cubiertos de proveedores fuera de la red, es decir, aquellos proveedores que no pertenecen a su red principal. En los casos en que un proveedor fuera de la red haya acordado (a través de contratos con el tercero) aceptar un monto negociado por los servicios cubiertos y el AMP determine que tal monto es inferior al calculado según las condiciones del AMP aplicables de otro modo, el proveedor fuera de la red pasará a ser un proveedor secundario fuera de la red. Un proveedor fuera de la red que haya suscrito un contrato con el tercero no será considerado automáticamente proveedor secundario fuera de la red, a excepción de en los casos limitados que se detallan a continuación. El proveedor fuera de la red solamente se considerará un proveedor secundario fuera de la red si el proveedor fuera de la red ha acordado (a través de contratos con el tercero) aceptar un monto negociado por los servicios cubiertos y el AMP determina que tal monto es inferior al cargo máximo permitido fuera de la red calculado por el TPA. En la mayoría de los casos, el proveedor secundario fuera de la red es un proveedor fuera de la red para fines de determinar el beneficio que el AMP pagará al proveedor secundario fuera de la red por los servicios cubiertos. La participación del AMP en el costo de los servicios cubiertos se basará en el monto negociado o en el cargo máximo permitido del TPA, el que sea menor. Su participación en el costo de los servicios cubiertos también se determinará con base en el monto negociado o el cargo máximo permitido del TPA, el que sea menor. En los casos en que un proveedor fuera de la red pase a ser un proveedor secundario fuera de la red, el proveedor no podrá facturarle ningún monto superior al negociado. Si corresponde, consulte los directorios de proveedores para obtener más información.

La determinación de si un proveedor fuera de la red pasará a ser un proveedor secundario fuera de la red, y si el proveedor está autorizado a facturarle cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido, no se realizará hasta después de que usted haya recibido los servicios cubiertos y la reclamación se haya presentado a su TPA para que sea procesada.



Hay una excepción importante: cuando los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red están cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o ciertos servicios de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. En esos casos muy limitados, el proveedor fuera de la red se considerará como proveedor *dentro de la red*, a pesar de que el monto negociado del proveedor fuera de la red no sea inferior al monto calculado según las condiciones AMP aplicables de otro modo, y el proveedor no podrá facturarle montos superiores al monto negociado. Para más información, consulte [Cargo máximo permitido](#) en la sección [Qué está cubierto por el AMP](#) de este capítulo.

## REDES BLUE SELECT A TRAVÉS DE BLUEADVANTAGE ADMINISTRATORS OF ARKANSAS

Si está inscrito en una opción del Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver y BlueAdvantage Administrators of Arkansas es su TPA, es posible que tenga redes más reducidas, llamadas redes Blue Select, si su lugar de trabajo se encuentra en un área de servicio en particular. En estos lugares, debe utilizar un proveedor de la red Blue Select para que se apliquen los términos de la red, es decir, los deducibles anuales y el coseguro de la red. Si su lugar de trabajo se encuentra en una de las áreas que se indica en la siguiente columna, los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a las redes Blue Select se tratarán como servicios fuera de la red, excepto cuando los servicios fuera de la red sean servicios cubiertos para una afección médica de emergencia en una sala de emergencia, ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o por servicios prestados por un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran prestados por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea. El coseguro pagado por los servicios elegibles de un proveedor dentro de la red cuando esté disponible un proveedor dentro de la red Blue Select no se aplicará a su desembolso máximo, excepto cuando los servicios fuera de la red sean servicios cubiertos para una afección médica de emergencia en una sala de emergencia, ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención dentro de la red sujeto a los requisitos de notificación y consentimiento, que no haya obtenido su consentimiento para facturarle montos superiores al cargo máximo permitido, o por servicios prestados por un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea que estarían cubiertos por el AMP si fueran prestados por un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea. Puede buscar los proveedores que están en su red Blue Select, que se enumeran a continuación, en el directorio de proveedores en [IncludedHealth.com/Walmart](#). La tarjeta de identificación del plan también identificará su red específica.

Si su lugar de trabajo no se encuentra en una de las áreas que se enumeran a continuación, pero recibe servicios en una de estas áreas (por ejemplo, si está de viaje en una de estas áreas), puede utilizar cualquier proveedor dentro de la red, incluidos los que no están en las redes Blue Select.

Si su TPA es BlueAdvantage Administrators of Arkansas, debe acceder a la red Blue Select para que los servicios se consideren dentro de la red si su ubicación de trabajo se encuentra en una de las siguientes áreas:

- Florida: NetworkBlue
- Georgia: Blue Open Access POS
- Maryland, norte de Virginia, Distrito de Columbia: BlueChoice Advantage Open Access
- Minnesota: High Value Network
- Misuri (Kansas City): Preferred-Care Blue
- Nuevo Hampshire: BlueChoice Open Access POS
- Nueva Jersey: Horizon Managed Care Network
- Oklahoma BluePreferred
- Pensilvania: Community Blue Network
- Tennessee: Network S
- Wisconsin: Blue Preferred POS

Para obtener información sobre las redes Blue Select, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en la tarjeta de identificación del Plan.

## RED DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

En algunos casos, el AMP no pagará todo ni parte de un beneficio por los servicios recibidos de un proveedor dentro de la red. Consulte la sección [Centros de excelencia](#) para obtener información sobre los requisitos de la red cuando los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Cirugías para determinadas afecciones cardíacas (a partir de los 18 años)
- Revisión electrónica del historial clínico por parte de Cleveland Clinic para la cirugía de reparación o sustitución de válvulas cardíacas (todas las edades) para determinar si se recomienda la cirugía de válvulas cardíacas
- Revisión del historial clínico a cargo de Mayo Clinic para ciertos tipos de cáncer (todas las edades) para determinar si se recomienda evaluación o tratamiento en el lugar; los tipos de cáncer elegibles son el cáncer colorrectal, de mama, de pulmón, de próstata y de sangre (incluido el mieloma, el linfoma y la leucemia)
- Revisión del historial clínico a cargo de Mayo Clinic por diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal (ESRD) (todas las edades) para determinar si se recomienda realizar evaluación o tratamiento en el lugar
- Tratamiento para la formación de la familia (a partir de los 18 años) en las Clínicas Kindbody Signature, que incluye, pero no se limita a, la fertilización in vitro (FIV) y la inseminación intrauterina (IIU)

- Cirugías para ciertas afecciones de la columna vertebral (a partir de los 18 años, excepto para ciertas afecciones de la columna vertebral, como la escoliosis)
- Cirugía por reemplazo de cadera o rodilla
- Trasplantes de hígado, riñón, corazón (incluidos los Dispositivos de asistencia ventricular [Ventricular Assist Devices, VAD] duraderos y los corazones totalmente artificiales), pulmón (incluida la cirugía de reducción de volumen pulmonar [Lung Volume Reduction Surgery, LVRS]), páncreas, riñón y páncreas de forma simultánea, órganos múltiples y de médula ósea o células madre (incluido el tratamiento con células T CAR), y
- Cirugía para la pérdida de peso (desde los 14 años en adelante), que incluye derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal.

## RED DE SERVICIOS AVANZADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Si participa en las opciones de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver (pero no una opción de un plan local), es posible que pueda acceder a una red alternativa de proveedores de servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). El beneficio del AMP para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes dependerá de si el proveedor es un proveedor de la *red alternativa*, un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. El AMP generalmente pagará una parte mayor del costo de los servicios cubiertos brindados por un proveedor de la *red alternativa* que de los brindados por un proveedor dentro de la red cuando hay un proveedor de la *red alternativa* disponible. Asimismo, el AMP pagará una parte del costo de los servicios cubiertos recibidos de un proveedor fuera de la red si su opción del AMP cubre los servicios fuera de la red. No obstante, el beneficio pagado por el AMP será, generalmente, una parte menor del costo de los servicios cubiertos que el que paga el AMP por los servicios cubiertos recibidos de un proveedor de la *red alternativa* (o de un proveedor dentro de la red, si no hay ningún proveedor de la *red alternativa* disponible). Y, si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable del costo de los servicios que superen el cargo máximo permitido del AMP. Si su opción del AMP no cubre los servicios fuera de la red, usted será responsable del monto total facturado por el proveedor fuera de la red. Consulte [Redes de proveedores](#) anteriormente en este capítulo para conocer la diferencia entre un proveedor dentro de la red y un proveedor fuera de la red.

El coseguro que usted paga por los gastos médicos elegibles se tiene en cuenta para el desembolso máximo, dependiendo de si el proveedor es un proveedor de la *red alternativa*, un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red:

- Si su proveedor es un proveedor de la *red alternativa*, el coseguro se contará para el desembolso máximo anual.
- Si un proveedor dentro de la *red alternativa* no está disponible en su área y usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, el AMP pagará el monto del beneficio de la *red alternativa*, y el coseguro se contará para el desembolso máximo anual.
- Si se dispone de un proveedor de la *red alternativa* y usted recibe los servicios cubiertos de otro proveedor,

independientemente de que éste sea un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red, el coseguro no se tendrá en cuenta para el desembolso máximo anual.

**Se requiere autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imagen;** consulte la sección [Autorización previa](#) que aparece más adelante en este capítulo. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

## CUÁNDO SE PAGAN BENEFICIOS DE LA RED PARA SERVICIOS FUERA DE LA RED

En algunas ocasiones, los servicios cubiertos que recibe de un proveedor fuera de la red pueden considerarse servicios cubiertos recibidos de un proveedor dentro de la red. En estos casos, el AMP pagará la tasa de beneficio dentro de la red, que se basa en el cargo máximo permitido utilizado para los proveedores fuera de la red (en lugar de una cantidad contratada utilizada para los proveedores de la red), el cual está sujeto a otros términos aplicables del AMP. A excepción de como se establece a continuación, usted seguirá siendo responsable de cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido del AMP. En el caso de los servicios de emergencia y ciertos servicios brindados en un centro dentro de la red por parte de un proveedor fuera de la red, como los servicios de anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista, usted no será responsable de los montos que excedan el cargo máximo permitido. Si recibe otros servicios en estos centros de atención dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo de tales montos, a menos que dé su consentimiento por escrito. En la mayoría de los otros casos, usted seguirá siendo responsable de cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. En algunos casos, es posible que deba pagar el tratamiento cuando lo reciba y presentar un reclamo de reembolso.

Los gastos médicos elegibles por servicios cubiertos recibidos de un proveedor fuera de la red se pagarán como si fueran servicios cubiertos recibidos de un proveedor dentro de la red en los siguientes casos:

- Si sus hijos dependientes menores de 19 años necesitan un tratamiento en un hospital de Children's Miracle Network.
- Si no hay proveedores dentro de la red con la especialidad correspondiente en un radio de 30 millas de su domicilio (no se aplica a las opciones del plan local, a los servicios de los Centros de excelencia ni a los servicios relacionados con el beneficio de desplazamiento para atención). Si cree que le corresponde esta excepción, deberá ponerse en contacto con su TPA.
- Servicios por el tratamiento recibido durante un viaje de vacaciones o de negocios en los EE. UU., cuando es posible que dicho tratamiento no se hubiese previsto de forma razonable antes del viaje o el ciclo del tratamiento se iniciara antes del viaje y, por motivos médicos, se debiese continuar durante el viaje.
- Si se aplican las protecciones de continuidad de la atención, como se describe aquí:

- Se encuentra en tratamiento para una afección grave y compleja, está recibiendo atención institucional u hospitalaria, está previsto que se someta a una intervención quirúrgica no selectiva o se ha determinado que tiene una enfermedad terminal. En estos casos, los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red se tratan como servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red hasta la fecha efectiva del próximo período de inscripción anual, o 90 días después de que se le notifique que el proveedor ya no pertenece a la red, lo que ocurra más tarde; siempre que el tratamiento haya comenzado cuando el proveedor pertenecía a la red y que no se interrumpa la relación médico/paciente (por ejemplo, si cambia de TPA durante el año debido a un cambio en el lugar de trabajo y está en el medio de un tratamiento). Su proveedor fuera de la red no podrá facturarle la diferencia entre el cargo máximo permitido y el monto facturado por los servicios cubiertos recibidos durante el período de 90 días posterior al aviso de que el proveedor ya no pertenece a la red, o cuando usted ya no esté recibiendo tratamiento como paciente de atención continua, si sucede antes.
- Está embarazada y se somete a un tratamiento relacionado con el embarazo. En ese caso, los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red se tratan como servicios cubiertos de un proveedor de la red durante 90 días después de que se le notifique que el proveedor ya no pertenece a la red o seis semanas después del parto, lo que ocurra más tarde; siempre que los servicios hayan comenzado cuando el proveedor pertenecía a la red y que no se interrumpa la relación médico/paciente. Su proveedor fuera de la red no podrá facturarle la diferencia entre el cargo máximo permitido y el monto facturado por los servicios cubiertos recibidos durante el período de 90 días posterior al aviso de que el proveedor ya no pertenece a la red, o cuando usted ya no esté recibiendo tratamiento como paciente de atención continua, si sucede antes.
- Usted añade la cobertura del AMP y estaba utilizando a un proveedor fuera de la red del AMP en un curso de tratamiento iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, en el que no hay interrupción de la relación médico/paciente. En ese caso, los servicios de un proveedor fuera de la red se considerarán como servicios de un proveedor dentro de la red hasta la siguiente Inscripción anual.

En los siguientes casos adicionales, la ley aplicable exige que el proveedor fuera de la red no pueda facturarle la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y el cargo máximo permitido del AMP:

- Si recibe servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red o de un departamento de emergencias fuera de la red
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en un centro de atención médica dentro de la red y no le ha dado su consentimiento al proveedor fuera de la red para facturarle la diferencia entre el monto facturado y el cargo máximo permitido

- Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea, que serían servicios cubiertos por el AMP si los proporciona un proveedor dentro de la red de servicios de ambulancia aérea.

Asimismo, con respecto al transporte en ambulancia (que no sea una ambulancia aérea), los servicios cubiertos recibidos de un proveedor fuera de la red pueden tratarse como servicios cubiertos recibidos de un proveedor dentro de la red. En ese caso, la porción de los gastos médicos elegibles pagados por el AMP se basa en hasta el 200 % del cargo máximo permitido si usted ingresa directamente al hospital desde un departamento de emergencias o si fallece antes de ingresar al hospital. Usted seguirá siendo responsable de cualquier monto que exceda el 200 % del cargo máximo permitido, sujeto a todas las demás condiciones aplicables del AMP. Para obtener información completa sobre la cobertura de ambulancia aérea, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en el reverso de la nueva tarjeta de identificación del plan médico.

En la medida en que el AMP cubra los servicios de ambulancia aérea provistos por un proveedor dentro de la red, los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se tratarán como gastos cubiertos por la red. Su costo compartido será el mismo que para los servicios de ambulancia aérea dentro de la red cubiertos y el monto sobre el cual se calcula su porcentaje de costo compartido se basará en el monto facturado o en el monto calculado según la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA), el que sea menor. Los montos pagados por el AMP por los servicios de ambulancia aérea fuera de la red serán el monto negociado por el AMP o el monto determinado por el proceso de resolución de disputas independiente requerido por ERISA. Según la ley aplicable, el proveedor fuera de la red del servicio de ambulancia aérea no podrá facturarle la diferencia entre los cargos facturados y el monto máximo pagado por el AMP.



#### COBERTURA PARA VIAJES AL EXTRANJERO

Si viaja al exterior, siga estos pasos:

- Antes de comenzar el viaje, comuníquese con TPA para obtener más información acerca de la cobertura médica y los servicios médicos de emergencia para viajar al exterior. La cobertura fuera de los Estados Unidos puede variar.
- Siempre lleve la tarjeta de identificación del plan cuando viaje, y preséntela cuando reciba servicios médicos.

## Servicios de emergencia, prevención y telesalud

### SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los beneficios para los servicios de emergencia son una parte importante de su cobertura del AMP. Cuando busca tratamiento en un departamento de emergencias para servicios que no son "servicios de emergencia" por una "afección médica de emergencia", sus costos de gastos en efectivo pueden ser significativos, especialmente si el centro de atención o el proveedor no está en la red de su opción del AMP. **Repase esta sección con atención.**

El AMP pagará el beneficio que se describe a continuación por los servicios de emergencia. Por lo general, la ley define a los "servicios de emergencia" como una revisión médica adecuada en el departamento de emergencias de un hospital o en un departamento de emergencias independiente para evaluar una "afección médica de emergencia". **Una "afección médica de emergencia" es una afección médica, incluidas las afecciones de la salud mental o los trastornos por abuso de sustancias, que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente como para que una persona común y prudente con un conocimiento medio de salud y medicina considere de forma razonable que la ausencia de atención médica inmediata (i) pone en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer); (ii) provoca un deterioro grave del funcionamiento del cuerpo; o (iii) provoca una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.**

El copago del departamento de emergencias es de \$300 por visita, ya sea que visite un centro dentro de la red o no (a menos que sea admitido en el hospital desde el departamento de emergencias o fallezca antes de la admisión, en cuyos casos se omite el copago). Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual.

Si los servicios que recibe en un departamento de emergencias son "servicios de emergencia", el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos como beneficios dentro de la red, que es el 100 % después de que haya alcanzado el deducible dentro de la red y haya pagado el copago de \$300, incluso si el departamento de emergencias o proveedor es un proveedor o centro de atención que no pertenece a la red. El pago del AMP a un proveedor o centro de atención fuera de la red se basará en el monto negociado por el AMP o en el monto determinado por el proceso de resolución de disputas independiente requerido por la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974. El proveedor o centro de atención fuera de la red no podrá facturarle la diferencia entre el monto facturado y el monto pagado por el AMP. Si el AMP ha suscrito un contrato con un tercero que facilita al AMP acceso a montos negociados para los servicios cubiertos del proveedor fuera de la red (un proveedor secundario fuera de la red), el AMP tratará al proveedor secundario fuera de la red como un proveedor *dentro de la red*, a pesar de que el monto negociado del proveedor fuera de la red no sea inferior al monto calculado bajo las condiciones del AMP aplicables de otro modo. Para más información, consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** de este capítulo.

Si, después de una revisión retrospectiva, al decidir su reclamo posterior al servicio de un proveedor o centro de atención fuera de la red, el TPA determina que una persona común y prudente no consideraría la afección médica como una emergencia, los servicios estarán sujetos a todos los términos aplicables del AMP. Si su opción del AMP tiene cobertura fuera de la red, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos después de que haya alcanzado su deducible fuera de la red y usted será responsable de pagar el deducible, el copago de \$300, el coseguro y los montos que excedan el cargo máximo permitido del AMP por los servicios médicos brindados en el departamento de emergencias de un centro de atención fuera de la red. Si está inscrito en las opciones de Plan Premier, Plan Contribution o el Plan Saver en el área metropolitana de Chicago, Oklahoma, Texas o en el noroeste de Arkansas, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos después de que haya alcanzado el deducible dentro de la red, el copago de \$300, el coseguro y los montos que excedan el cargo máximo permitido del AMP. Si está inscrito en una opción de plan local, el AMP no pagará los servicios recibidos de un proveedor o centro de atención fuera de la red y usted será responsable del monto total. Podrá apelar la determinación del TPA según los procedimientos para reclamos posteriores al servicio (incluida la revisión externa) que se describen en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Si el proveedor o el centro de atención pertenece a la red, el AMP pagará el 100 % de los servicios cubiertos después de que usted haya alcanzado el deducible anual, independientemente de si el administrador de terceros determina que la visita es por una "afección médica de emergencia", sujeta al copago de \$300.

### SERVICIOS PREVENTIVOS

El AMP pagará todo o una parte del costo de los servicios preventivos cubiertos antes de que usted alcance el deducible correspondiente de acuerdo con los siguientes términos:

- Si está inscrito en una de las opciones de **Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver/a nivel nacional**: el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red. Si el proveedor no pertenece a la red, el AMP pagará el 50 % del costo de los servicios cubiertos, y los montos que pague no se aplicarán a su deducible ni al desembolso máximo en efectivo.
- Si está inscrito en una de las opciones de **Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver en el área del centro, noroeste o sur de Florida, el área metropolitana de Chicago, Oklahoma o Texas**, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos brindados por un proveedor *preferido* dentro de la red. Si el proveedor es un proveedor *no preferido* dentro de la red (o un proveedor fuera de la red en el noreste, centro o sur de Florida), el AMP pagará el 50 % del costo de los servicios preventivos cubiertos. Los montos pagados por los servicios preventivos cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red *no preferido* contarán para el deducible y el desembolso máximo en efectivo dentro de la red, pero los montos pagados por los servicios preventivos brindados por un proveedor fuera de la red no lo harán. Solo el noreste, centro y sur de Florida tienen cobertura fuera de la red.

- Si está inscrito en las opciones de **Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver/noroeste de Arkansas**: el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red. Esta opción del AMP no brinda cobertura fuera de la red.
- Si está inscrito en los **planes locales**: el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos brindados por un proveedor dentro de la red. Esta opción del AMP no brinda cobertura fuera de la red.

Si su opción del AMP brinda cobertura fuera de la red y los servicios preventivos cubiertos son brindados por un proveedor fuera de la red (que no sea un proveedor fuera de la red secundario), usted también es responsable de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

Puede encontrar información detallada sobre qué servicios son preventivos en la sección **Programa de atención preventiva** más adelante en este capítulo.

## VISITAS DE TELESALUD POR VIDEO A TRAVÉS DE DOCTOR ON DEMAND POR INCLUDED HEALTH

Tiene acceso a Doctor On Demand de Included Health, un servicio de telesalud que ofrece consultas médicas y de salud mental por video (incluida la atención de urgencia y de cuidado primario). Los médicos de Doctor on Demand podrán diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para una amplia gama de afecciones médicas que no sean emergencias. Este servicio se encuentra disponible en 49 estados y el Distrito de Columbia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana por computadora, tableta o teléfono inteligente. El servicio no se encuentra disponible en Hawái. Deberá descargar la aplicación Doctor On Demand desde la App Store o Google Play.

Doctor On Demand está disponible sin costo para la mayoría de las opciones del AMP. Si desea más información sobre los servicios y requisitos técnicos, visite Doctor On Demand en línea en [DoctorOnDemand.com/Walmart](http://DoctorOnDemand.com/Walmart) o llame al **800-997-6196**.

Los servicios de telesalud fuera de Doctor On Demand se pagarán de acuerdo con los términos correspondientes del AMP (por ejemplo, lo mismo que las consultas médicas para pacientes ambulatorios), según lo permita el AMP.

## Centros de excelencia

El programa de los Centros de excelencia funciona con centros de atención específicos para proporcionar servicios cubiertos relacionados con una variedad de afecciones y enfermedades. A través de este programa, usted y los dependientes con cobertura pueden acceder a proveedores y centros de atención especializados según su experiencia en determinados procedimientos complejos.

El AMP y cada Centro de excelencia se consideran un "Acuerdo de atención médica organizada" (OHCA) a los fines de las reglas de privacidad de la HIPAA. Esto quiere decir que el AMP y cada Centro de excelencia pueden compartir información para determinar la elegibilidad y administrar el programa de los Centros de excelencia, según lo permitido por la HIPAA.

El programa de los Centros de excelencia cubre lo siguiente:

- Cirugías para determinadas afecciones cardíacas (a partir de los 18 años)
- Revisión electrónica del historial clínico por parte de Cleveland Clinic para la cirugía de reparación o sustitución de válvulas cardíacas (todas las edades) para determinar si se recomienda la cirugía de válvulas cardíacas
- Revisión del historial clínico a cargo de Mayo Clinic para ciertos tipos de cáncer (todas las edades) para determinar si se recomienda evaluación o tratamiento en el lugar en Mayo Clinic; los tipos de cáncer elegibles son el cáncer colorrectal, de mama, de pulmón, de próstata y de sangre (incluido el mieloma, el linfoma y la leucemia).
- Revisión del historial clínico a cargo de Mayo Clinic por diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal (ESRD) (todas las edades) para determinar si se recomienda realizar evaluación o tratamiento en el lugar en Mayo Clinic.
- Tratamiento para la formación de familia (generalmente a partir de los 18 años) en las Clínicas Kindbody Signature, que incluye, pero no se limita a, la fertilización in vitro (FIV) y la inseminación intrauterina (IIU)
- Cirugías para ciertas afecciones de la columna vertebral (a partir de los 18 años, excepto para ciertas afecciones de la columna vertebral, como la escoliosis)
- Cirugía por reemplazo de cadera o rodilla
- Trasplantes de hígado, riñón, corazón (incluidos los Dispositivos de asistencia ventricular [Ventricular Assist Devices, VAD] duraderos y los corazones totalmente artificiales), pulmón (incluida la cirugía de reducción de volumen pulmonar [Lung Volume Reduction Surgery, LVRS]), páncreas, riñón y páncreas de forma simultánea, órganos múltiples y de médula ósea o células madre (incluido el tratamiento con células T CAR), y
- Cirugía para la pérdida de peso (desde los 14 años en adelante), que incluye derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal.

Al realizar los servicios de evaluación o al determinar sobre la atención de los Centros de excelencia, el Centro de excelencia no actúa como agente del AMP, sino como su proveedor de atención médica. Si recibe servicios en un Centro de excelencia que no estén cubiertos conforme al programa de los Centros de excelencia, tales servicios estarán sujetos a los términos y condiciones que se describen en esta sección y en la tabla de la siguiente página, en la columna **Fuera del programa de Centros de excelencia**, incluso si se reciben de un proveedor dentro de la red. Como se muestra en esa tabla, ciertos servicios cubiertos recibidos en un Centro de Excelencia están cubiertos al 100 % antes de que satisfaga su deducible anual (excluida la cirugía para la formación de familias y de pérdida de peso). Sin embargo, si está inscrito en el Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague los beneficios.

La tabla de la siguiente página es solamente un resumen. Lea toda la información de esta sección para comprender todos los requisitos y restricciones del programa de los Centros de excelencia, incluido cuándo pueden aplicarse excepciones que le permitan recibir los servicios cubiertos en instalaciones que no sean de los Centros de excelencia bajo los términos y condiciones regulares de cobertura del AMP.

CENTROS DE EXCELENCIA			
	Programa de Centros de excelencia		Fuera del programa de Centros de excelencia
	Administrador <sup>1</sup>	Cobertura	
<b>Cirugía cardíaca</b> Incluye la reparación/reemplazo de válvulas cardíacas Requiere una revisión electrónica para válvula cardíaca por parte de Cleveland Clinic	<b>Contigo Health</b> <b>877-230-7037</b>	100 % No se requiere deducible <sup>2</sup>	Se aplican los términos y condiciones habituales del AMP
<b>Revisión del historial clínico de cáncer evaluación en el sitio y tratamiento</b> Puede incluir la evaluación y el tratamiento in situ, cuando lo recomiende Mayo Clinic Tipos de cáncer elegibles: cáncer colorrectal, de mama, de pulmón, de próstata y de sangre (incluido el mieloma, el linfoma y la leucemia).	<b>HealthSCOPE Benefits</b> <b>800-804-1289</b>		
<b>Revisión ambulatoria de historiales clínicos de diálisis renal o enfermedad renal terminal, evaluación y tratamiento en el sitio</b> Puede incluir la evaluación del trasplante de riñón in situ, y cuando lo recomiende Mayo Clinic	<b>HealthSCOPE Benefits</b> <b>479-621-2830</b>		
<b>Tratamiento para la formación de familias</b> en las Clínicas Kindbody Signature Sujeto a un beneficio máximo de por vida de \$20,000 (gastos médicos y de farmacia) por participante individual del AMP	<b>Su administrador del plan médico (consulte la tarjeta de identificación del plan)</b> <b>Desplazamiento por HealthSCOPE Benefits</b> <b>800-804-1289</b>	75 % Después del deducible dentro de la red	<i>Sin cobertura</i>
<b>Reemplazo de cadera y rodilla</b>	<b>Contigo Health</b> <b>877-230-7037</b>	100 % No se requiere deducible <sup>2</sup>	<b>Opciones de los planes Premier, Contribution y Saver en áreas que no sean en el centro, noreste y sur de Florida; en el área metropolitana de Chicago; en condados selectos de Oklahoma y Texas; y en el noroeste de Arkansas:</b> <sup>3</sup> 50 % después del deducible fuera de la red El coseguro no se aplicará al desembolso máximo en efectivo
			<b>Opciones de los planes Premier, Contribution y Saver en el centro, noreste y sur de Florida; en el área metropolitana de Chicago; en condados selectos de Oklahoma y Texas; y en el noroeste de Arkansas:</b> <sup>3</sup> 50 % después del deducible de la red si se utiliza el proveedor dentro de la red preferido (en el noroeste de Arkansas, un proveedor dentro de la red) El coseguro no se aplicará para el deducible fuera de la red, si corresponde, ni para el desembolso máximo en efectivo <sup>4</sup> Sin cobertura <sup>4</sup> para proveedores dentro de la red no preferidos, cuando corresponda, o para proveedores fuera de la red en el noroeste de Arkansas
			<i>Planes locales: Sin cobertura<sup>4</sup></i>
<b>Cirugía de columna</b>	<b>Contigo Health</b> <b>877-230-7037</b>	100 % No se requiere deducible <sup>2</sup>	<i>Sin cobertura<sup>4</sup></i>
<b>Trasplante</b> Mayo Clinic únicamente. Excepto el trasplante de córnea y de intestinos	<b>HealthSCOPE Benefits</b> <b>479-621-2830</b>	100 % No se requiere deducible <sup>2</sup>	<i>Sin cobertura<sup>4</sup></i>
<b>Cirugía para la pérdida de peso</b> Derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal	<b>Contigo Health</b> <b>877-230-7037</b>	75 % <b>Después del deducible dentro de la red</b>	Sin cobertura

<sup>1</sup> Si está inscrito en un plan local, comuníquese con su asesor de atención médica para que ser dirigido al administrador correspondiente.

<sup>2</sup> Los participantes inscritos en la opción de Plan Saver deben alcanzar el deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio.

<sup>3</sup> Consulte [Opciones del AMP disponibles para usted](#), anteriormente en este capítulo para conocer los condados específicos incluidos en estas áreas.

<sup>4</sup> Pueden aplicarse excepciones. Consulte los detalles del programa específico en esta sección.

Si cree que puede ser un candidato para participar de los servicios cubiertos conforme al programa de los Centros de excelencia, llame a su asesor de atención de la salud al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Si reúne los requisitos, se lo pondrá en contacto con el administrador del programa de Centros de excelencia correspondiente para comenzar el proceso.

## REQUISITOS GENERALES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

Para participar en el programa de los Centros de excelencia:

- El administrador del programa de los Centros de excelencia correspondiente debe dar autorización previa para los servicios. El administrador específico del que debe obtenerse la autorización previa varía, dependiendo del servicio que se vaya a prestar y de su opción del AMP. Consulte la tabla **Centros de excelencia** de la página anterior.
- Su solicitud de autorización previa será un reclamo previo al servicio (o reclamo urgente, si corresponde), como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Si rechazan su solicitud de autorización previa para obtener un servicio de los Centros de excelencia, tiene derecho a apelar la decisión. Para obtener más información, consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones**.
- Usted reconoce que el Centro de excelencia debe recibir los historiales clínicos pertinentes antes de ser aceptado en el programa de los Centros de excelencia.
- Para la mayoría de los servicios cubiertos, debe poder viajar de manera segura para recibir atención médica y no debe requerir atención de emergencia al momento del viaje.
- El Centro de excelencia específico que proporciona los servicios cubiertos por el programa de los Centros de excelencia se determina con base en el lugar donde usted vive y el servicio indicado.
- Para la mayoría de los servicios ofrecidos conforme al programa de Centros de excelencia, debe proporcionar la información de contacto de un médico local que haya aceptado controlar su atención de seguimiento luego de que regrese a su hogar de un Centro de excelencia.
- Para la mayoría de los servicios cubiertos, debe identificar a un cuidador designado que esté dispuesto y sea capaz de satisfacer los requisitos del cuidador, los cuales le explicará el administrador del programa Centros de excelencia.
- Al realizar los servicios de evaluación o al tomar decisiones sobre la atención y el tratamiento de los Centros de excelencia, que incluye si deben tratarlo o seguir dándole tratamiento, el Centro de excelencia no actúa como agente del AMP, sino como su proveedor de atención médica. El AMP no puede exigir a un proveedor del programa Centro de excelencia que le atienda. Si su conducta perturba la relación proveedor-paciente o si usted no sigue las instrucciones del proveedor, un proveedor puede negarse a atenderlo.
- Reconoce que usted, su cuidador y cualquier visitante deben cumplir con todas las reglas y políticas del hotel, del servicio de transporte y del Centro de excelencia, incluidas las que se aplican a las comunicaciones y a la conducta en el lugar. Su incumplimiento podría dar lugar a la pérdida de elegibilidad para los beneficios en virtud del programa de los Centros de excelencia. Toda comunicación o interacción con los centros de atención y el personal de los Centros de excelencia que

sea abusiva o perturbadora también puede resultar en la pérdida del derecho a los beneficios del programa Centros de excelencia.

- Los servicios cubiertos que se presten en uno de los Centros de excelencia que están fuera del ámbito de los servicios cubiertos por el programa de los Centros de excelencia están sujetos a los términos y condiciones de cobertura regular del AMP.
- Para reemplazo de cadera o rodilla o cirugía de columna, debe certificar que su lesión (si corresponde) no dará lugar a un litigio con un tercero, que no está sujeta a los derechos de subrogación y reembolso del AMP como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones** y que no es una lesión indemnizable, según lo define la ley de compensación del trabajador aplicable.
- Si tiene derecho o está cubierto por más de un plan médico, incluido Medicare (por ejemplo, si está inscrito en la Parte A de Medicare, pero no está inscrito en la Parte B), el AMP debe ser el pagador principal. Si existe la posibilidad de que cualquier otro plan médico sea o pudiera haber sido el pagador principal en cualquier circunstancia (si se hubiera inscrito en ese plan), comuníquese con el administrador del programa de los Centros de excelencia que aparece en la tabla de la página anterior para obtener más información sobre su elegibilidad para el programa de los Centros de excelencia.

Si el proveedor de los Centros de excelencia determina que usted no es un candidato médicamente apropiado para los servicios de los Centros de excelencia en ese Centro de excelencia en particular, el AMP puede pagar un beneficio por los servicios cubiertos bajo los términos del AMP que de otra forma fuesen aplicables, cuando se determine que usted es elegible médicamente para dichos servicios.

Si recibe los servicios de un proveedor de los Centros de excelencia a través del programa de los Centros de excelencia, se pueden proporcionar beneficios de viaje para desplazarse a uno de los Centros de excelencia y pueden incluir el billete de avión, el millaje, el alojamiento y una asignación de gastos diarios para la comida y otros gastos, tanto para usted como para un cuidador. Los beneficios de viaje deben ser aprobados previamente y programarse a través del administrador del programa de los Centros de excelencia (para los beneficios de viaje). Algunos beneficios de viaje se consideran ganancias imponibles y se reflejarán en el formulario W-2 del asociado inscrito. Los beneficios de viaje están sujetos a los límites aplicables del IRS y del AMP.

## SI RECIBE UN TRATAMIENTO ELEGIBLE FUERA DEL PROGRAMA DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

Si recibe servicios por una afección médica que serían servicios cubiertos por el programa de Centros de excelencia, de parte de: 1) un proveedor o centro de atención que no sea parte del programa de Centros de excelencia, 2) un proveedor o centro de atención que sea parte del programa de Centros de excelencia, pero usted no trabaja a través del administrador del programa de Centros de excelencia o no ha sido aprobado para el programa de Centros de excelencia, usted estará sujeto a los términos que se resumen en la tabla **Centros de excelencia** más arriba en este capítulo, a menos que se le haya concedido una excepción. En algunos casos, en ausencia de una excepción, el AMP no pagará

ningún beneficio si los servicios elegibles no se brindan a través del programa de Centros de excelencia, incluso si los servicios los brinda un proveedor dentro de la red. Consulte las secciones **Reemplazo de cadera o rodilla y cirugía de columna** y **Trasplantes** más adelante en este capítulo para conocer las excepciones importantes.

En circunstancias limitadas, el AMP proporciona cobertura fuera de la red para el reemplazo de cadera o rodilla, tal como se describe más adelante en la sección **Reemplazo de cadera o rodilla y cirugía de columna** y se resume en la tabla **Centros de excelencia** de la página anterior. Los servicios que recibe antes del ingreso y luego del alta de un Centro de excelencia, incluidos los servicios que están aprobados o recomendados por el proveedor del programa de Centros de excelencia, estarán sujetos a los términos y condiciones de cobertura habituales del AMP. Los servicios que se presten en uno de los Centros de excelencia que están fuera del ámbito de los servicios cubiertos por el programa de los Centros de excelencia están sujetos a los términos y condiciones de cobertura regular del AMP.

## REVISIÓN ELECTRÓNICA DE CIRUGÍA CARDÍACA Y REPARACIÓN/SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA

Antes de acceder a los servicios que no sean de emergencia para reparar o sustituir una válvula cardíaca, es posible que desee considerar una revisión electrónica de Cleveland Clinic. Comuníquese con su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan para iniciar el proceso de revisión electrónica. Si es elegible y decide participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía cardíaca, se le pondrá en contacto con Contigo Health.

Si usted es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para la revisión electrónica por cirugía cardíaca o reparación/reemplazo de válvulas y decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos que se reciban a través del programa de los Centros de excelencia. Los gastos médicos elegibles se pagarán antes de alcanzar el deducible, a menos que esté inscrito en la opción del Plan Saver. Si está inscrito en la opción del Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio.

Si usted opta por no participar en el programa de los Centros de excelencia, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos después de que se cumpla el deducible, sujeto a todos los demás términos y condiciones habituales de la cobertura del AMP.

## REVISIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO DE CÁNCER, EVALUACIÓN EN EL SITIO Y TRATAMIENTO

Si le han diagnosticado cáncer de mama, pulmón, colorrectal, próstata o de la sangre (incluidos mieloma, linfoma y leucemia), es elegible para el programa Centros de excelencia para la revisión de historiales clínicos de cáncer, que puede incluir la evaluación y el tratamiento en el sitio por parte de Mayo Clinic:

- **Revisión de historiales clínicos.** Mayo Clinic revisará su historial clínico y hará una recomendación, basada en los historiales clínicos facilitados, de si una evaluación en el sitio

se considera apropiada. La determinación de Mayo Clinic no está sujeta a los procedimientos de reclamación y apelación del AMP.

- **Evaluación en el sitio en Mayo Clinic para un posible tratamiento en Mayo Clinic.** Con base en la revisión de su historial clínico por parte de Mayo Clinic, Mayo Clinic puede recomendarle que viaje a Mayo Clinic para una evaluación en el sitio sobre un posible tratamiento en Mayo Clinic. Su viaje se facilitará a través del programa de Centros de excelencia. La determinación de Mayo Clinic no está sujeta a los procedimientos de reclamación y apelación del AMP.

Para los servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T CAR, parte de la evaluación de Mayo Clinic incluirá determinar si se considera médicamente necesario renunciar al período de espera de 12 meses para los trasplantes. Mayo Clinic actúa como proveedor de atención médica, no como agente del AMP al realizar servicios de evaluación, incluido si se recomienda una evaluación en persona o tratamiento adicional en Mayo Clinic o si Mayo Clinic recomienda servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T CAR antes del período de espera de 12 meses del Plan. La determinación de Mayo Clinic no está sujeta a los procedimientos de reclamación y apelación del AMP. No obstante, si Mayo Clinic no determina que es necesario renunciar al período de espera de 12 meses para recibir tratamiento en Mayo Clinic, podrá presentar una solicitud de excepción previa al servicio para recibir tratamiento en un centro de atención diferente. Consulte **Solicitudes de excepciones a las condiciones de cobertura de los trasplantes** en esta sección **Trasplantes**.

- **Evaluación en el sitio en Mayo Clinic para servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T CAR - Exención del período de espera de 12 meses para un posible tratamiento en Mayo Clinic.** Si Mayo Clinic recomienda tratamiento en Mayo Clinic, este tratamiento estará cubierto por el programa Centros de excelencia, que pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de Mayo Clinic. Los gastos médicos elegibles se pagarán antes de alcanzar el deducible, a menos que esté inscrito en la opción del Plan Saver. Si está inscrito en la opción del Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio. Consulte la sección **Trasplantes** para más detalles sobre el programa de trasplantes de los Centros de excelencia.

Si Mayo Clinic no recomienda el tratamiento en Mayo Clinic o usted opta por no participar en el programa de Centros de excelencia, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos después de que satisfaga su deducible, sujeto a todos los demás términos y condiciones regulares de cobertura del AMP, incluso si recibe atención en Mayo Clinic fuera del programa de Centros de excelencia.

## REVISIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO DE DIÁLISIS RENAL AMBULATORIA O DE ESRD

Si se le ha diagnosticado una enfermedad renal terminal (ERT), recibe diálisis renal o se le ha recomendado diálisis renal como tratamiento, es elegible para el programa Centros de excelencia



para diálisis renal o para la revisión del historial clínico de la ERT, que puede incluir la evaluación y el tratamiento en el sitio por parte de Mayo Clinic:

- **Revisión de historiales clínicos.** Mayo Clinic revisará su historial clínico y hará una recomendación, basada en los historiales clínicos facilitados, de si una evaluación en el sitio se considera apropiada. La determinación de Mayo Clinic no está sujeta a los procedimientos de reclamación y apelación del AMP.
- **Evaluación en el sitio en Mayo Clinic.** Con base en la revisión de su historial clínico por parte de Mayo Clinic, Mayo Clinic puede recomendarle que viaje a Mayo Clinic para una evaluación en el sitio sobre un posible tratamiento en Mayo Clinic. Su viaje se facilitará a través del programa de Centros de excelencia. Mayo Clinic actúa como proveedor de atención para la salud, no como agente del AMP al realizar los servicios de evaluación, incluida la recomendación de una evaluación en persona o de tratamiento adicional en Mayo Clinic. La determinación de Mayo Clinic no está sujeta a los procedimientos de reclamación y apelación del AMP.
- **Tratamiento en Mayo Clinic.** Si Mayo Clinic recomienda tratamiento en Mayo Clinic, este tratamiento estará cubierto por el programa Centros de excelencia, que pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de Mayo Clinic. Los gastos médicos elegibles se pagarán antes de que usted alcance el deducible anual de la red, antes de que el AMP abone cualquier beneficio. Si Mayo Clinic recomienda un trasplante de riñón, la cobertura para un trasplante de riñón solamente está disponible conforme al programa de los Centros de excelencia para trasplantes. Para obtener información, consulte más adelante en esta sección **Trasplantes**.

Si Mayo Clinic no recomienda el tratamiento en Mayo Clinic o usted opta por no participar en el programa de Centros de excelencia, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos después de que satisfaga su deducible, sujeto a todos los demás términos y condiciones regulares de cobertura del AMP, incluso si recibe atención en Mayo Clinic fuera del programa de Centros de excelencia.

Si se recomienda un trasplante, consulte la sección **Trasplantes** que aparece más adelante en este capítulo para conocer los términos y condiciones de los Centros de excelencia aplicables a los servicios de trasplante.

## FORMACIÓN DE FAMILIAS

El programa de los Centros de excelencia para servicios de formación de familia ofrece beneficios de tratamiento de la fertilidad, que incluye la fertilización in vitro (FIV), la inseminación intrauterina (IIU) y otros servicios médicos y farmacéuticos aprobados que se describen a continuación, de las Clínicas Kindbody Signature. A menos que se indique algo diferente, los participantes deben ser mayores de 18 años.

Si usted es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia y decide hacerlo, el AMP pagará el 75 % de los gastos médicos elegibles, incluidos los medicamentos para la fertilidad, para los servicios cubiertos recibidos de una Clínica Kindbody Signature a través del programa de los Centros de excelencia para la formación de familias, después de que se cumpla su deducible de la red, hasta un beneficio máximo de

por vida de \$20,000. Los servicios cubiertos que se reciban a través del programa de los Centros de excelencia están sujetos a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP, incluida la aplicación de los gastos médicos elegibles pagados por usted a su deducible y la aplicación del coseguro a su desembolso máximo, a menos que se disponga lo contrario. Consulte el **deducible anual** y el **desembolso máximo anual** en la sección **Evalúe sus opciones** anterior de este capítulo para conocer las excepciones.

El AMP no permitirá ningún beneficio después de haber alcanzado el beneficio máximo de por vida de \$20,000. El máximo de \$20,000 es el monto de los beneficios pagados por cada participante individual del AMP. Este monto máximo de por vida del beneficio no se reajustará, incluso si usted deja su empleo y es contratado de nuevo, independientemente del momento en que deje el empleo o sea contratado de nuevo. Tampoco se restablecerá si actualmente es un dependiente elegible inscrito en el AMP y luego se convierte en un asociado de Walmart elegible directamente para inscribirse en la cobertura médica (o si actualmente es un asociado de Walmart inscrito en el AMP y luego se convierte en un dependiente elegible bajo la cobertura médica de otro asociado). El beneficio máximo de por vida de \$20,000 no se aplica a los servicios ajenos al programa de los Centros de excelencia que puedan estar cubiertos bajo otros términos y condiciones de cobertura del AMP, independientes del programa de los Centros de excelencia.

Si usted no participa en el programa de los Centros de excelencia, el AMP no cubrirá los servicios de tratamiento de la fertilidad que se reciban de un proveedor que no sea Kindbody o fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que tales servicios estén cubiertos por otros términos y condiciones de cobertura del AMP.

Los servicios integrales de fertilidad cubiertos incluyen:

- Fertilización in vitro (FIV): tanto frescos como congelados
- Inseminación intrauterina (IIU)
- Transferencias de embriones congelados (FET)
- Descongelación de ovocitos congelados y fertilización
- Pruebas genéticas preimplantación (PGT-A; PGT-M, PGT-SR, etc.)
- Tratamientos de infertilidad masculina por azoospermia o antecedentes de vasectomía (TESE; PESE)
- Óvulos, embriones y esperma de donante (se consideran bienes imponibles)
- Criopreservación (congelación) de ovocitos (óvulos)/ embriones/espermatozoides (si el paciente es menor de 18 años, Kindbody puede recomendarlo por razones médicas, como el almacenamiento de tejidos tras un diagnóstico de cáncer u otra afección médica). El pago por el almacenamiento de ovocitos/embriones/espermatozoides criopreservados de Kindbody se realizará durante un año. El pago de los años adicionales de almacenamiento por Kindbody será su responsabilidad.

Los medicamentos para la fertilidad se surtirán a través de la farmacia especializada de Kindbody, Schraft's Pharmacy, y se tramitarán a través de la cobertura médica del AMP, de acuerdo con los términos y condiciones de la cobertura del AMP, que incluye el beneficio máximo de por vida de \$20,000.

Si está interesado en participar en el programa de los Centros de excelencia para la formación de familias, debe ponerse

en contacto llamando al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. Para comenzar a desarrollar un plan de cuidado personalizado, primero tendrá una consulta inicial con un clínico de la Clínica Kindbody Signature, ya sea de forma virtual o en persona. Kindbody proporciona un navegador de atención al paciente dedicado a proporcionar apoyo para el programa para usted y su familia a lo largo de todo el proceso.

## REEMPLAZO DE CADERA O RODILLA Y CIRUGÍA DE COLUMNA

Si usted es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla y la cirugía de columna vertebral, y decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos del proveedor y centro de atención del programa de Centros de excelencia. Los gastos médicos elegibles se pagarán antes de alcanzar el deducible, a menos que esté inscrito en la opción del Plan Saver. Si está inscrito en la opción del Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio.

Si es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla y decide no hacerlo, el AMP puede pagar una parte del costo de los servicios cubiertos que reciba fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que solicite y reciba una excepción de la red. Consulte la tabla [Centros de excelencia](#) más arriba en este capítulo y en la sección [Reemplazo de cadera o rodilla](#) de la página siguiente. Si solicita y recibe una excepción de la red, como se indica a continuación, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla, con arreglo a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP.

Si es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de la columna vertebral y decide no hacerlo, el AMP no pagará el costo de ningún servicio recibido fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que se solicite y reciba una excepción de la red.

La decisión de no realizar el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna tomada por el respectivo proveedor de los Centros de excelencia no estará sujeta a revisión conforme a este proceso si el proveedor de los Centros de excelencia: 1) tratarlo debido a que usted se niega a respetar los términos y condiciones del programa de Centros de excelencia, incluidas las reglas y políticas enumeradas en otras partes de este capítulo, o 2) determina que la intervención no es apropiada porque usted se niega a cumplir con las restricciones o los requisitos médicos, incluidos, entre otros, perder peso, dejar de fumar, dejar de consumir bebidas alcohólicas, recibir apoyo social o factores similares.

## Reemplazo de cadera o rodilla

Si decide no participar en el programa de los Centros de excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla, el AMP puede pagar solamente beneficios limitados por los servicios cubiertos si recibe tratamiento fuera del programa de los Centros de excelencia.

Si no tiene una excepción de la red, como se explica más adelante en este capítulo, los servicios recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia se considerarán generalmente fuera de la red, incluso si el proveedor es un proveedor dentro de la red de su opción del AMP.

En este caso, las condiciones de cobertura del programa de los Centros de excelencia son las siguientes:

- Si está inscrito en las opciones de los planes **Premier, Contribution y Saver en áreas que no sean el noroeste de Arkansas, el centro, el noreste o el sur de Florida, el área metropolitana de Chicago, Oklahoma o Texas**, deberá abonar el deducible anual fuera de la red antes de que el AMP pague cualquier costo por los servicios cubiertos. Una vez que alcance el deducible fuera de la red, el AMP pagará el 50 % de los gastos médicos elegibles de los servicios cubiertos, independientemente de que los servicios sean provistos por un proveedor dentro o de fuera de la red (incluso un proveedor fuera de la red secundario). Su coseguro no contará para su desembolso máximo en efectivo. Consulte la sección [Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral](#) de la siguiente página para saber cómo solicitar una excepción de la red.
- Si está inscrito en las opciones de los planes **Premier, Contribution y Saver en el noroeste de Arkansas, el centro, el noreste o el sur de Florida, el área metropolitana de Chicago, Oklahoma o Texas**, deberá abonar el deducible anual de la red antes de que el AMP pague cualquier costo por los servicios cubiertos. Una vez alcanzado el deducible, el AMP pagará el 50 % del costo de los servicios cubiertos que reciba de un proveedor dentro de la red preferido (para el noroeste de Arkansas, el AMP pagará el 50 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de un proveedor dentro de la red). Su coseguro no se aplicará para su deducible fuera de la red, si corresponde, ni para el desembolso máximo en efectivo. El AMP no pagará ningún beneficio si usted recibe servicios de un proveedor dentro de la red no preferido o un proveedor fuera de la red (incluido un proveedor fuera de la red secundario), si corresponde. Consulte la sección [Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral](#) de la siguiente página para saber cómo solicitar una excepción de la red.
- Si está inscrito en una opción del **plan local**, el AMP no pagará el costo de ningún servicio recibido fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que solicite y reciba una excepción. Consulte la sección [Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral](#) de esta página para saber cómo solicitar una excepción de la red.

Si solicita y recibe una excepción de la red, como se indica en la sección [Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral](#) de esta página, el AMP pagará el costo de los

servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla, con arreglo a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP.

### Cirugía de columna

Si opta por no participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de la columna vertebral, el AMP no pagará el costo de ningún servicio recibido fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que se solicite y reciba una excepción de la red. Si solicita y recibe una excepción de la red, como se indica en la sección [Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral](#) de esta página, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia para la cirugía de la columna vertebral, de acuerdo a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP.

### Fisioterapia para el reemplazo de cadera o rodilla y cirugía de columna vertebral

Si participa en el programa Centros de excelencia para reemplazo de cadera o rodilla o cirugía de columna, es posible que tenga acceso a fisioterapia virtual. Este enfoque basado en aplicaciones está diseñado para ayudar a los participantes antes y después de los procedimientos quirúrgicos. Los servicios no tendrán costo para usted, a menos que esté inscrito en el Plan Saver. Si está inscrito en el Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio. Este servicio no está disponible fuera del programa de los Centros de excelencia, incluso cuando se concede una excepción de la red para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral. Comuníquese con Contigo Health, el administrador del programa, para obtener más detalles sobre este programa.

### Solicitudes de excepciones para las condiciones de cobertura para el reemplazo de cadera o rodilla o la cirugía de columna vertebral

Puede solicitar una excepción para los términos y condiciones generales de cobertura de los Centros de excelencia que se describieron anteriormente. Si usted solicita y recibe una excepción de la red, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, después de satisfacer su deducible y sujeto a todos los demás términos y condiciones regulares de cobertura del AMP. El proceso de excepción de la red se resume a continuación y se analiza con más detalle en la sección [Reclamos y apelaciones](#) del capítulo titulado [Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia](#).

Dependiendo de si ya ha recibido los servicios al momento de solicitar una excepción a la red, su solicitud se tratará como un reclamo previo al servicio ("solicitud de excepción previa al servicio") o como un reclamo posterior al servicio ("solicitud de excepción posterior al servicio"), tal como se describe detalladamente en la sección [Reclamos y apelaciones](#) del capítulo titulado [Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia](#). La sección en este capítulo solamente resume tales reglas.

**Solicitud de excepción de servicio previo:** Si aún no ha recibido tratamiento pero está considerando recibir servicios de un proveedor o centro de atención no perteneciente a los Centros de excelencia, puede presentar una solicitud de excepción previa al servicio si:

- Existe un riesgo significativo de que el viaje al Centro de excelencia pueda provocar una parálisis o la pérdida de la vida, o
- El Centro de excelencia no recomienda el reemplazo de la cadera o la rodilla ni la cirugía de la columna vertebral porque no es el tratamiento médico adecuado, o porque usted no es un candidato adecuado para la cirugía.

Las solicitudes de excepción previa al servicio deben presentarse ante Contigo Health en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección [Reclamos y apelaciones](#) del capítulo titulado [Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia](#). Una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Si se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su solicitud, se le permitirá presentar un recurso interno contra la denegación, que será determinado por una Organización de Revisión Independiente. Su solicitud de apelación interna debe presentarse ante el AMP en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección [Reclamos y apelaciones](#) del capítulo titulado [Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia](#). Si se anula la denegación inicial y se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su apelación interna, se le permitirá solicitar una revisión externa si la denegación se basó en el criterio médico. Su solicitud de revisión externa de la denegación debe presentarse ante el AMP en la dirección y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección [Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de excelencia](#) del capítulo titulado [Reclamos y apelaciones](#).

**Solicitud de excepción de servicio posterior:** Si ya ha recibido los servicios de un proveedor que no pertenece a los Centros de excelencia, puede presentar una solicitud de excepción posterior al servicio si sus circunstancias requieren una intervención quirúrgica inmediata, sin la cual probablemente habría sufrido parálisis o pérdida de la vida.

Las solicitudes de excepción posterior al servicio deben presentarse al AMP en la dirección y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia.**

Una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Si se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su solicitud, se le permitirá presentar un recurso interno contra la denegación, que será determinado por una Organización de Revisión Independiente. Su solicitud de apelación interna debe presentarse ante el AMP en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Cirugía de la columna vertebral y prótesis de cadera y rodilla: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia.** Si se anula la denegación inicial y se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su apelación interna, se le permitirá solicitar una revisión externa si la denegación se basó en el criterio médico. Su solicitud de revisión externa de la denegación debe presentarse ante el AMP en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de excelencia.**

## TRASPLANTES

El programa de los Centros de excelencia para trasplantes realizados en Mayo Clinic cubre trasplantes de hígado, riñón, corazón (incluidos los Dispositivos de asistencia ventricular [Ventricular Assist Devices, VAD] duraderos y los corazones totalmente artificiales), pulmón (incluida la cirugía de reducción de volumen pulmonar [Lung Volume Reduction Surgery, LVRS]), páncreas, riñón y páncreas de forma simultánea, órganos múltiples y de médula ósea o células madre (incluido el tratamiento con células T CAR). Los servicios de trasplante están sujetos a un periodo de espera de 12 meses. Consulte los detalles de los periodos de espera en la siguiente página.

Los servicios de trasplante de córnea e intestino no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia, pero pueden ser servicios cubiertos bajo los términos y condiciones de cobertura regulares del AMP. Los trasplantes de córnea e intestino están sujetos al periodo de espera de 12 meses. Consulte los detalles de los periodos de espera en la siguiente página.

Deberá someterse a una evaluación previa al trasplante en Mayo Clinic. La Mayo Clinic hará entonces una recomendación acerca de si un trasplante es un tratamiento médico adecuado o si usted no es un candidato apropiado para los servicios de trasplante conforme al programa de los Centros de excelencia.

Si es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para trasplantes, y decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de Mayo Clinic. Los gastos médicos elegibles se pagarán antes de alcanzar el deducible, a menos que esté inscrito en la opción del Plan Saver. Si está inscrito en la opción del Plan Saver, debe alcanzar su deducible anual dentro de la red antes de que el AMP pague cualquier beneficio. Los servicios no relacionados con un trasplante, según determine Mayo Clinic, que se realicen en Mayo Clinic no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia para trasplantes. Tales servicios estarán sujetos a los términos y condiciones de cobertura habituales del AMP. Esto incluye ciertos procedimientos de manga gástrica que se llevan a cabo en Mayo Clinic durante un trasplante de hígado.

Si es elegible para el programa de trasplantes de los Centros de excelencia y decide no participar o si es elegible y decide recibir los servicios en otro lugar, el AMP no pagará el costo de ningún servicio recibido fuera del programa de los Centros de excelencia, a menos que se solicite una excepción de la red y tal excepción sea otorgada.

Si usted solicita y recibe una excepción de la red, tal y como se comenta en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Servicios de trasplante: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia,** el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia para trasplantes, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP.

La cobertura del programa de los Centros de excelencia se limita al trasplante de órganos humanos. El AMP no cubre en ninguna circunstancia los trasplantes de partes del cuerpo (por ejemplo, cara, manos, pies, piernas, brazos, útero).

Los servicios experimentales y/o de investigación relacionados con el trasplante no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia a menos que tales servicios sean recomendados y realizados por Mayo Clinic.

Los beneficios del programa de los Centros de excelencia para trasplantes finalizan al año del trasplante o después de la evaluación de un año tras el trasplante, lo que ocurra primero.

**Excepciones para receptores de trasplantes pediátricos menores de 19 años:** Los receptores de trasplantes pediátricos de menos de 19 años (excepto los trasplantes de córneas e intestinos) deben someterse a una revisión previa al trasplante en la Clínica Mayo. Si Mayo Clinic determina que un trasplante es el plan de tratamiento correcto, y usted opta por participar en el programa de los Centros de excelencia y recibir los servicios de los Centros de excelencia en Mayo Clinic, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos, como se describe anteriormente. Si decide no participar en el programa de los Centros de excelencia a través de Mayo Clinic, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia para trasplantes, sujeto a los términos y condiciones regulares de cobertura del AMP. En ese caso, se proporcionará una excepción de red.

**Gastos de donantes de trasplantes:** Por lo general, el AMP pagará los gastos médicos elegibles de los servicios cubiertos prestados a un receptor (que esté inscrito en la opción del AMP), a menos que otro plan médico o aseguradora cubra esos servicios. Solamente se cubren los servicios directamente relacionados con la condición de donante para el receptor (que está inscrito en la opción del AMP) ("servicios para el donante"). Si el donante es un donante vivo y requiere servicios post-trasplante (directamente relacionado con el trasplante), el AMP pagará los gastos médicos elegibles para los servicios cubiertos.

El AMP pagará los gastos médicos elegibles de los servicios cubiertos del donante recibidos dentro de los 120 días siguientes a su trasplante al mismo nivel de beneficios que los servicios de trasplante.

También es posible que el AMP pague los gastos de viaje del donante, siempre y cuando tales gastos estén directamente relacionados con su condición de donante. Estos gastos de viaje suelen estar sujetos a los mismos términos y condiciones que se aplican a los beneficios de viaje disponibles para usted, el receptor. Antes de las citas, usted es responsable de proporcionar la información de contacto para el administrador del programa de los Centros de excelencia al donante de trasplante elegible.

Los gastos de adquisición y obtención de órganos de cadáver solamente están cubiertos cuando se trata de gastos médicos elegibles en virtud del AMP.

### Período de espera 12 meses

A fin de ser elegible para recibir cobertura de un trasplante, de una cirugía de reducción del volumen pulmonar (LVRS) o de un tratamiento con células T CAR conforme al programa de los Centros de excelencia, debe estar inscrito en el AMP durante al menos 12 meses. El período de espera de 12 meses no se aplicará a la colocación de dispositivos de asistencia ventricular (VAD) duraderos ni a corazones artificiales, independientemente de si el VAD está relacionado con un trasplante.

Los servicios de trasplante de córnea e intestino no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia, pero pueden ser servicios cubiertos bajo los términos y condiciones de cobertura regulares del AMP. No obstante, el periodo de espera de 12 meses aplicable a los trasplantes cubiertos por el programa de los Centros de excelencia también se aplica a los trasplantes de córnea e intestino.

Si está inscrito en el plan PPO o en una opción del plan HMO, no es elegible para el programa de los Centros de excelencia que se describe en este capítulo. No obstante, si posteriormente se inscribe en una de las opciones de AMP elegibles, el tiempo que haya estado inscrito en el plan PPO o en una opción del plan HMO contará para el periodo de espera de 12 meses. El tiempo que esté inscrito en un seguro contra accidentes o por enfermedades críticas no se contará para el período de espera de 12 meses.

El periodo de espera de 12 meses se aplica a usted y, por separado, a cada uno de sus dependientes cubiertos, excepto lo dispuesto a continuación; esto significa que cada persona cubierta debe satisfacer su propio periodo de espera de 12 meses. No obstante, si inscribe a un dependiente cubierto nuevo en el AMP como resultado del nacimiento o la adopción (debe ser menor de 19 años) y esa cobertura entra en vigencia a partir de la fecha de nacimiento o adopción del niño, respectivamente, el periodo de espera de 12 meses no se aplicará a su dependiente nuevo, incluso si no ha cumplido el periodo de espera de 12 meses, sujeto a otras condiciones en esta sección.

El periodo de espera de 12 meses se omite para los asociados localizados y sus dependientes cubiertos.

Si ya estaba inscrito en el AMP y la cobertura finalizó por cualquier motivo después de haber satisfecho el periodo de espera de 12 meses (por ejemplo, si dejó de trabajar y fue contratado de nuevo o si abandonó voluntariamente la cobertura), su periodo anterior de inscripción en el AMP contará para el periodo de espera de 12 meses. No obstante, si no había satisfecho el periodo de espera de 12 meses antes de la finalización de la cobertura, el tiempo anterior de inscripción en el AMP no contará para el periodo de espera de 12 meses y deberá satisfacer un nuevo periodo de espera de 12 meses tras su reinscripción.

Para todos los trasplantes de órganos sólidos (aquellos cubiertos por el programa de los Centros de excelencia y aquellos que no lo están) se puede prescindir del periodo de espera de 12 meses si el médico tratante de la persona cubierta certifica que, en ausencia del trasplante, sería inminente que la persona cubierta fallezca dentro de un plazo de 48 horas. Debe presentar una solicitud de autorización previa para solicitar esta exención.

Consulte la sección [Reclamos y apelaciones](#) del capítulo [Procedimientos de apelación especiales para los Centros de excelencia](#) para obtener información sobre cómo solicitar una exención. Si el médico tratante de la persona que tiene cobertura no puede expedir este certificado, la persona que tiene cobertura deberá cumplir el período de espera de 12 meses, salvo que su médico pueda expedirlo posteriormente.

Mayo Clinic también puede recomendar que se presten servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T CAR antes del período de espera de 12 meses como parte de su evaluación conforme al programa de los Centros de excelencia para Revisión de historiales clínicos de cáncer, y evaluación y tratamiento en el sitio. Consulte los detalles en la sección del programa Revisión del historial clínico del cáncer, y evaluación y tratamiento en el sitio. Consulte [Solicitudes de excepciones a las condiciones de cobertura de los trasplantes](#) para obtener información sobre cómo solicitar una solicitud de excepción previa al servicio si Mayo no considera que estos servicios de trasplante sean médicamente necesarios antes del periodo de espera de 12 meses.

Si su médico recomienda un trasplante, llame a HealthSCOPE Benefits al **479-621-2830**.

## Solicitudes de excepciones a las condiciones de cobertura de los trasplantes

Para recibir servicios de trasplante en un centro de atención que no sea Mayo Clinic, puede solicitar una excepción de la red previa al servicio para los términos y condiciones generales de cobertura de los Centros de excelencia que se describieron anteriormente. Si usted solicita y recibe una excepción de la red previa al servicio, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, después de satisfacer su deducible y sujeto a todos los demás términos y condiciones regulares de cobertura del AMP. El proceso de excepción de la red previa al servicio se resume a continuación y se analiza con más detalle en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo **Servicios de trasplante: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia**.

**Solicitud de excepción de servicio previo:** Si aún no ha recibido tratamiento, puede solicitar una excepción de la red previa al servicio para recibir servicios de trasplante en un centro distinto de Mayo Clinic si:

- Si existe un riesgo considerable de que el traslado hasta Mayo Clinic podría derivar en muerte, o
- Mayo Clinic recomienda que un trasplante no es un tratamiento médico adecuado o que usted no es un candidato apropiado para los servicios de trasplante, o
- Mayo Clinic no considera los servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T CAR sean médicamente necesarios antes del período de espera de 12 meses.

Las solicitudes de excepción previa al servicio deben presentarse al AMP en la dirección y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo **Servicios de trasplante: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia**. Una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Si se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su solicitud, se le permitirá presentar un recurso interno contra la denegación, que será determinado por una Organización de Revisión Independiente. Su solicitud de apelación interna debe presentarse ante el AMP en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Servicios de trasplante: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de excelencia**.

Si se anula la denegación inicial y se acepta su solicitud, el AMP pagará el costo de los servicios cubiertos recibidos fuera del programa de los Centros de excelencia, sujeto a los términos y condiciones habituales de cobertura del AMP. Si se deniega su apelación interna, se le permitirá solicitar una revisión externa si la denegación se basó en el criterio médico. Su solicitud de revisión externa de la denegación debe presentarse ante el AMP en la dirección indicada y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección **Reclamos y apelaciones** del capítulo titulado **Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de excelencia**.

Las denegaciones de trasplantes por parte de Mayo Clinic no están sujetas a revisión en virtud de este proceso si Mayo Clinic decide no hacerlo: 1) tratarlo debido a que usted se niega a respetar los términos y condiciones del programa de Centros de excelencia, incluidas las reglas y políticas enumeradas en otras partes de este capítulo, o 2) determina que el trasplante no es apropiado porque usted se niega a cumplir con las restricciones o los requisitos médicos, incluidos, entre otros, perder peso, dejar de fumar, dejar de consumir bebidas alcohólicas, recibir apoyo social o factores similares.

## BENEFICIO DE LA CIRUGÍA PARA LA PÉRDIDA DE PESO

Las siguientes cirugías para la pérdida de peso están cubiertas por el programa de los Centros de excelencia, para cirugía para la pérdida de peso: derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal. Debe tener al menos 14 años de edad para participar. Los servicios deben ser brindados por un centro de atención de los Centros de excelencia designados por el AMP.

Si usted es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de pérdida de peso y decide hacerlo, el AMP pagará el 75 % del costo de los servicios cubiertos recibidos del proveedor y el centro de atención del programa de los Centros de excelencia después de que usted satisfaga su deducible dentro de la red.

Si usted es elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de pérdida de peso y decide no hacerlo, el AMP no pagará el costo de ningún servicio recibido fuera del programa de los Centros de excelencia. No se aplica ninguna excepción.

Para participar en los Centros de excelencia para la cirugía de pérdida de peso, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Usted debe cumplir alguno de los siguientes requisitos:
  - Un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, o
  - Un IMC de 35 o superior y al menos un factor de comorbilidad relacionado con la obesidad (diabetes de tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc.).
- Debe comprometerse a cumplir todos los requisitos mientras dure el tratamiento de cirugía de pérdida de peso, incluidas las reglas y políticas enumeradas en otras partes de este capítulo.

Si cumple con los requisitos establecidos anteriormente y el médico le recomienda la cirugía para la pérdida de peso, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan a fin de obtener un Formulario de solicitud, el cual debe completar usted y su médico. Debe enviar el Formulario de solicitud completado a Contigo Health a la dirección que figura en el formulario. La presentación del formulario es la presentación de una solicitud de autorización previa con Contigo Health. Contigo Health determinará su solicitud de autorización previa según los procedimientos para los reclamos previos al servicio que se describen en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Si se sometió a un procedimiento de banda gástrica ajustable por laparoscopia para la pérdida de peso, y ahora necesita la extracción quirúrgica debido a complicaciones médicas, puede solicitar la evaluación del beneficio de cirugías para la pérdida de peso a cargo de un Centro de excelencia para determinar si sería un candidato adecuado para cambiar a una cirugía cubierta para la pérdida de peso, durante o en forma conjunta con la extracción de la banda gástrica. Deberá presentar documentación para demostrar que cumplió con los criterios clínicos requeridos para la cirugía bariátrica antes del procedimiento de banda gástrica Lap Band original. Comuníquese con Contigo Health para más información.

### Período de espera 12 meses

A fin de ser elegible para participar en el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de pérdida de peso, debe estar inscrito en el AMP durante al menos 12 meses. Si está inscrito en el plan PPO o en una opción del plan HMO, no es elegible para el programa de los Centros de excelencia para la cirugía de pérdida de peso que se describe en este capítulo. No obstante, si posteriormente se inscribe en una de las opciones de AMP elegibles, el tiempo que haya estado inscrito en el plan PPO o en una opción del plan HMO contará para el periodo de espera de 12 meses. El tiempo que esté inscrito en un seguro contra accidentes o por enfermedades críticas no se contará para el período de espera de 12 meses.

El periodo de espera de 12 meses se aplica a usted y, por separado, a cada uno de sus dependientes cubiertos que tengan al menos 14 años de edad; esto significa que cada persona cubierta debe satisfacer su propio periodo de espera de 12 meses. Todo el tiempo que haya estado inscrito en el AMP antes de cumplir los 14 años cuenta para el periodo de espera de 12 meses.

El periodo de espera de 12 meses se omite para los asociados localizados y sus dependientes cubiertos.

Si ya estaba inscrito en el AMP y la cobertura finalizó por cualquier motivo después de haber satisfecho el periodo de espera de 12 meses (por ejemplo, si dejó de trabajar y fue contratado de nuevo o si abandonó voluntariamente la cobertura), su periodo anterior de inscripción en el AMP contará para el periodo de espera de 12 meses. No obstante, si no había cumplido el periodo de espera de 12 meses antes de la finalización de la cobertura, el tiempo anterior de inscripción en el AMP no contará para el periodo de espera de 12 meses y deberá satisfacer un nuevo periodo de espera de 12 meses tras su reinscripción.

### COORDINACIÓN LIMITADA DE LOS BENEFICIOS

Por lo general, el AMP no coordina los beneficios en relación con los reclamos conforme al programa de los Centros de excelencia, excepto la coordinación con Medicare en el caso de ciertos beneficios en materia de trasplantes o según lo exija la ley.

En el caso de todos los demás servicios de los Centros de excelencia, si una parte de un beneficio de los Centros de excelencia podría haber sido pagada por otro de salud, incluido Medicare Parte A o Parte B como plan principal, el AMP no pagará el monto del reclamo.

## Walmart Health

Walmart Health consiste en centros de atención médica primaria que se encuentran en ciertas tiendas Walmart. Ofrece servicios de atención primaria minorista que incluyen visitas al consultorio, análisis de laboratorio y algunos servicios de atención preventiva para personas mayores de dos años.

Las visitas al consultorio se ofrecen a la mayoría de los asociados con cobertura a un precio con descuento de un copago de \$4, independientemente de su lugar de residencia o de trabajo. Sin embargo, si está inscrito en la opción de Plan Saver, debe pagar el precio minorista publicado al momento de utilizar un centro de atención de salud de Walmart, hasta que haya alcanzado el deducible dentro de la red, a menos que la visita a la instalación de salud de Walmart se limite a servicios preventivos. El dinero de la HSA puede utilizarse para pagar los gastos médicos calificados recibidos en un centro de atención de salud de Walmart.

Las pruebas de laboratorio y las vacunas que no están cubiertas como atención preventiva conforme al AMP, están disponibles por un cargo adicional, además del cargo por la visita.

Ciertos servicios preventivos disponibles en los centros de atención de salud de Walmart están cubiertos por todas las opciones del AMP sin costo para usted y los miembros de su familia cubiertos. Consulte la sección [Programa de atención preventiva](#) anteriormente en este capítulo.

### COBERTURA DENTRO DE LA RED PARA DETERMINADOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE WALMART

Su TPA puede establecer un contrato con un centro de atención de Walmart en particular para que sea un proveedor dentro de la red, pero no todos los centros de atención de la salud de Walmart son proveedores dentro de la red.

**Si el centro de atención de Walmart Health es un proveedor dentro de la red conforme a la opción del AMP:** El centro de atención de Walmart Health presentará reclamos ante el AMP. El copago de \$4 por la visita al consultorio (o el precio minorista publicado si está inscrito en el Plan Saver y no ha alcanzado el deducible dentro de la red) no contará para su deducible anual, pero sí para su gasto máximo en efectivo. Los cargos por otros servicios, como las pruebas de laboratorio, estarán sujetos a los términos habituales del AMP.

**Si el centro de atención de Walmart Health no es un proveedor dentro de la red conforme a la opción del AMP:** El centro de atención de Walmart Health no presentará reclamos ante el AMP. El copago de \$4 por la visita al consultorio (o el precio minorista publicado si está inscrito en el Plan Saver y no ha alcanzado el deducible dentro de la red) y cualquier cargo adicional por otros servicios, como pruebas de laboratorio, no se pueden reembolsar conforme al AMP y no se acreditarán en su deducible anual ni en el gasto máximo en efectivo.

Para saber si un centro de atención de salud de Walmart es un proveedor dentro de la red, consulte su directorio de proveedores dentro de la red o comuníquese con su administrador de terceros.

## Asistencia en el control de su salud

Además de los servicios específicos cubiertos analizados en las secciones anteriores, hay una serie de servicios que se ofrecen en el AMP que lo ayudan a poner todos los beneficios del AMP a su servicio. En la tabla que figura a continuación y en las páginas siguientes se describen estos programas y servicios. Tenga en cuenta que algunos servicios están ubicados solo en ciertas áreas o con ciertas opciones de planes, según se indica. Si está inscrito en la opción de Plan PPO totalmente asegurado, algunos de estos programas también están disponibles para usted, como se describe en el cuadro. Todos los servicios son voluntarios y están disponibles sin costo alguno para usted, a menos que se indique lo contrario.

### NAVEGAR SUS BENEFICIOS

#### HERRAMIENTAS DE COMPARACIÓN DE PRECIOS

Consulte las herramientas de comparación de precios y los directorios de proveedores que puede encontrar en el sitio web de su administrador externo para informarse sobre buenos recursos que le ayuden a gestionar los costos de cuidado de la salud:

- [aetna.com](https://www.aetna.com)
- [blueadvantagearkansas.com](https://www.blueadvantagearkansas.com)
- [UMR.com](https://www.UMR.com) o
- [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart)

Asegúrese de verificar también [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health).

**Este servicio está a su disposición, independientemente de la opción del AMP en la que esté inscrito.**

#### ASESOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Su asesor de atención de la salud es su único punto de contacto para todas las consultas. Según la naturaleza del problema, el asesor responderá sus preguntas o lo guiará para que se comunique con el lugar correcto. Llame al número de su asesor de atención de la salud que figura en su tarjeta de identificación del plan.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas, otro plan local o Plan PPO.

#### INCLUDED HEALTH: BÚSQUEDA DE PROVEEDORES Y SEGUNDAS OPINIONES

Según su lugar de trabajo y la opción del AMP, Included Health ofrece una variedad de servicios y herramientas que le permite buscar médicos y servicios médicos en línea, consultar información de calidad, obtener segundas opiniones de expertos y conocer detalles adicionales sobre los cargos de un proveedor. Puede inscribirse ingresando a [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.IncludedHealth.com/Walmart) o llamando a IncludedHealth.com al **800-941-1384**. También se puede descargar la aplicación Included Health desde App Store o Google Play. El uso de la herramienta Included Health no tiene ningún costo, pero cualquier gasto médico en el que incurra como resultado del uso de estos servicios y herramientas estará sujeto a las reglas del AMP.

**Búsqueda de proveedores:** Los participantes y dependientes mayores de 13 años inscritos en el AMP son elegibles para usar las funciones de búsqueda de proveedores de Included Health:

**Herramienta de autoservicio de Included Health:** Included Health lo pondrá en contacto con médicos y centros de atención dentro de la red altamente calificados que se adapten a sus necesidades clínicas. También podrá consultar información de calidad sobre proveedores médicos y osteópatas.

**La herramienta de autoservicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas o Plan PPO.

**Asistencia en vivo de Included Health:** Llame a Included Health al **800-941-1384** para que lo ayuden a encontrar un proveedor dentro de la red altamente calificado, a programar y a prepararse para una cita. También podrá obtener información de calidad sobre los médicos.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen todos los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas o Plan PPO, y
- Su lugar de trabajo no es el centro, el noreste o el sur de Florida, ni el área metropolitana de Chicago, ni condados selectos de Oklahoma o Texas, ni el noroeste de Arkansas, y
- UMR no es su TPA.

#### Segundas opiniones de expertos

Los participantes y dependientes inscritos en el AMP pueden ser elegibles para obtener una segunda opinión de un experto con Included Health. En determinadas circunstancias, cuando recibe un diagnóstico o le recomiendan una cirugía o un tratamiento específico, el AMP cubrirá las segundas opiniones que se proporcionen en línea a través de Included Health.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas o Plan PPO.



## NAVEGAR SUS BENEFICIOS

### **Beneficio por desplazamiento para atención (no aplicable a los beneficios del programa de los Centros de excelencia)**

En algunos casos, el AMP puede consultar con Included Health para determinar si tiene derecho a un beneficio por desplazamiento para atención en los que se requieren visitas en persona. Puede tener derecho al beneficio si reside a más de 100 millas de un proveedor calificado para prestar los servicios cubiertos o si reside en un estado donde un proveedor calificado tiene prohibido prestar el servicio cubierto y reside a más de 100 millas de un proveedor que Included Health ha determinado que está calificado y legalmente autorizado para prestar los servicios cubiertos. Si es elegible, el AMP pagará los gastos de viaje cubiertos para trasladarse al proveedor designado por Included Health. Los beneficios de viaje pueden incluir el billete de avión, el millaje, el alojamiento y un viático diario para la comida y otros gastos, tanto para usted como para el cuidador. Algunos beneficios de viaje se consideran ganancias imponibles y se reflejarán en el formulario W-2 del asociado inscrito. Los beneficios de viaje están sujetos a los límites aplicables del IRS y del AMP.

El beneficio de viaje solamente está disponible para la atención médica o de salud mental, según lo determine Included Health. No incluye lo siguiente, pero esta no es una lista exhaustiva:

- Servicios que no están cubiertos por el AMP
- Servicios cubiertos por el programa de los Centros de excelencia
- Atención rutinaria, incluida la atención primaria rutinaria
- Servicio de audiología para obtener audífonos/dispositivos
- Ensayos clínicos que no están obligados a ser cubiertos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)
- Servicios dentales
- Atención en centros de cuidados paliativos
- Servicios de atención preventiva
- Podología para fines de plantillas, juanetes, etc.
- Cirugía reconstructiva (no relacionada con el cáncer de mama)
- Servicios de la visión relacionados con los controles rutinarios de la visión

Included Health debe aprobar previamente los beneficios de viaje para la atención. Si Included Health determina que usted es elegible para el beneficio de viaje, Included Health designará al proveedor calificado que esté más cerca de su residencia y, a su solicitud, le ayudará a programar una cita con el proveedor calificado designado.

El beneficio de viaje para atención facilita un beneficio de viaje solamente para el desplazamiento al proveedor calificado designado por Included Health. Si Included Health da aprobación previa para el viaje, tal aprobación previa se aplica únicamente a los gastos de viaje que pague el AMP en virtud de este beneficio. No se aplica a los servicios que pueda recibir del proveedor calificado designado en el destino del viaje, los cuales están sujetos a todos los términos y condiciones de cobertura aplicables del AMP, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Si opta por no viajar al proveedor calificado designado para recibir los servicios, o si Included Health no da aprobación previa para el viaje, el AMP no pagará los gastos de viaje, incluso si se hubieran proporcionado al recibir aprobación previa.

Si se concede aprobación previa para los beneficios de viaje, HealthSCOPE Benefits debe organizarlos previamente.

Ni Included Health ni el AMP pueden garantizar que el proveedor designado en el destino del viaje acepte facilitar los servicios cubiertos, y ni Included Health ni el AMP son responsables de las decisiones sobre los servicios que usted pueda recibir del proveedor calificado designado. Las decisiones sobre la atención médica del proveedor calificado designado son entre usted y tal proveedor.

Si desea confirmar su derecho a los beneficios de viaje, llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. Included Health determinará si tiene derecho al beneficio de viaje. Si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad de Included Health, puede presentar un reclamo de beneficios previo al servicio. Consulte [Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención](#) al final de este capítulo para más información.

#### **Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local de Mercy Arkansas o Banner.

#### **Defensa de reclamos**

El equipo de atención de Included Health puede ayudarle con los temas financieros de los reclamos médicos. Los expertos especializados en reclamos pueden responder las preguntas que tenga sobre facturas médicas o explicaciones de beneficios, organizar la documentación relacionada con el seguro, auditar los costos del proveedor y del hospital, abogar en su nombre para resolver los errores de facturación y negociar con los proveedores y las compañías de seguro, según sea necesario, con respecto a los rechazos de reclamos.

#### **Este servicio está disponible para usted si se cumplen todos los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, y
- Su lugar de trabajo no es el centro, el noreste o el sur de Florida, ni el área metropolitana de Chicago, ni condados selectos de Oklahoma o Texas, ni el noroeste de Arkansas, y
- UMR no es su TPA.

## NAVEGAR SUS BENEFICIOS

### SALUD PARA TODOS

Included Health le brindará asistencia para encontrar proveedores de atención médica que reconozcan a la comunidad LGBTQ+ y negra o afroamericana dentro de la red. También recibirá servicios de defensa y apoyo para ayudarlo con preguntas familiares, sociales y laborales relacionadas con ser parte de la comunidad LGBTQ+. Puede inscribirse en [IncludedHealth.com/Walmart](https://IncludedHealth.com/Walmart) o por teléfono al **800-941-1384**.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas o Plan PPO.

### ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Si está inscrito en un plan que ofrece el AMP, puede acceder al beneficio de los servicios de administración de atención voluntaria, incluido un equipo médico personal. La administración de la atención aporta coherencia en toda la gama de atención y servicios que se le proporcionan en virtud del AMP. La administración de la atención tiene como objetivo observar al individuo en su totalidad en vez de analizar solo los síntomas o las afecciones que se diagnostican por separado. Esto puede dar como resultado una atención de mayor calidad, mejoras en la experiencia con los proveedores, así como también una posible disminución de los gastos médicos en efectivo.

Entre algunas de las circunstancias en las que un administrador de la atención puede trabajar con usted, se incluyen las siguientes:

- Está enfermo o lesionado y hospitalizado
- Tiene una cirugía programada
- Descubre que tiene una enfermedad crónica o viene enfrentando una enfermedad crónica en curso
- Tiene un trastorno relativo a la salud mental o al abuso de sustancias
- Le indican varios medicamentos recetados con posibles interacciones.
- Simplemente tiene una pregunta sobre su salud
- Vuelve del hospital y necesita ayuda para entender el plan de alta, o
- Está participando en el programa de maternidad Vida con Bebé o un programa de maternidad similar que ofrecen ciertas opciones de planes locales.

Su administrador de atención, junto con el equipo médico, puede aprobar determinados servicios médicamente necesarios que de otro modo no están cubiertos por el AMP ya que exceden un límite en cuanto al tratamiento (es decir, cantidad de días o consultas). Las reglas del AMP con respecto a los deducibles anuales y el coseguro se continuarán aplicando a cualquier beneficio adicional que apruebe el programa de administración de la atención. Los servicios también deben ser médicamente necesarios.

Su equipo médico también puede ayudarlo con los costos médicos en los que puede incurrir por los servicios “involuntarios” fuera de la red. Estos son costos en los que incurre cuando no puede controlar su elección de proveedor (por ejemplo, si se somete a una cirugía en un hospital de la red, pero la anestesia se la administra un anesestesiólogo que no es un proveedor dentro la red) o cuando tiene una base razonable para creer que el proveedor es un proveedor de la red. En algunos casos, los beneficios fuera de la red pueden pagarse como beneficios dentro de la red (consulte [Cuándo se pagan beneficios de la red para servicios fuera de la red](#) más arriba en este capítulo). En otros casos, su administrador de terceros puede negociar con los proveedores que no son parte de la red antes o después del beneficio de los servicios para reducir los cargos facturados de los que usted es responsable en virtud del beneficio fuera de la red del AMP. No se garantiza que se produzca una reducción de sus costos fuera de la red.

Si se comunica con el asesor de atención de la salud o asistente personal de salud, según la naturaleza de su pregunta, es posible que lo deriven a su administrador de atención. En otras ocasiones, es posible que el administrador de atención se comunique con usted, por ejemplo, para invitarlo a participar en el programa de control de la salud o para ayudarlo a encontrar ciertos recursos y servicios en su comunidad.

Para comunicarse con su administrador de atención, llame a su asesor de atención de la salud o asistente personal de salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. La participación en el programa es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local o Plan PPO.

### ATENCIÓN PRIMARIA VIRTUAL

Además de usar Doctor On Demand de Included Health para telesalud por video a fin de recibir atención de urgencia y servicios de salud mental, también puede utilizar Doctor On Demand para atención primaria virtual. Puede obtener ayuda con sus necesidades de salud cotidianas o problemas de salud graves en curso por parte de un médico de atención primaria virtual que puede derivarlo a especialistas clínicos cuando sea necesario. Si su proveedor de atención primaria virtual ordena análisis, puede realizar algunos de ellos desde la comodidad de su hogar a través de Quest Diagnostics. No es posible hacer todos los análisis en casa, y se aplican todas las condiciones de cobertura habituales del AMP. Visite Doctor On Demand en línea en [DoctorOnDemand.com/WalmartCare](https://DoctorOnDemand.com/WalmartCare) o llame al **800-941-1384**.

**Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local de Mercy Arkansas o Banner. A partir del 14 de octubre de 2023, el beneficio de Atención primaria virtual está disponible para los afiliados de todos los estados excepto Hawái.

## NAVEGAR SUS BENEFICIOS

### PROGRAMA QUIT TOBACCO PARA DEJAR EL TABACO

De acuerdo con los Institutos Nacionales de Salud, el consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad que se pueden prevenir y de muerte en los Estados Unidos. Con el fin de ayudarlo a abandonar este hábito, el AMP ofrece el programa gratuito Quit Tobacco para usted y los miembros de su familia con cobertura que sean mayores de 18 años.

Al inscribirse en el programa, es posible que exista una variedad de servicios disponibles, entre los que se incluyen:

- Apoyo diario mediante mensajes de texto para ayudarlo a dejar de fumar, mascar tabaco o consumir vape
- Un entrenador personal de salud le ayudará por mensaje de texto mientras deja de fumar
- Apoyo en el momento en caso de antojos, deslices y recaídas
- Parches, chicles o pastillas de nicotina, sin costo alguno para usted, enviados directamente a su domicilio (a veces, estos medicamentos de venta libre se denominan "terapia de sustitución de nicotina" o "TSN")

Para inscribirse en un programa para dejar de fumar llame a Kick Buts al **855-955-1905**. Obtenga más información sobre el programa Quit Tobacco en [One.Walmart.com/QuitTobacco](https://www.walmart.com/QuitTobacco).

**Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local o Plan PPO.

### PROGRAMA DE MATERNIDAD VIDA CON BEBÉ

El programa Vida con bebé es un programa exclusivo de atención prenatal que se ofrece sin costo para usted, su cónyuge o pareja cubierta y otros miembros de su familia cubiertos. Puede acceder a este programa si está inscrita en las opciones de AMP que se enumeran a continuación que ofrecen programas de maternidad similares para sus participantes. (Comuníquese con su asesor de atención de la salud o asistente personal de salud para obtener más información).

Si está formando una familia, uniéndose a una o simplemente considerándolo, el programa de maternidad Vida con bebé la puede ayudar a tener un embarazo favorable. Se brinda asistencia durante la preconcepción, el embarazo, el parto (incluidas tres consultas para apoyo a la lactancia) y educación sobre el desarrollo del niño. Para inscribirse, llame a su asesor de atención de la salud al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan. Una vez que se inscriba, tendrá la oportunidad de hablar en forma confidencial con un/a enfermero/a personal registrado/a antes, durante y después del embarazo. La participación en el programa es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

**Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción del Plan Banner Local o Plan PPO.

#### Programas adicionales

Está inscrito en Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver o Plan Banner, también tiene acceso a:

- Aplicaciones de embarazo y crianza a través de Ovia Health

Está inscrito en Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver o en la opción de plan local de Mercy Arkansas o Banner, también tiene acceso a:

- Una tarjeta de pago digital emitida por IQPay para comprar suministros de lactancia, incluido un extractor de leche, bolsas de almacenamiento, etc., en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o en una tienda Walmart.
- Los servicios de Doula son a nivel nacional, excepto en Hawai. Para obtener detalles, consulte [Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP](#) más adelante en este capítulo.

La participación en estos programas es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

### PROGRAMA PARA REDIRECCIONAR MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Si usted recibe medicamentos de especialidad mediante una inyección o infusión, este programa opcional apoya la transición de los servicios en un entorno hospitalario a lugares de atención alternativos, como el consultorio de un médico, una sala de infusión o su hogar. Los médicos del programa evalúan los lugares de infusión adecuados, a partir de un análisis minucioso de cada caso, y le sugieren lugares de atención alternativos. Para obtener información adicional, llame a OptumRx al **844-705-7493** o a su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

**Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en una opción de plan local.

### AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

Como parte de myAgileLife, tendrá acceso a copagos más bajos para ciertos medicamentos relacionados con la diabetes si se inscribe en el programa de autocuidado de la diabetes. Este es un programa voluntario en el que los incentivos se basan en la participación en los programas de myAgileLife y no en el logro de un estado de salud.

El programa presenta un plan de estudio de asesoramiento basado en mensajes de texto diseñado para ayudarlo a desarrollar conductas que apoyen los objetivos y resultados de salud establecidos (es decir, el cumplimiento de la toma de medicamentos, la dieta, la actividad física, el autocontrol y el compromiso/interacción del proveedor como parte de un régimen efectivo de autocontrol de la diabetes para reducir la A1C, mejorar la calidad de vida y evitar el uso innecesario de los servicios de atención médica).

Para continuar en el programa, debe cumplir con los requisitos del listado y de abastecimiento que especifique el AMP, cuando corresponda, y permanecer activo en el programa de acuerdo con los términos establecidos.

Para inscribirse u obtener más información, llame a myAgileLife al **855-955-1905**.

**Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:**

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, Banner o la opción de plan local de Mercy Arkansas o Plan PPO.

## NAVEGAR SUS BENEFICIOS

### ATENCIÓN DE LA SALUD EMOCIONAL Y MENTAL

Tendrá el beneficio de los servicios voluntarios de administración de la atención a través de AiRCare, además de los otros recursos de administración de la atención que se describen en esta sección. El objetivo de todos los recursos de administración de la atención médica que están a su disposición en el marco del AMP es promover coherencia en toda la gama de atención y servicios que se le proporcionan, y tratarlo como una persona en su totalidad.

AiRCare es una compañía de servicios clínicos que ofrece un enfoque clínico integral basado en datos para tratar afecciones de salud emocional y mental. AiRCare analiza los datos del Plan para identificar a los participantes en el AMP que podrían beneficiarse del apoyo de la salud emocional y mental. Luego, los médicos autorizados de AiRCare se comunican de manera proactiva con esos participantes para ofrecerles apoyo y asesoramiento, y los conectan con otros beneficios del Plan, incluidos los servicios de salud mental, y con recursos comunitarios para mejorar la atención, si corresponde.

Usted no tiene la obligación de utilizar los servicios de AiRCare ni de contratar a ningún médico clínico autorizado de esta compañía que se comunique directamente con usted. Este recurso de gestión de atención médica es voluntario.

#### Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:

- Su lugar de trabajo se encuentra en Alabama, Arkansas, Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Luisiana, Misisipi, Misuri, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Carolina del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Virginia o Virginia Occidental; y
- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en una opción de plan local.

### FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE OMADA PARA LA SALUD DE LOS MÚSCULOS Y LAS ARTICULACIONES

Tiene acceso a Omada para cuidar la salud muscular y articular, un enfoque basado en aplicaciones para la fisioterapia. Ya sea que desee prevenir una lesión, recuperarse de una o controlar el dolor, Omada brinda atención personalizada, kits de ejercicio e incluye consultas ilimitadas por chat y video, lo que le facilita el cumplimiento de su plan de atención. Omada está sujeta a su deducible y a cualquier copago o coseguro. Únase hoy mismo visitando [OmadaHealth.com/Walmart](https://www.OmadaHealth.com/Walmart).

#### Usted es elegible para este programa si cumple los siguientes requisitos:

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local de Mercy Arkansas o Banner. A partir del 14 de octubre de 2023, este beneficio está a disposición de los afiliados de todos los estados excepto por Hawái.

### ATENCIÓN DE LA SALUD DIGESTIVA A TRAVÉS DE GIThrive

Tiene acceso a GIThrive, un programa basado en una aplicación en el cual colabora un equipo de atención para el cuidado gastrointestinal. GIThrive ofrece un programa personalizado de salud digital para aliviar las afecciones digestivas y mejorar la salud intestinal. El programa de GIThrive puede ayudar a aliviar una amplia variedad de síntomas relacionados con la salud digestiva, sin costo alguno para usted. GIThrive incluye citas ilimitadas con un nutricionista profesional y un asesor de salud, planes de acción personalizados, una prueba casera de microbioma intestinal y métodos probados para manejar el estrés y la ansiedad que afectan su salud intestinal. Descargue la aplicación en [GIThrive.com/Walmart](https://www.GIthrive.com/Walmart).

#### Usted es elegible para este servicio si cumple los siguientes requisitos:

- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en la opción de plan local de Mercy Arkansas o Banner. A partir del 14 de octubre de 2023, este beneficio está a disposición de los afiliados de todos los estados excepto por Hawái.

## Programa de atención preventiva

De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), para que un servicio de atención preventiva sea elegible para obtener una cobertura del 100 %, debe estar sujeto a la recomendación de uno de los organismos responsables de mantener las pautas de atención preventiva de Estados Unidos. Muchas de estas pautas están relacionadas con el género, la edad o los factores de riesgo de una enfermedad o afección. Consulte con su administrador de terceros para obtener más información. Revise las tablas con los términos de cobertura en la sección [Opciones del AMP disponibles para usted](#) anterior en este capítulo para determinar cuándo el AMP paga el costo total de los servicios preventivos de su opción. Es posible que los servicios preventivos no se paguen al nivel de beneficio del 100 % si recibe servicios de un proveedor dentro de la red *no preferido* o de un proveedor fuera de la red, si está inscrito en una opción de AMP que tiene proveedores dentro de la red *preferidos* y *no preferidos*.

Se aplica una regla especial a los servicios preventivos que se realicen durante las visitas al consultorio. Es posible que los servicios preventivos no se paguen al 100 % del beneficio si estos se facturan por separado de una visita al consultorio o no son

la finalidad principal de una visita al consultorio. En cambio, los servicios preventivos se pagan al 100 % del beneficio cuando estos no se facturan por separado de una visita al consultorio y son la finalidad principal de una visita al consultorio. Asimismo, el AMP puede utilizar procedimientos razonables de manejo de la atención médica, según lo permita la ley, cuando deba determinar qué servicios de atención preventiva se pagan al 100 %, como por ejemplo, que solamente se cubran los medicamentos genéricos o que sea necesario tener una receta o que la atención preventiva sea realizada por un proveedor dentro de la red para estar cubierta al 100 %. Si el médico tratante cree que es médicamente necesario que estos servicios de atención preventiva o medicamentos se faciliten de alguna forma diferente, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Consulte [Proceso de excepciones de atención preventiva](#) más adelante en este capítulo.

Los servicios cubiertos son aquellos que se enumeran en las siguientes páginas. Consulte con su administrador de terceros para obtener información sobre los servicios preventivos que no figuran aquí. Para obtener la lista más actualizada de servicios preventivos cubiertos, ingrese a [One.Walmart.com/Health](https://www.One.Walmart.com/Health) o comuníquese con su administrador de terceros al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

## SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA ADULTOS

- Un único examen de detección de **aneurisma aórtico abdominal** para hombres de edades específicas que hayan fumado alguna vez
- Asesoramiento y exámenes para **detección de consumo excesivo de alcohol**
- **Prueba de detección de hipertensión arterial** para adultos
- Examen para la detección de **cáncer colorrectal** para adultos mayores de 45 años
- Examen de detección de **depresión**
- Análisis de la **diabetes (tipo 2) y la prediabetes** en adultos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad, y oferta o derivación de intervenciones preventivas para aquellos pacientes que tengan prediabetes
- Asesoramiento **dietario y de actividad física** para adultos con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares
- **Ejercicios o terapia física** para adultos de 65 años de edad o más que viven en la comunidad y presentan mayores riesgos de sufrir caídas
- Prueba de detección de **hepatitis B** para personas con alto riesgo.
- Prueba de detección de **hepatitis C** para todos los adultos de 18 a 79 años
- Prueba de detección de **VIH** para los adultos con mayores riesgos
- **Vacunas** para adultos las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían:
  - COVID-19
  - Haemophilus Influenzae tipo B
  - Hepatitis A
  - Hepatitis B
  - Herpes Zóster
  - Virus del papiloma humano
  - Gripe (vacunación contra la gripe)
  - Sarampión, papera, rubéola
  - Enfermedad meningocócica
  - Enfermedad neumocócica
  - Virus respiratorio sincitial (VRS)
  - Tétanos, difteria, tos ferina
  - Varicela
 Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación en: [cdc.gov/vaccines/schedules](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules).
- Prueba de detección de **infección de tuberculosis latente (LTBI)** en personas de alto riesgo
- Prueba de detección de **cáncer de pulmón** para ciertos adultos de entre 50 y 80 años con antecedentes de tabaquismo
- Prueba de detección de **obesidad** y asesoramiento para todos los adultos
- **Profilaxis preexposición (PrEP)** con una terapia antirretroviral eficaz para las personas que corren un alto riesgo de contraer VIH
- Asesoramiento para la prevención de **infecciones de transmisión sexual (ITS)** para adultos con mayor riesgo de infección
- Asesoramiento en **cáncer de piel** para adultos jóvenes hasta los 24 años

- **Estatina** para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos de 40 a 75 años que presenten uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y un riesgo estimado a 10 años de sufrir un acontecimiento cardiovascular igual o superior al 10 % (requiere receta médica). Consulte **Beneficio de farmacia** para obtener más información.
- Prueba de detección de **sífilis** para todos los adultos con mayores riesgos
- Prueba de detección de consumo de **tabaco** para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para fumadores
- Prueba de detección de **consumo de drogas nocivas** (es decir, mediante preguntas) para adultos mayores de 18 años

## SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA MUJERES, INCLUIDAS EMBARAZADAS

- Pruebas de detección de **ansiedad** en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las que están embarazadas o atravesando el período de posparto.
- **Aspirina (dosis baja)** para mujeres con 12 semanas de gestación y que presenten alto riesgo de padecer preeclampsia (se requiere receta médica). Consulte **Beneficio de farmacia** para obtener más información.
- Prueba de detección de **bacteriuria** en el tracto urinario y otras infecciones para mujeres embarazadas
- Asesoramiento sobre pruebas genéticas para el análisis de **BRCA** para mujeres con mayores riesgos y, de indicarse después del asesoramiento, pruebas para el análisis de BRCA
- Asesoramiento sobre **quimioprevención de cáncer de mama** para mujeres con mayor riesgo
- **Mamografía para la detección de cáncer de mama** cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años
- **Medicamentos recetados para reducir el riesgo de cáncer de mama** (tal como tamoxifén, raloxifeno o inhibidores de la aromatasas) para determinadas mujeres que corren mayor riesgo de padecer cáncer de mama
- Apoyo integral para **lactancia** y tres visitas de asesoramiento de proveedores capacitados, así como también acceso a insumos para la lactancia, para mujeres embarazadas o que están amamantando. Consulte con su administrador de la red subcontratado (TPA) para obtener información sobre cómo obtener un extractor de leche.
- Prueba de detección del **cáncer de cuello uterino** para mujeres de entre 21 y 65 años.
- Examen para la detección de **infección por clamidia** para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
- Métodos **anticonceptivos** asesoramiento y educación para pacientes, procedimientos de esterilización y métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, sin incluir medicamentos abortivos. Consulte la sección **Beneficio de farmacia** para obtener información sobre métodos anticonceptivos.
- Pruebas de **diabetes** para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que no estén actualmente embarazadas y que no hayan recibido previamente un diagnóstico de diabetes tipo 2
- Prueba de detección y asesoramiento para la **violencia doméstica e interpersonal** para todas las mujeres y, según corresponda, servicios de intervención inicial
- Suplementos de **ácido fólico** para mujeres que pueden llegar a quedar embarazadas (se requiere receta médica). Consulte **Beneficio de farmacia** para obtener más información.

- Examen de detección de **diabetes gestacional** para mujeres con embarazos de 24 a 28 semanas y aquellas con alto riesgo de padecer diabetes gestacional
- Examen de detección de **gonorrea** para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
- Asesoramiento sobre **peso saludable y aumento de peso** para mujeres embarazadas
- Examen para la detección de **Hepatitis B** para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
- Prueba de detección y asesoramiento sobre el **Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**
- Pruebas de detección de **depresión materna** para madres en ciertas consultas de control de niños sanos
- Asesoramiento para la **prevención de la obesidad** en mujeres de 40 a 60 años que tengan un índice de masa corporal normal o con sobrepeso
- Examen de detección de **osteoporosis** para mujeres mayores de 65 años y mujeres posmenopáusicas más jóvenes según los factores de riesgo
- Intervenciones de asesoramiento sobre la **depresión perinatal** o derivaciones para mujeres embarazadas y que estén atravesando el período posparto, que corran un mayor riesgo de padecer depresión perinatal
- Examen de detección de **pre eclampsia** para mujeres embarazadas que presentan presión arterial alta durante el embarazo.
- Examen para la detección de **incompatibilidad de Rh** para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento para prevenir **infecciones de transmisión sexual (ITS)** para mujeres sexualmente activas
- Examen de detección de **sífilis** para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
- Exámenes de detección de **consumo de tabaco** e intervenciones para todas las mujeres, y asesoramiento ampliado para fumadoras embarazadas
- Examen anual de detección de **incontinencia urinaria** y derivación para evaluación y tratamiento adicionales si se indica
- **Visitas para mujeres sanas** para obtener servicios preventivos recomendados para mujeres

## SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA NIÑOS

- Prueba de detección de **anemia** para niños de 12 meses
- Evaluación de **ansiedad** en niños y adolescentes de 8 a 18 años
- Examen para la detección de **autismo** para niños de entre 18 y 24 meses
- **Análisis conductual/social/emocional** para niños de todas las edades
- Prueba de detección de la **bilirrubina** para recién nacidos
- Examen para la detección de **presión arterial** para niños de todas las edades
- **Análisis de sangre** para recién nacidos
- Examen de detección de **displasia cervical** para mujeres sexualmente activas
- Examen para la detección de **hipotiroidismo congénito** para recién nacidos
- **Prueba de detección de insuficiencias cardíacas congénitas críticas** para recién nacidos
- **Análisis de la depresión y del riesgo de suicidio** en adolescentes
- Examen para detección de trastornos del **desarrollo** para niños menores de 3 años y seguimiento durante la niñez
- Prueba de detección de **dislipidemia** para niños con alto riesgo de trastornos de lípidos
- **Suplementos de fluoruro para quimioprevención** en niños sin fluoruro en el suministro de agua y barniz de fluoruro para los dientes de leche en todos los bebés y niños (se requiere receta médica)
- Medicamentos oftalmológicos para la prevención de la **gonorrea** para todos los recién nacidos
- Examen de la **audición** para todos los niños
- Mediciones de **altura, peso, longitud, circunferencia del cráneo, peso por longitud e índice de masa corporal** para niños
- Examen de células falciformes o **hemoglobinopatías** para recién nacidos
- Prueba de detección de **hepatitis B** para adolescentes con alto riesgo
- Prueba de detección de **VIH** para adolescentes
- **Vacunas** para niños recién nacidos hasta los 18 años de edad; las dosis, las edades, y poblaciones recomendadas varían:
  - COVID-19
  - Dengue
  - Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP y Tdap)
  - Haemophilus Influenzae tipo B
  - Hepatitis A
  - Hepatitis B
  - Virus del papiloma humano
  - Poliovirus inactivo
  - Gripe (vacunación contra la gripe)
  - Sarampión, papera, rubéola
  - Enfermedad meningocócica
  - Enfermedad neumocócica
  - Rotavirus
  - Varicela
- Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación en: [cdc.gov/vaccines/schedules](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules).
- Examen de detección de **plomo** para niños con riesgo de exposición
- **Historia clínica** para todos los niños durante el período de desarrollo
- Asesoramiento y examen para la detección de **obesidad**
- Evaluaciones de riesgo para la **salud bucal** para niños pequeños (recién nacidos hasta 10 años)
- Examen para la detección de **fenilcetonuria (PKU)** para este desorden genético en recién nacidos
- **Examen físico** para niños de todas las edades
- Exámenes y asesoramiento para la prevención de **infecciones de transmisión sexual (ITS)** para adolescentes con alto riesgo de infección
- Asesoramiento sobre **cáncer de piel** para adultos jóvenes de hasta 24 años y padres de niños pequeños
- Análisis de **detección de paro cardíaco súbito y la muerte súbita** en adolescentes

- **Evaluación sobre el consumo de tabaco, alcohol o drogas** para adolescentes que presentan mayor riesgo
- Intervenciones contra el **consumo de tabaco** en niños y adolescentes que se encuentran en edad escolar que no han comenzado a consumir tabaco
- Prueba de **tuberculina** para niños con alto riesgo de tuberculosis.
- Examen de la **visión** para todos los niños.

## PROGRAMA DE VACUNA CONTRA LA GRIPE

La vacunación anual contra la gripe es un servicio preventivo y está cubierto de acuerdo con los términos detallados en esta sección que describe [Programa de atención preventiva](#). La vacuna también se puede administrar en las farmacias de Walmart y de Sam's Club participantes.

## PROGRAMA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

La vacunación anual contra COVID-19 es un servicio preventivo y está cubierto de acuerdo con los términos detallados en esta sección que describe [Programa de atención preventiva](#). La vacuna también se puede administrar en las farmacias de Walmart y de Sam's Club participantes.

## PROCESO DE EXCEPCIONES DE ATENCIÓN PREVENTIVA

El AMP puede utilizar procedimientos razonables de manejo de la atención médica, según lo permita la ley, cuando deba determinar qué servicios de atención preventiva se pagan al 100 %, como por ejemplo, que solamente se cubran los medicamentos genéricos o que sea necesario tener una receta o que la atención preventiva sea realizada por un proveedor dentro de la red para estar cubierta al 100 %. Si el médico tratante cree que es médicamente necesario que estos servicios de atención preventiva o medicamentos se faciliten de alguna forma diferente, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Para los servicios de atención preventiva que se indicaron anteriormente, usted o el médico tratante deben solicitar una excepción al TPA que se lista en su tarjeta de identificación del plan. Su TPA puede pedir a su médico que responda preguntas sobre las razones por las cuales se necesita médicamente una excepción. Si desea solicitar una excepción relacionada con los medicamentos de atención preventiva o los anticonceptivos, consulte [Proceso de excepciones de atención preventiva](#) en el capítulo [Beneficio de farmacia](#).

## Salud mental y trastornos por abuso de sustancias

Sujeto a otros términos del AMP, el plan incluye una cobertura para servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias de la misma forma que otros beneficios médicos y de hospitalización, incluida la atención en instituciones de salud mental. Un centro de salud mental es aquel que brinda:

- Atención a pacientes hospitalizados las 24 horas
- Tratamiento residencial
- Hospitalización parcial o atención para pacientes ambulatorios que requiere un servicio de seis a ocho horas por día, de cinco a siete días por semana o
- Atención intensiva para pacientes ambulatorios que requiere de dos a cuatro horas por día, de tres a cinco días por semana.

## Qué está cubierto por el AMP

El AMP paga los beneficios para los servicios cubiertos, que incluyen cargos por procedimientos, servicios, equipos, e insumos que cumplan con los siguientes requisitos:

- No exceden el cargo máximo permitido por AMP
- Médicamente necesario (a menos que se indique lo contrario)
- No estén excluidos conforme al AMP (consulte la sección [Qué no está cubierto por el AMP](#) que aparece más adelante en este capítulo) y
- No superen los límites del AMP.

## CARGO MÁXIMO PERMITIDO

El término "cargo máximo permitido" (MAC) se refiere al monto máximo que el AMP cubrirá o pagará por cualquier servicio de atención de la salud, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, insumos o beneficios cubiertos por el AMP. El MAC se aplica tanto a los servicios que brindan los proveedores dentro de la red como los que brindan los proveedores fuera de la red.

En el caso de los servicios dentro de la red cubiertos, el MAC consiste en la parte de los cargos de un proveedor que cubre el AMP, según lo establece el contrato del proveedor con el TPA. En el caso de BlueAdvantage Administrators of Arkansas, esto incluye contratos con una compañía autorizada, independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

De vez en cuando, y a pesar de cualquier otra disposición del AMP que establezca lo contrario, el AMP puede celebrar un acuerdo con un proveedor fuera de la red (de manera directa o indirecta a través de un TPA o directamente con otro tercero) en el que se establezca la tasa que el AMP pagará por un servicio o suministro. En estos casos, el MAC será el monto establecido en el acuerdo con el proveedor fuera de la red, sujeto a los términos y condiciones aplicables del AMP y a las reglas aplicables a los proveedores secundarios fuera de la red, tal y como se comenta a continuación.

En el caso de los servicios de emergencia y ciertos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red en centros de atención dentro de la red, el MAC se determinará según la ley aplicable, que puede incluir el arbitraje con un proveedor. Usted no será responsable de ningún costo adicional, a menos que su proveedor siga el proceso de notificación y consentimiento (si corresponde) y usted otorgue su consentimiento por escrito para que el proveedor le facture. No está obligado a dar su consentimiento para que le facturen.

Para los servicios cubiertos fuera de la red, el MAC se determina a través de cada TPA, tal como se describe en la siguiente página. En algunos casos, es posible que se paguen beneficios dentro de la red por servicios fuera de la red, como se describe anteriormente en este capítulo en la sección [Cuándo se pagan beneficios de la red para servicios fuera de la red](#). No obstante, consulte el análisis de los servicios secundarios fuera de la red en la página siguiente.

**Aetna:** El MAC representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare para servicios voluntarios fuera de la red. Para los servicios no voluntarios fuera de la red, el MAC también representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare salvo que el proveedor esté en el programa National Advantage Program (NAP) de Aetna. Los cargos de proveedor de NAP se abonan con descuento. En los casos en que un cargo máximo

permitido de Medicare no sea publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para un servicio específico, Aetna usa una metodología de intervalo para calcular al MAC que se basa en el cargo máximo permitido de Medicare. La tasa permitida de Medicare se basa en el área geográfica en la que se presta el servicio.

**BlueAdvantage Administrators of Arkansas:** El método que se usa para establecer el MAC para los servicios cubiertos fuera de la red depende de si el servicio se prestó a través de un proveedor de atención médica individual (p. ej., un médico), un servicio de ambulancia terrestre o aérea, o bien un hospital o centro de atención. En el caso de los proveedores individuales y de los servicios de traslado en ambulancia terrestre o aérea, el MAC representa el 125 % del monto que permite Medicare para dichos servicios en la fecha en la que se administran. Si no existe un monto de Medicare, el MAC es el 70 % de los gastos facturados. En el caso de los servicios de hospitales y centros de atención de la salud o para cualquier otro beneficio cubierto (por ejemplo, medicamentos, dispositivos médicos, productos o implantes, equipos o insumos), el MAC para servicios cubiertos fuera de la red se limita al gasto permitido que establece BlueAdvantage Administrators of Arkansas a su criterio. Si BlueAdvantage Administrators of Arkansas no cuenta con un método propio o punto de referencia en un caso determinado, el MAC para los servicios cubiertos fuera de la red se limita al precio o al gasto permitido que ofrece Blue Cross y Blue Shield Plan en el estado donde se brindan los servicios.

Para los servicios cubiertos fuera de la red, el AMP pagará el MAC menor o los cargos facturados reales del proveedor. Si los cargos facturados del proveedor superan el MAC del AMP, usted será responsable de pagar la diferencia.

**UMR (Plan local Mercy Arkansas):** En el caso de los planes locales administrados por UMR, no existen beneficios para los servicios fuera de la red que los participantes soliciten de manera voluntaria. En el caso de servicios fuera de la red que se proveen de emergencia o involuntarios aprobados, el MAC es el 125 % del cargo máximo permitido por Medicare para los servicios voluntarios y no voluntarios fuera de la red, a menos que el servicio fuera de la red sea involuntario y el proveedor participe en el Programa de ahorros compartidos (SSP) de UMR. Los cargos del proveedor de SSP se abonan con un descuento. En los casos en que un cargo máximo permitido de Medicare no sea publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para un servicio específico, UMR usa una metodología de intervalo para calcular el MAC.

**UMR (opciones Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver):** El MAC es el 125 % del cargo máximo permitido por Medicare para los servicios voluntarios y no voluntarios fuera de la red, a menos que el servicio fuera de la red sea involuntario y el proveedor participe en el Programa de ahorros compartidos (SSP) de UMR. Los cargos del proveedor de SSP se abonan con un descuento. En los casos en que un cargo máximo permitido de Medicare no sea publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para un servicio específico, UMR usa una metodología de intervalo para calcular el MAC.

## FUERA DE LA RED, SECUNDARIO



En el caso de los proveedores que no pertenezcan a la red, el AMP generalmente reembolsará el monto facturado hasta el cargo máximo permitido por el AMP (sujeto a la participación en los gastos aplicable). **El proveedor fuera de la red puede facturarle cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido por el AMP.** No obstante, como se describe a continuación, si un proveedor ajeno a la red tiene un contrato con el AMP (o con un tercero que actúe en nombre del AMP), el AMP reembolsará el monto negociado entre las partes, a menos que exceda el cargo máximo permitido por el TPA (sujeto a la participación en los gastos aplicable). Debe tener en cuenta ciertas excepciones para los servicios de ambulancia aérea/de emergencia o los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red en un centro de atención dentro de la red, como se describe a continuación.

Si su opción del AMP proporciona cobertura fuera de la red, el AMP también puede contratar a un tercero que le proporcione acceso a montos negociados para servicios cubiertos de proveedores fuera de la red, es decir, aquellos proveedores que no pertenecen a su red principal. En los casos en que un proveedor fuera de la red haya acordado (a través de contratos con el tercero) aceptar un monto negociado por los servicios cubiertos y el AMP determine que tal monto es inferior al calculado según las condiciones del AMP aplicables de otro modo, el proveedor fuera de la red pasará a ser un proveedor secundario fuera de la red. Un proveedor fuera de la red que haya suscrito un contrato con el tercero no será considerado automáticamente proveedor secundario fuera de la red, a excepción de en los casos limitados que se detallan a continuación. El proveedor fuera de la red solamente se considerará un proveedor secundario fuera de la red si el proveedor fuera de la red ha acordado (a través de contratos con el tercero) aceptar un monto negociado por los servicios cubiertos y el AMP determina que tal monto es inferior al cargo máximo permitido fuera de la red calculado por el TPA. En la mayoría de los casos, el proveedor secundario fuera de la red es un proveedor fuera de la red para fines de determinar el beneficio que el AMP pagará al proveedor secundario fuera de la red por los servicios cubiertos. La participación del AMP en el costo de los servicios cubiertos se basará en el monto negociado o en el cargo máximo permitido del TPA, el que sea menor. Su participación en el costo de los servicios cubiertos también se determinará con base en el monto negociado o el cargo máximo permitido del TPA, el que sea menor. En los casos en que un proveedor fuera de la red pase a ser un proveedor secundario fuera de la red, el proveedor no podrá facturarle ningún monto superior al negociado. Si corresponde, consulte los directorios de proveedores para obtener más información.



La determinación de si un proveedor fuera de la red pasará a ser un proveedor secundario fuera de la red, y si el proveedor está autorizado a facturarle cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido, no se realizará hasta después de que usted haya recibido los servicios cubiertos y la reclamación se haya presentado a su TPA para que sea procesada.

Hay una excepción importante: cuando los servicios que haya recibido de un proveedor fuera de la red están cubiertos para el tratamiento de una afección médica de emergencia en un departamento de emergencias, ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red, en un centro de atención de la red sujeto a requisitos de notificación y consentimiento, que no ha obtenido su consentimiento para facturarle cantidades que excedan el cargo máximo permitido, o ciertos servicios de ambulancia aérea fuera de la red que estarían cubiertos por el AMP si los proporcionara un proveedor de servicios de ambulancia aérea dentro de la red. En esos casos muy limitados, el proveedor fuera de la red se considerará como proveedor **dentro de la red**, a pesar de que el monto negociado del proveedor fuera de la red no sea inferior al monto calculado según las condiciones AMP aplicables de otro modo, y el proveedor no podrá facturarle montos superiores al cargo máximo permitido. Para obtener información, consulte **Cargo máximo permitido** más arriba en esta sección.

## MÉDICAMENTE NECESARIO

“Médicamente necesario” (o de “necesidad médica”) significa que el TPA determinó que los procedimientos, servicios, equipos o insumos cumplen con los siguientes requisitos:

- Son adecuados para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica
- Son suministrados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección médica
- Se encuentran dentro de los estándares de la buena práctica médica en la comunidad médica organizada
- No están destinados principalmente a la comodidad del paciente ni del médico u otro proveedor del paciente, y
- Son los procedimientos, servicios, equipos o insumos más adecuados que se puedan administrar de manera segura.

“Más adecuados” significa:

- Que existe una evidencia científica válida que demuestra que los beneficios de salud esperados con el procedimiento, servicio, equipo o insumo son clínicamente significativos y producen mayor probabilidad de beneficios sin un riesgo desproporcionadamente mayor de daños o complicaciones para el participante del AMP con una afección médica particular que está siendo tratada en comparación con otras alternativas posibles,
- Se probaron formas aceptadas en términos generales que son menos invasivas y se descubrió que son ineficaces o inapropiadas para el caso, y
- En el caso de las hospitalizaciones, es necesaria la atención hospitalaria intensiva debido a la clase de servicios que está recibiendo el participante o la gravedad de la condición médica, y no se puede recibir atención segura y adecuada como paciente externo o en un entorno médico menos intensivo.

Los TPA siguen sus propias políticas internas para determinar si un procedimiento, servicio, equipo o insumo resulta médicamente necesario. Los beneficios del AMP están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en las políticas de cobertura que gestiona el TPA con respecto a la necesidad médica. Para obtener más información, comuníquese con su TPA.

## Notificación previa

Usted o su proveedor pueden comunicarse de forma voluntaria con su TPA para obtener información sobre la cobertura antes de obtener la mayoría de los servicios médicos y de salud mental al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. Si opta por notificar al TPA sobre una admisión programada en un centro médico o de salud mental, debe hacerlo con 24 horas de anticipación a la fecha de admisión. En el caso de los servicios de emergencia, los TPA deben ser notificados lo antes posible, antes de las 24 horas después de la admisión. No obstante, no es una condición de la cobertura dar aviso dentro de las 24 horas luego de la admisión.

Las respuestas del TPA a sus preguntas durante un llamado de aviso previo no garantizan el pago ni aseguran la cobertura conforme al AMP, como así tampoco ninguna declaración que realice el TPA crea un contrato, vincula al AMP ni anula ninguna condición del AMP correspondiente a su reclamo para los beneficios. El TPA no puede tomar una decisión final sobre el reclamo por teléfono ni por correo electrónico. Esto significa que todas las respuestas que se otorguen por teléfono o correo electrónico siempre quedan sujetas a futura revisión con base en los hechos particulares y en virtud de los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones por escrito del AMP.

## Autorización previa

Se requiere autorización previa para algunos servicios del Plan, de lo contrario, no estarán cubiertos. En la siguiente página, se presenta una lista de los tipos de servicios para los cuales se requiere autorización previa.

Si visita un proveedor de la red, es posible que tal proveedor deba, por contrato, obtener una autorización previa para ciertos servicios.

Si visita un proveedor fuera de la red, usted o su proveedor deben llamar a su TPA al número que figura en su tarjeta de identificación del plan para verificar si es necesario obtener una autorización previa.

Debe presentar su solicitud de autorización previa tal como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Cuando sea necesario obtener autorización previa, estos servicios se considerarán “reclamos previos al servicio”. Si se deniega un reclamo previo al servicio, puede presentar una apelación, como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Cuando no se requiera una autorización previa, es posible que usted prefiera dar aviso previo a su TPA, como se ha indicado anteriormente. Independientemente de si se necesita o no una autorización previa, todos los servicios siguen estando sujetos a los términos y condiciones de cobertura del AMP, incluido el reparto de costos y otras limitaciones aplicables. Los proveedores dentro y fuera de la red deben dar autorización previa para los siguientes servicios, según las condiciones de AMP, independientemente del TPA:



Esta lista no es exhaustiva. Para obtener una lista completa de servicios para los cuales se requiere una autorización previa, usted o su proveedor pueden llamar al TPA al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. Revise la tabla **Recursos** en la primera página de este capítulo para obtener información sobre la entidad que determina las solicitudes de autorización previa para su opción del AMP. Tenga en cuenta que los requisitos de autorización previa pueden variar dependiendo del TPA, por lo que es importante verificar la lista más reciente de su TPA en particular.

- Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes: resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.
- Servicios brindados conforme al programa de los Centros de excelencia, incluidos los siguientes:
  - Cirugía de columna
  - Reemplazo de cadera y rodilla
  - Tratamiento y servicios para la formación de familia
  - Trasplantes de hígado, riñón, corazón (que incluye los dispositivos de asistencia ventricular duraderos [VAD] y los corazones artificiales totales), pulmón (que incluye la cirugía de reducción del volumen pulmonar), páncreas, trasplantes simultáneos de riñón y páncreas, de múltiples órganos y de médula ósea y células madre (que incluye el tratamiento con células T CAR)
  - Cirugía para la pérdida de peso
- Beneficios de viaje para atención (para más información, consulte la sección **Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención** de este capítulo).

## Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP

Además de los requisitos de deducible anual y coseguro/copago, ciertos servicios están sujetos a restricciones y limitaciones específicas. Si tiene alguna duda sobre la cobertura de un servicio en particular, comuníquese con el TPA llamando al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

Las limitaciones y restricciones que se describen a continuación son adicionales a otras normas del AMP, como los deducibles, el coseguro/copago, los requisitos de la red y las exclusiones. Es posible que se considere una cobertura adicional cuando lo autorice su administrador de atención, tal como se describe en la sección **Gestión de la atención**.

Consulte también **Qué no está cubierto por el AMP**, más adelante en este capítulo.

**Ambulancia:** La cobertura de transporte en ambulancia o de traslado aéreo se limita hasta el hospital más cercano o el centro de atención para tratamientos más cercano que tenga la capacidad de administrar la atención y solo si dicho transporte es médicamente necesario en comparación con otros medios de transporte de menor costo y seguridad.

El AMP cubre el transporte en ambulancia o en ambulancia aérea cuando un director médico de un TPA recomienda el transporte a un centro de atención específico por ser médicamente necesario, con base en la condición de la persona y otros factores contribuyentes que haya citado el médico tratante, y cuando tal transporte sea médicamente necesario en comparación con otros métodos de transporte cuyo costo y seguridad sea menor.

El AMP cubre el transporte en ambulancia o en ambulancia aérea entre centros de atención de la salud si el tratamiento que se va a proporcionar en la segunda instalación es médicamente necesario y no está disponible en la instalación inicial.

El AMP cubre el transporte en ambulancia y en ambulancia aérea desde un hospital hasta instalaciones de cuidados paliativos (incluso hasta una residencia en la que se proporcionarán cuidados paliativos).

El AMP cubre el transporte en ambulancia aérea de los proveedores de servicios de ambulancia aérea fuera de la red de la misma manera que tales servicios están cubiertos para los proveedores de ambulancia aérea dentro de la red.

No se cubren los costos de traslado en ambulancia para la conveniencia exclusiva del participante, acompañante o proveedor.

**Control de la natalidad y anticonceptivos** Estos son algunos de los métodos anticonceptivos prescriptos aprobados por la FDA para mujeres y esterilización femenina cubiertos conforme a la atención preventiva para mujeres:

- Diafragmas: colocación e insumos
- Capuchón cervical: colocación e insumos
- Dispositivo intrauterino (DIU): colocación, insumos y remoción (incluido el de cobre o con progestina)
- Píldoras anticonceptivas (incluidas la píldora combinada, solo con progestina y de uso extendido/permanente)
- Parche para el control de la natalidad
- Anillo vaginal
- Inyección (por ejemplo, Depo Provera) colocada por un médico o un enfermero cada tres meses
- Método anticonceptivo implantable (por ejemplo, Implanon)

- Plan B, cuando sea recetado
- Ella, cuando sea recetado
- Esterilización femenina (incluidos el implante de esterilización quirúrgica y la cirugía)
- Esponja vaginal, cuando sea recetada
- Condones femeninos, cuando sean recetados
- Espermicida, cuando sea recetado

El AMP cubre los anticonceptivos genéricos solamente cuando sean recetados por un médico (y los de marca cuando sean médicamente necesarios). Si el médico tratante considera que un anticonceptivo de marca es médicamente necesario, usted o su médico pueden solicitar una excepción para la cobertura del medicamento de marca. Consulte [Proceso de excepciones de atención preventiva](#) en el capítulo [Beneficio de farmacia](#).

La atención y los dispositivos que no se incluyen en el beneficio de anticonceptivos son:

- Aborto, salvo lo dispuesto en [Interrupción del embarazo](#) en esta sección
- Medicamentos abortivos prescritos, incluido, por ejemplo, el RU486
- Métodos anticonceptivos de venta libre que no se recetan, incluido, pero sin limitarse al Plan B, espermicidas, condones, esponjas vaginales, termómetros basales y kits de predicción de la ovulación.

**Ensayos clínicos** Los ensayos clínicos aprobados se cubren únicamente en circunstancias excepcionales. Los costos de rutina para los pacientes que estén relacionados con la participación en las fases I a IV de los ensayos clínicos aprobados para tratar el cáncer u otras enfermedades que ponen en peligro la vida, según lo determine la TPA y lo exija la ley. Estos costos están sujetos a los deducibles y las limitaciones correspondientes del AMP y no incluyen los costos del elemento, dispositivo o servicio en investigación, elementos que se proporcionan para la recolección de datos o servicios que son incompatibles con las normas de atención establecidas.

**Servicio de doula:** El AMP cubre los servicios de doula para las mujeres embarazadas inscritas en los planes Premier, Contribution o Saver, o en las opciones locales del plan, independientemente de la necesidad médica. El beneficio tiene un límite de \$1,000 por embarazo. La cobertura no está sujeta al deducible y no se requiere coseguro ni copago. Los montos pagados por los servicios de doula no se aplican al deducible ni al gasto de desembolso máximo. La doula debe estar certificada por la National Black Doula Association o DONA International, o ser parte de la oferta del Programa de doula virtual de Kindbody. Los montos por los servicios de doula están sujetos a impuestos. El administrador del beneficio de doula es UMR.

Antes del 1 de noviembre de 2023, este beneficio solamente estaba disponible en Georgia, Illinois, Indiana y Luisiana. A partir del 1 de noviembre de 2023, el AMP cubre los servicios de doula para las mujeres embarazadas inscritas en el Plan Premier, Contribution o Saver, o en las opciones de planes locales en todo el país, excepto Hawái.

### Equipos médicos duraderos (DME)/Insumos médicos para el hogar

El DME que cumple con todos los criterios que se mencionan a continuación está cubierto, excepto lo establecido en la sección [DME no cubierto](#) a continuación.

Estas son algunas características del equipo DME:

- Se puede utilizar repetidamente
- Se utiliza principalmente por un motivo médico y no por comodidad o conveniencia
- Por lo general, no resulta útil en ausencia de una enfermedad o lesión
- Está relacionado con una afección médica y es recetado por un médico
- Es adecuado para el uso en el hogar y
- Está determinado que cumple con los criterios médicos de cobertura para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, ayudar a mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo, ayudar a que una parte dañada del cuerpo funcione dentro de los parámetros funcionales o evitar que una afección empeore.

La cobertura para insumos médicos para el hogar, tales como insumos para ostomías, para el tratamiento de heridas, insumos para traqueotomías y ortótica. Un doctor en medicina (MD) o un doctor en osteopatía (DO) deben recetar los insumos para que puedan obtener cobertura. Las medias quirúrgicas están limitadas a 12 pares por año calendario.

Para tener cobertura, un médico debe incluir un diagnóstico, el tipo de equipo necesario y el tiempo esperado de uso. Algunos ejemplos de DME son las sillas de ruedas, las camas de hospital y los andadores. Si el equipo se alquila, el beneficio total no puede exceder el precio de la compra en el momento en que comenzó el alquiler.

La reparación del DME se cubre si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El paciente es el propietario del equipo
- Las reparaciones necesarias no son consecuencia de la negligencia del paciente o el uso indebido del equipo
- El gasto que conlleva una reparación no excede el gasto de la compra de un equipo nuevo y
- La garantía no cubre el equipo.

Si el DME que posee el paciente se encuentra en reparación, se cubrirá el alquiler por hasta un mes de ese DME. El pago depende del tipo de dispositivo de reemplazo que se proporciona, pero no excederá el alquiler del equipo que está en reparación.

**DME no cubierto:** Scooters eléctricos, estimuladores implantables e invasivos para el crecimiento de los huesos (excepto en el caso de cirugías de columna), bañeras en forma de silla, asientos elevables, sillas rodantes, vaporizadores, orinales, sistema de terapia de luz ultravioleta para el hogar, equipo para bañeras de hidromasaje, bacinillas, baños portátiles de parafina, almohadillas térmicas, lámparas térmicas, compresas frías, calientes o de vapor, dispositivos para medir o registrar la presión arterial (excepto cuando se proporcionan junto con la atención primaria virtual a través de Doctor On Demand) y otros equipos o productos médicos que se consideren de investigación o que no sean médicamente necesarios.

**Tratamiento para la formación de familias:** Es posible que los servicios de fertilidad, como la FIV y la IUI, estén cubiertos por el programa Centros de excelencia. Tales servicios cubiertos están sujetos a un beneficio máximo de por vida de \$20,000 por participante individual. Para más información, consulte la sección **Centros de excelencia** de este capítulo.

**Atención podológica:** Para la atención podológica no quirúrgica en relación con el tratamiento de las siguientes afecciones, el Plan permite un total de tres visitas al proveedor por año calendario:

- Juanetes
- Callos o callosidades
- Pies planos, desequilibrados o con falta de estabilidad
- Metatarsalgia
- Dedo en martillo
- Hallux valgus/dedos en garra
- Fascitis plantar

La prescripción de los servicios debe estar a cargo de un doctor en medicina (MD), doctor en osteopatía o doctor en podología (DPM).

La atención quirúrgica de corte abierto (incluida la extracción de las raíces de las uñas) y la atención no quirúrgica a causa de una enfermedad metabólica y vascular periférica no están sujetas al límite por año calendario.

Es posible que haya cobertura para los dispositivos ortopédicos para los pies si los receta un médico calificado y se moldean a medida bajo la supervisión del médico, sujetos a un máximo de tres visitas al proveedor por año natural. Los zapatos ortopédicos recetados por un médico se limitan a dos pares de zapatos ortopédicos por año calendario.

**Tratamiento para la disforia de género:** Los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la disforia de género se incluyen dentro de la cobertura, entre los que se incluyen:

- Cirugía de reasignación de sexo, incluida la cirugía para que un hombre se convierta en mujer y viceversa
- Terapia de sustitución hormonal, incluidas las pruebas de laboratorio para controlar la terapia hormonal, y
- Visitas para psicoterapia.

La cirugía de reasignación de sexo no se considera médicamente necesaria para menores de 18 años. Los servicios de salud cosmética que no son médicamente necesarios no están cubiertos.

**Dispositivos para la audición:** Se proporciona cobertura para audífonos externos y las visitas al médico relacionadas, sujeto a las condiciones del AMP aplicables, una vez cada cinco años para los adultos y una vez cada dos años para los niños de 18 años o menos. El cambio de las baterías no está cubierto.

**Atención de enfermería en el hogar:** Se cubrirán los servicios de enfermería profesional de atención privada domiciliar si los presta un enfermero vocacional autorizado aprobado por el estado (LVN), un enfermero autorizado matriculado (LPN) o un enfermero licenciado (RN). Estos servicios no pueden ser prestados por un pariente ni una persona del mismo grupo familiar que el paciente. Los beneficios de atención de enfermería en el hogar están cubiertos hasta un máximo de 100 visitas por año calendario. Una visita comprende dos horas o menos.

**Atención en centros de cuidados paliativos:** La atención en centros de cuidados paliativos es un programa integrado que brinda comodidad y servicios de apoyo a los enfermos terminales. La atención en centros de cuidados paliativos está cubierta para los participantes que tiene una expectativa de vida estimada de 12 meses o menos, según lo declare el médico que trata la enfermedad. La atención en centros de cuidados paliativos puede proporcionarse a un paciente hospitalizado o externo e incluye atención física, psicológica, social, espiritual y de relevo para la persona con una enfermedad terminal así como apoyo a los familiares más cercanos, incluidas las parejas, mientras la persona recibe la atención en centros de cuidados paliativos. Los beneficios están disponibles solo cuando la atención en centros de cuidados paliativos se recibe de una agencia de cuidados paliativos con licencia, que puede ser un hospital.

La atención en centros de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y ambulatorios está cubierta hasta 365 días por enfermedad. Los participantes pueden continuar recibiendo tratamiento y participando de ensayos clínicos aprobados mientras se obtienen servicios en centros de cuidados paliativos. Es posible que haya cobertura disponible para días adicionales si se determina que es médicamente necesaria.

**Tratamiento para la infertilidad:** Los servicios para el diagnóstico y la corrección de una condición subyacente de infertilidad generalmente están cubiertos bajo los términos de AMP que de otra forma puedan ser aplicables. Algunos servicios de fertilidad, como la FIV y la IUI, pueden estar cubiertos por el programa de Centros de excelencia, sujetos a un beneficio máximo de por vida de \$20,000. Consulte la sección **Centros de excelencia** de este capítulo para obtener información sobre los servicios de fertilidad cubiertos. Consulte **Qué no está cubierto por el AMP** que aparece más adelante en este capítulo y obtenga una lista de los servicios no cubiertos para la infertilidad.

**Cobertura médica durante viajes de negocios internacionales:** Walmart proporciona un seguro médico para los viajes de negocios internacionales mediante una póliza de seguro de GeoBlue. Si participa en el Plan de Ahorro, no es elegible para realizar contribuciones a una HSA durante ningún mes en el que se encuentre viajando por negocios de la compañía fuera de los EE. UU. y cuente con cobertura conforme a la póliza de GeoBlue, la cual proporciona una cobertura de beneficio médico para los asociados que viajan por negocios al exterior. Se le recomienda consultar con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.

**Asesoramiento nutricional:** Se cubre dentro del Plan el asesoramiento nutricional para niños si es médicamente necesario debido a una enfermedad crónica (por ejemplo, PKU, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, galactosemia, etc.) o un trastorno alimenticio en el que una adaptación en la alimentación tiene una función terapéutica cuando lo receta un médico y lo ofrece un proveedor (por ejemplo, un dietista licenciado, un nutricionista licenciado u otro profesional de la salud licenciado y calificado) reconocido conforme al AMP. Los beneficios se limitan a tres consultas por afección por año para enfermedades crónicas. Consulte la sección **Programa de atención preventiva** para obtener información sobre beneficios adicionales relacionados con el asesoramiento nutricional y de obesidad para adultos y niños.

**Uso no autorizado de medicamentos inyectables para quimioterapia a pacientes con cáncer:** Estos medicamentos se cubrirán siempre que se consideren médicamente necesarios,

los recomiende uno de los siguientes tres compendios de medicamentos y no los recomiende uno o más de los mismos compendios (pertinente a la fecha de servicio):

- Información sobre medicamentos del AHFS
- Farmacología clínica; o
- La Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) (consenso), categoría 1 (la recomendación se basa en evidencia de alto nivel y hay un consenso uniforme de la NCCN), o categoría 2A (la recomendación se basa en evidencia de nivel inferior y hay un consenso uniforme de la NCCN).

Si usted o su médico no están seguros sobre cuál es la cobertura del AMP para algún tipo de medicamento recetado, verifique los detalles de la cobertura llamando al TPA de su plan médico al número que figura en la tarjeta de identificación de su plan. También puede llamar a OptumRx al **844-705-7493**.

**Uso no autorizado de medicamentos inyectables para la quimioterapia para pacientes sin cáncer:** Estos medicamentos se cubrirán siempre que se consideren médicamente necesarios y los recomiende uno de los siguientes compendios de medicamentos (pertinente a la fecha de servicio):

- Información sobre medicamentos del AHFS, o
- Farmacología clínica en línea.

El AMP no cubre ningún medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) haya determinado que su administración está contraindicada o no es recomendable. La cobertura para los medicamentos aprobados por la FDA está sujeta a los requisitos y las limitaciones correspondientes del AMP.

**Tratamiento bucal:** Los cargos por el cuidado de los dientes y las encías están cubiertos si los solicita un médico o dentista; los cuales incluyen, entre otros:

- Medicamentos con recetas
- Servicios en Departamento de Emergencia por dolor bucal
- Tratamiento de fracturas o dislocaciones de la mandíbula como resultado de una lesión accidental
- Lesión accidental de las piezas dentarias naturales hasta un año después de la fecha del accidente (no se incluyen las lesiones causadas por el acto de morder o masticar; es posible que se cubra conforme al plan dental)
- Procedimientos odontológicos que son necesarios debido a una enfermedad grave (por ejemplo, cáncer) o a un evento traumático, si el servicio odontológico sea médicamente necesario y sea inherente y parte integral del servicio cubierto por los beneficios médicos del AMP. Algunos ejemplos de servicios son, entre otros, la extracción de dientes antes o después de quimioterapia o radioterapia de cabeza y cuello. El tratamiento de tejidos bucales relacionados con la quimioterapia debe estar fundamentado con documentación que demuestre una relación directa entre las encías o el hueso destruidos y la quimioterapia.
- Procedimientos de cortes no odontológicos en la cavidad bucal
- Complicaciones médicas que son el resultado de un procedimiento odontológico

- Los gastos por servicios odontológicos realizados en un ambiente hospitalario, que incluyen cargos de centros de atención y profesionales por procedimientos generales en los que un cirujano bucal no puede suministrar anestesia general en un consultorio o por circunstancias que limitan la capacidad de un cirujano bucal de brindar servicios en un consultorio. Dichas circunstancias incluyen, entre otras, situaciones en las que la persona cubierta cumple las siguientes condiciones:
  - El niño es menor de 4 años
  - Entre 4 y 12 años, cuando se cumple alguna de estas condiciones:
    - La atención en un consultorio odontológico y los métodos comunes de modificación de la conducta no fueron exitosos; o
    - Se requiere atención prolongada (más de cuatro citas).
  - Un individuo con una de las siguientes afecciones médicas, que requiere hospitalización o anestesia general para el tratamiento odontológico:
    - Enfermedades respiratorias
    - Afecciones cardíacas
    - Trastornos de coagulación
    - Discapacidad grave (por ejemplo, parálisis cerebral, autismo, discapacidad del desarrollo)
    - Otra enfermedad grave (por ejemplo cáncer o trastorno neurológico)
    - Tracto respiratorio comprometido
  - Un individuo de cualquier edad cuya afección requiere procedimientos extensos que impiden que un cirujano bucal utilice anestesia general en el consultorio.

**Fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios:** Los cargos por fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos cuando los servicios cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios son recetados por un doctor en medicina (MD), un doctor en osteopatía o un doctor en podología (DPM), y
- Los servicios son prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional matriculado o por uno de los tipos de médicos antes mencionados.

Este beneficio es pagado hasta un máximo de 20 visitas para fisioterapia y 20 visitas para terapia ocupacional por año calendario. Las consultas adicionales pueden cubrirse en caso de que los administradores de salud lo consideren adecuado. Este máximo no se aplica a las condiciones de salud mental.

**Beneficios para embarazos:** Los gastos de embarazos se cubren de igual manera que cualquier otra afección médica. Consulte [Servicios de doula](#) anteriormente en esta sección para obtener información sobre los servicios de doula. (Los servicios prenatales elegibles se encuentran cubiertos dentro del programa de atención preventiva).

Se pagan beneficios por los gastos relacionados con embarazos de hijos dependientes. El recién nacido recibirá cobertura únicamente si es un dependiente cubierto del asociado con cobertura. Consulte [Cómo cambiar sus opciones debido a un evento de cambio de elección](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener información sobre cómo inscribir a un recién nacido en la cobertura.

**Pruebas de antígeno prostático específico (PSA):** se cubren solo cuando se llevan a cabo como parte de un diagnóstico clínico.

**Prótesis:** Los dispositivos protésicos (como las extremidades artificiales) están cubiertos si son médicamente necesarios y los receta un médico, sujeto a los términos y condiciones del AMP. Se permitirá la sustitución de prótesis solo con un cambio de receta. Un traumatólogo especialista en ortopedia matriculado debe realizar las sustituciones de miembros artificiales.

**Atención de rehabilitación:** la rehabilitación para pacientes hospitalizados o de día está cubierta hasta un máximo de 120 días por afección, si se cumplen los criterios clínicos, para los siguientes grupos clínicos:

- Accidente cerebrovascular
- Lesión de la médula espinal
- Lesión cerebral
- Enfermedad congénita
- Trastornos neurológicos
- Amputación
- Osteoartritis grave o avanzada que afecte a dos o más articulaciones que soportan el peso del cuerpo
- Artritis reumatoide o de otro tipo
- Vasculitis sistémica con inflamación de las articulaciones
- Traumatismo múltiple significativo, o
- Quemaduras

**Atención especializada:** la atención médica que se brinda habitualmente en los siguientes centros de atención se cubre si se lo admite en este nivel de atención después de una hospitalización elegible para recibir cuidados intensivos:

- Centro de atención prolongada
- Centro de atención intensiva especializada a largo plazo
- Centro de atención de casos subagudos
- Centro de enfermería especializada, o
- Centro de atención transitoria.

Los beneficios se limitan a un máximo de 60 días calendario por período de discapacidad. Los períodos sucesivos de hospitalización debidos a los mismos motivos o a causas relacionadas se consideran como un período de discapacidad, a menos que estén separados por un período de recuperación completa.

**Tratamiento ortofónico:** La terapia está limitada a 60 consultas por año calendario cuando:

- Es recetada por un doctor en medicina (MD) o un doctor en osteopatía (DO); y
- Es provista por un terapeuta de comunicación licenciado.

Puede solicitarle al médico que emite la receta informes de progreso sobre los planes de tratamiento iniciales y en curso. Para tener cobertura, el tratamiento ortofónico debe realizarse por una deficiencia residual del habla como resultado de:

- Un accidente cerebrovascular
- Una lesión en la cabeza o el cuello
- Parálisis parcial o completa de las cuerdas vocales o la laringe
- Intervención quirúrgica de cabeza o cuello, o
- Trastornos del habla congénitos y graves del desarrollo.

El límite de visitas no se aplica a las condiciones de salud mental.

**Visitas de telesalud:** A excepción de Doctor On Demand, que se paga al 100 % en la mayoría de las opciones del AMP, las demás visitas de asesoramiento de telesalud con su proveedor están cubiertas y están sujetas a los mismos términos que las visitas presenciales, incluidos el costo compartido y la cobertura según si el proveedor está dentro de la red o fuera de la red.

**Terminación del embarazo:** Los gastos por procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con la interrupción del embarazo, incluidos los servicios de aborto, no están cubiertos, excepto cuando la ley lo permita: 1) cuando el médico que atiende a la mujer determina que su salud estaría en peligro si el feto llegara a término, el feto no podría sobrevivir hasta el momento del parto o nacimiento, o la muerte del feto sería inminente tras el nacimiento, 2) en los casos en que la mujer está embarazada debido a una violación o incesto, o 3) en caso de embarazo ectópico o aborto espontáneo. Consulte [Beneficio de viaje para atención](#) en la tabla [Navegar sus beneficios](#) para más información sobre los servicios de viaje que pueden estar disponibles.

**Servicios de trasplante:** Consulte la sección [Centros de excelencia](#) de este capítulo para obtener información sobre los servicios de trasplante que están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia. Los servicios de trasplante de córnea e intestino no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia, pero son servicios cubiertos según las condiciones del AMP que sean aplicables. Para todos los servicios de trasplantes, usted debe estar inscrito en el AMP durante al menos 12 meses. Consulte la sección [Centros de excelencia](#) de este capítulo para obtener más detalles sobre la espera de 12 meses, incluida la solicitud de una exención del período de espera. El trasplante de partes del cuerpo (por ejemplo, cara, manos, pies, piernas, brazos, útero) no está cubierto en ningún caso.

**Servicios de la visión:** El diagnóstico y el tratamiento de una lesión o enfermedad en los ojos tienen cobertura (por ejemplo, retinopatía diabética, glaucoma y degeneración macular, etc.). No están cubiertos los cargos por atención de la visión de rutina, por ejemplo, análisis de la visión, exámenes oculares o intervenciones quirúrgicas de los ojos para corrección de miopía o corrección de la visión, excepto los exámenes oftalmológicos para niños cubiertos conforme a las pautas de atención preventiva. Algunos de estos servicios pueden estar cubiertos conforme al plan de la visión. Consulte el capítulo [El plan de la visión](#).

**Tratamiento de pérdida de peso:** la cirugía de pérdida de peso está cubierta solo por el programa de los Centros de excelencia cuando cumple con las pautas específicas de elegibilidad y los criterios clínicos. Los tratamientos para adelgazar, incluidos los medicamentos, los suplementos dietarios y las cirugías que se encuentran fuera del alcance del programa de los Centros de excelencia, no se encuentran cubiertos. Consulte la sección **Centros de excelencia** de este capítulo para obtener información sobre la cirugía para la pérdida de peso.

## Qué no está cubierto por el AMP

Además de las exclusiones y limitaciones que se indican en la sección **Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP** de este capítulo, la siguiente lista incluye los servicios que no están cubiertos por el AMP. Los descuentos de la red no se aplican a estos servicios.

Si se inscribe en el Plan Saver, es posible que pueda utilizar los fondos de su HSA para estos servicios y costos y otros gastos médicos calificados. Para obtener información, comuníquese con el administrador de la HSA.

Si desea averiguar si un servicio está cubierto por el AMP, comuníquese con el TPA al número que figura en su tarjeta de identificación del plan o consulte **Para obtener más información** al final de este libro para obtener los detalles de contacto.

### Acupuntura

**Servicios administrativos y comisiones por intereses:** costos provenientes de emisión de formularios de reclamos, citas incumplidas, costos adicionales por citas acordadas los fines de semana o feriados, comisiones por intereses, tarifa de cobro o aranceles de abogados.

**Tratamiento no tradicional/alternativo** (incluidos la homeopatía, naturopatía, hipnosis y terapia con masajes).

### Autopsia

#### Fuera del alcance de la concesión de la licencia o sin licencia:

Servicios prestados por un médico, trabajador del cuidado de la salud o institución no acreditados o sin licencia, o los servicios que se presten más allá del ámbito de la licencia de tal persona o entidad, o los servicios prestados en una jurisdicción en la que tales servicios no pueden prestarse legalmente.

### Biorretroalimentación

**Reconstrucción o reducción de mamas:** no se cubre ningún gasto o costo que resulte del agrandamiento de mamas (aumento), que incluye la colocación de los implantes y la extracción de estos, ya sea que se trate de hombres o de mujeres, excepto cuando el implante se extrae debido a daños o roturas del mismo. No se cubre la sustitución de un implante dañado o roto, a menos que el implante original se haya colocado según las condiciones elegibles que deberá pagar el AMP.

No se cubre ningún gasto o costo que resulte de reducciones de mamas, implantes o de la extracción total de mamas, ya sea que se trate de un hombre o de una mujer, a menos que estos procedimientos estén relacionados directamente con el tratamiento de una mastectomía, como estipula la ley (consulte la sección **Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998** más adelante en este capítulo), o a menos que el AMP realice una revisión médica y determine que el procedimiento es médicamente necesario.

**Atención quiropráctica:** La manipulación de la columna, las articulaciones o el tejido blando, más allá del tipo de proveedor que brinde el servicio, excepto por la cobertura limitada de los servicios dentro de la red proporcionados a los participantes inscritos en el plan local de Mercy Arkansas.

### Copagos o descuentos, deducibles o coseguros

**Servicios de salud cosmética y cirugía reconstructiva:** salvo las anomalías congénitas, los servicios están cubiertos por ley (consulte la sección **Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998** más adelante en este capítulo) o para tratar afecciones que resulten de lesiones, tumores o enfermedades.

**Cuidados especiales o de relevo:** Atención o servicios que se proporcionan en una institución u hogar para mantener el estado de salud actual de una persona que no se puede esperar que mejore de manera significativa.

### Medicamentos, artículos y equipos no aprobados por la

**Administración de Drogas y Alimentos (FDA):** El hecho de que un medicamento, artículo o equipo esté aprobado por la FDA no garantiza que sea un artículo o servicio cubierto.

**Servicios educativos:** Incluye cualquier servicio para los trastornos del aprendizaje y la educación (que incluyen, pero no se limitan a los trastornos de la lectura, la alexia, la dislexia del desarrollo, la discalculia, los trastornos de ortografía y otras dificultades de aprendizaje), pero excluye los servicios que son servicios preventivos descritos en la sección **Programa de atención preventiva**.

### Hospitalizaciones o servicios optativos para pacientes hospitalizados y ambulatorios fuera de los Estados Unidos

### Gastos relacionados con citas incumplidas, y revisión o almacenamiento de la información o los datos de atención de la salud

**Tratamientos y servicios experimentales y de investigación que no son médicamente necesarios:** Los servicios médicos experimentales o de investigación son aquellos que se definen como experimentales o de investigación de acuerdo con los protocolos establecidos por el TPA. El TPA de los Centros de excelencia es quien toma esta determinación para los servicios de los Centros de excelencia.

**Terapia extracorporeal de onda de choque:** para el tratamiento de la fascitis plantar y otras afecciones musculoesqueléticas.

**Compensación del gobierno:** costos que se compensen o que otorgue el gobierno local, estatal o federal o cualquier organismo de estos, salvo que se exija el pago legalmente.

## Copagos de la HMO

### Ocupación ilegal, asalto, delito grave, disturbios o insurrección:

Cargos por servicios, insumos o tratamientos médicos que surgen de su participación en una ocupación ilegal, un asalto, un delito grave o una ofensa criminal (excepto en el caso de violación), o de su participación en un disturbio o insurrección, o que se prestan durante tales circunstancias.

### Servicios de infertilidad, que incluyen:

- Cargos para revertir un procedimiento de esterilización; y
- Cargos por, o relacionados con, los servicios de un vientre de alquiler.

Algunos servicios de fertilidad pueden prestarse conforme a **Centros de excelencia**; consulte la sección de los Centros de excelencia de este capítulo.

## Juicios y acuerdos

**Reclamos fuera de término:** los cargos recibidos después de los 18 meses de la fecha del servicio. Consulte **Presentar un reclamo médico (que no sean los beneficios de viaje por atención)** que aparece más adelante en este capítulo para obtener información sobre la coordinación de beneficios. Si un participante establece que se presentó un reclamo dentro de estos plazos, pero el reclamo se presentó de forma errónea ante Walmart o ante el TPA del AMP, ese plazo no se considerará con relación al período de presentación antes mencionado.

**Asistencia para el matrimonio, la familia y las relaciones:** ○ terapia para ayudar a lograr un desarrollo intrapersonal o interpersonal más efectivo.

### Lesiones o enfermedades relacionadas con la actividad militar:

Incluidas lesiones o enfermedades relacionadas con actos de guerra, declarados o no, o provocadas por estos.

## Neuroretroalimentación

### Proveedores o instituciones no acreditados/no autorizados

#### Servicios no cubiertos:

- Servicios no incluidos específicamente como beneficio en este Libro de Beneficios para Asociados
- Servicios prestados después de exceder el beneficio máximo para servicios específicos
- Servicios por los cuales usted debe pagar, por ejemplo, cargos fuera de la red no cubiertos.
- Servicios que se faciliten en una jurisdicción en la que tales servicios no pueden prestarse legalmente
- Cargos por servicios que excedan el cargo máximo permitido por el AMP, o
- Cargos por historiales médicos.

## Gastos en efectivo

**Medicamentos y equipos de venta libre:** excepto medicamentos específicos para el cuidado preventivo. Para obtener más información, consulte el capítulo **Beneficio de farmacia**.

**Artículos para el cuidado personal:** Artículos principalmente para la comodidad o conveniencia personal, incluidos, entre otros, pañales, barandillas en bañeras, pasamanos, sillas elevadoras, mesas para comer en la cama, toallitas para incontinencia, rampas, asientos ajustados, artículos recreativos, mejoras para el hogar y electrodomésticos, bañeras de hidromasaje, pelucas y almohadillas para rodillas para la práctica de deportes.

### Servicios prestados por un miembro de la familia cercana del paciente

### Servicios prestados por una entidad gubernamental mientras se encuentra encarcelado

**Servicios y productos farmacéuticos relacionados con la disfunción sexual:** incluye terapia, tratamiento o productos farmacéuticos para el tratamiento de la disfunción sexual, excepto la disfunción sexual que resulte de una lesión accidental o del tratamiento de una enfermedad o afección (por ejemplo, disfunción eréctil que resulte de una prostatectomía o de una lesión de la médula espinal).

**Exámenes físicos escolares/deportivos:** los cargos relacionados con los exámenes físicos realizados para determinar si una persona está en condiciones de practicar un deporte o realizar una actividad escolar.

**Maternidad sustituta:** tarifas relacionadas con la subrogación (que no sean los costos de atención de maternidad para una persona inscrita que esté cubierta por el AMP), ya sea para pagar servicios de otros o actuar como sustituta.

**Dispositivos para el habla:** dispositivos auxiliares para el habla, por ejemplo, computadoras especiales o dispositivos diseñados para ayudar en la terapia con el fin de mejorar las habilidades motrices o psicológicas.

**Viaje y alojamiento, excepto según se especifica en la sección de beneficios de los Centros de excelencia o beneficios de viaje para atención:** Consulte **Beneficio de viaje para atención** en la tabla **Navegar sus beneficios** para más información sobre los servicios de viaje que pueden estar disponibles.

**Vitaminas:** cargos por vitaminas no recetadas (orales o inyectables), minerales, suplementos nutricionales o suplementos dietarios, excepto según se establece en la sección **Programa de atención preventiva** de este capítulo.

**Servicios proporcionados por Walmart Health:** Cargos por servicio que no sean preventivos, a excepción de cuando el centro de atención de Walmart Health se considere un proveedor dentro de la red.

### Programas de rehabilitación laboral o programas vocacionales similares

**Compensación para trabajadores:** El tratamiento de cualquier lesión compensable, según se define en la Ley de Compensación para Trabajadores vigente, independientemente de si presentó el reclamo de los beneficios de compensación para trabajadores de forma oportuna.



## Presentar un reclamo médico (que no sean los beneficios de viaje por atención)

Si utiliza un proveedor de la red, el proveedor generalmente presentará el reclamo en su nombre. Si utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que usted deba presentar el reclamo. Puede encontrar los formularios de reclamo en [One.Walmart.com/Medical](https://www.walmart.com/medical). Debe presentar el reclamo dentro de los 18 meses a partir de la fecha de servicio.

Si necesita presentar un reclamo, este debe incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Nombre, dirección y número de identificación fiscal del proveedor
- Identificación del seguro del asociado (aparece en la tarjeta de identificación del plan)
- Fecha del servicio
- Monto de los costos
- Códigos del procedimiento médico (deben figurar en la factura)
- Diagnóstico

Busque la dirección correcta a la que debe enviar el reclamo en su tarjeta de identificación del plan. El envío de su reclamo a la dirección incorrecta puede resultar en el rechazo de su reclamo. Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos que se indican en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Una vez que incurra en gastos médicos y presente un reclamo, o se presente un reclamo en su nombre, los beneficios se pagarán directamente al proveedor de servicios de la red. El pago al proveedor exime al Plan de las obligaciones hacia usted por dicho beneficio.

Si su plan proporciona cobertura para proveedores fuera de la red y usted utiliza uno, es posible que el pago se le realice directamente a usted luego de que presente un comprobante de pago en su totalidad a su proveedor. Usted es responsable de pagar su costo compartido, más cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Para su comodidad, el pago también se puede realizar a un proveedor fuera de la red, si usted autoriza explícitamente dicho pago. Su proveedor, pertenezca o no a la red, puede no presentar apelaciones en su nombre, a menos que designe a su proveedor como representante autorizado, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). El Plan prohíbe la asignación de beneficios o reclamos legales, o causa de acción (ya sea conocida o no).

Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención

Si Included Health no da aprobación previamente de sus beneficios de viaje para la atención y usted no está de acuerdo con tal determinación, puede presentar un reclamo de beneficios previo al servicio por escrito. Puede encontrar los formularios de reclamo en [One.Walmart.com/Medical](https://www.walmart.com/medical) o bien puede llamar a Included Health al **800-941-1348** para solicitar una copia impresa.

Los reclamos de beneficios de viaje para la atención se decidirán de acuerdo con los procedimientos y plazos generales para los reclamos previos al servicio que se detallan en la sección [Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de excelencia, dentales y de la visión del capítulo Reclamos y apelaciones](#). Para obtener información sobre dónde presentar un reclamo, consulte el formulario de reclamo en [One.Walmart.com/Medical](https://www.walmart.com/medical).

## Si tiene cobertura conforme a más de un plan médico

El AMP tiene el derecho de coordinar con “otros planes” que le ofrecen cobertura de manera que los beneficios médicos totales que se deben cubrir no excedan el nivel de beneficios que, en caso contrario, se deben cubrir conforme al AMP. La denominación “otros planes” se refiere a los siguientes tipos de cobertura médica:

- Cobertura conforme a un programa de gobierno otorgado o exigido por ley, incluida la cobertura sin designación de culpa en la medida en que se exija en pólizas o contratos por una ley de seguros de vehículos motorizados o legislación similar;
- Seguro grupal u otra cobertura para un grupo de personas, incluida la cobertura conforme a otro plan del empleador o la cobertura para estudiantes obtenida a través de una institución educativa;
- Toda cobertura conforme a los planes fiduciarios de gestión laboral, planes de gremios para el bienestar, planes de organizaciones de empleadores o planes de organizaciones de beneficios para empleados;
- Toda cobertura conforme a planes gubernamentales, como Medicare o Tricare, excepto en el caso de un plan estatal de Medicaid u otro plan gubernamental cuando, por ley, sus beneficios son secundarios a los de otro seguro privado o programa no gubernamental; y
- Toda póliza o plan de asociación o privados de reembolso de gastos médicos con capacidad grupal o individual.

Cuando tiene la cobertura de más de un plan, se designa a uno de ellos como el plan principal. El plan principal paga primero e ignora los beneficios que se deben cubrir conforme a otros planes cuando se los determine. Se designa cualquier otro plan como el plan secundario que paga los beneficios después del plan principal. Un plan secundario resta de sus beneficios el monto de beneficios que se deben cubrir conforme a “otros planes” y puede limitar los beneficios que paga.

Debe cumplir con las cláusulas del plan principal a fin de que el AMP pague como pagador secundario. Estas reglas se aplican independientemente de que se presente o no un reclamo conforme al otro plan. Si no se presenta un reclamo en el otro plan y el otro plan es el principal, los beneficios conforme al AMP quedarán pendientes o se rechazarán hasta que se reciba una explicación de los beneficios que demuestre que se presentó el reclamo ante el plan principal.

El AMP no coordinará como pagador secundario para ninguno de los copagos que usted realice con respecto a otro plan o con respecto a los reclamos de medicamentos recetados o trasplantes (excepto cuando el otro plan sea Medicare).

Si reside en un estado en el que es obligatorio tener cobertura de seguro de automóviles sin designación de culpa, cobertura de protección por lesiones personales o cobertura de pagos médicos, esa cobertura es la principal y el AMP adopta la condición de secundario. El AMP reduce los beneficios por un monto igual al requisito mínimo obligatorio del estado.

Otras reglas:

- El AMP tiene máxima prioridad de derecho a la reducción, al reembolso y a la subrogación.
- El AMP no coordinará beneficios con una HMO o con un plan de atención administrada similar en el que usted solo paga un copago o un monto fijo en dólares.
- El AMP no coordinará con ningún otro plan que no sea Medicare con respecto a un trasplante cubierto.

COORDINACIÓN DEL AMP CON OTROS PLANES			
	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como plan principal al:	80 %	80 %	0 %
Y el pago del AMP es:	75 %	100 %	75 %
El beneficio total del AMP es:	0 %	20 %	75 %

## DETERMINAR CUÁL ES EL PLAN PRINCIPAL

Un plan sin una disposición de coordinación es siempre principal. El AMP incluye una disposición de coordinación. Si todos los planes incluyen una disposición de coordinación, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- El AMP siempre es el pagador secundario para cualquier política de vehículos de motor que tenga a su disposición, incluida la protección contra lesiones personales o cobertura sin designación de culpa. Si el plan paga beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que usted tuvo y otra parte (por ejemplo, una compañía aseguradora) tiene responsabilidad principal para sus gastos médicos cubiertos, el Plan tiene un derecho legal para el reembolso de beneficios. Para obtener más información, consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).
- El plan que cubre al participante para el que se realizó el reclamo, que no sea como dependiente, paga primero y el otro plan paga en segundo término.

- Si el participante del plan está cubierto conforme al plan médico para jubilados que incluye una disposición de coordinación de beneficios, prevalecerá la disposición.
- En lo que respecta a los reclamos de hijos dependientes, el plan del progenitor que primero cumple años en el año calendario es el primario.
- Cuando las fechas de cumpleaños de ambos progenitores coinciden en el mismo día, el plan que ha cubierto a la persona a cargo por un período de tiempo mayor es el primario.
- Cuando los progenitores de un hijo dependiente están divorciados o separados, o la pareja de hecho o relación legal se termina, y el progenitor que tiene la custodia no se ha casado de nuevo, el plan de ese progenitor es el principal.
- Cuando el progenitor con custodia se ha casado de nuevo, o ha iniciado una relación de hecho con otra persona, el plan de ese progenitor es el primario, el plan del nuevo cónyuge paga en segundo término y el plan del progenitor sin custodia paga en última instancia.
- Cuando existe una sentencia del tribunal que establece la responsabilidad financiera de los gastos de atención de la salud del niño, el plan que cubre al progenitor con responsabilidad financiera es el principal.
- Si estas reglas no establecen un orden de determinación de beneficios, el plan que ha cubierto al afiliado para el que se realizó el reclamo durante el período más extenso será el principal.
- Si usted está cubierto conforme a un derecho de continuación de cobertura según la ley federal o estatal (por ejemplo, la cobertura de continuación de COBRA) y también está cubierto conforme a otro plan que lo cubre como empleado, suscriptor afiliado o jubilado (o como dependiente de esa persona), el último plan es el plan principal y la continuación de la cobertura es secundaria. Si el otro plan no tiene esta norma, y los planes no llegan a un acuerdo con respecto al orden de los beneficios, esta norma no se aplica.

## SI USTED O UN DEPENDIENTE ESTÁ CUBIERTO CONFORME A MEDICAID

Si usted o su dependiente son participantes del AMP y tienen la cobertura de Medicaid, el AMP pagará antes que Medicaid. El AMP no tendrá en cuenta la cobertura de Medicaid a los fines de la inscripción o del pago de beneficios.

Si, mientras usted está cubierto conforme a Medicaid, el AMP debe pagar beneficios, pero primero los paga el plan estatal, el pago a cargo del AMP se realizará según los requisitos de las leyes estatales correspondientes que establezcan que el pago se realizará al estado.

## SI USTED O UN DEPENDIENTE ES ELEGIBLE PARA MEDICARE O ESTÁN INSCRITOS EN MEDICARE

Si está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare, no podrá inscribirse en el AMP. Además, si su dependiente está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare y usted no lo está, usted es elegible para inscribirse en el AMP, pero su dependiente no será elegible para esa cobertura.

En general, la Ley de Seguridad Social exige que el AMP sea el pagador principal si usted o un dependiente es elegible para Medicare Parte A o Partes A y B, o está inscrito en tales planes, y cumple con uno de los siguientes criterios:

- En la actualidad es empleado de Walmart y tiene más de 65 años
- En la actualidad es empleado de Walmart y su cónyuge/pareja tiene más de 65 años
- Es un participante activo o participante de COBRA que tiene derecho a Medicare sobre la base de una enfermedad renal terminal, pero sólo durante el primer período de 30 meses de elegibilidad para la cobertura de Medicare (se encuentre realmente inscrito en Medicare durante este período)
- Tiene menos de 65 años y tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad y tiene cobertura conforme al Plan porque es un empleado de Walmart; o
- Su dependiente tiene menos de 65 años y tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad y tiene cobertura conforme al Plan porque es un empleado de Walmart.

El AMP es secundario si usted o su dependiente están inscritos en Medicare y cumplen con uno de los siguientes criterios:

- Usted o su dependiente es participante de COBRA, excepto en el caso del vencimiento de inscripción de Medicare debido a enfermedad renal terminal, para el cual el Plan sea primario para el primer período de elegibilidad de 30 meses para la cobertura de Medicare; o
- Usted o su dependiente son participantes activos o participantes de COBRA inscritos para recibir Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, después de que finaliza el período de coordinación de 30 meses con Medicare.

## SI USTED TIENE 65 AÑOS O MÁS Y ES UN ASOCIADO ACTIVO

Si aún trabaja para Walmart, puede continuar su cobertura conforme al AMP. Si también tiene Medicare, el AMP por lo general será la principal cobertura y Medicare será la secundaria. Presente su reclamo ante el AMP en primer lugar.

También puede optar por dar de baja la cobertura conforme al AMP y elegir Medicare como su cobertura principal. Si opta por Medicare como su cobertura principal, no puede elegir el AMP como su plan secundario.

## COBERTURA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES CONTRA LESIONES PERSONALES O COBERTURA DE PAGO MÉDICO EXIGIDAS POR LEY

Si reside en un estado en el que es obligatorio tener cobertura de seguro de automóviles sin designación de culpa, cobertura de protección por lesiones personales o cobertura de pagos médicos, esa cobertura es la principal y el AMP adopta la condición de secundario. El AMP reducirá los beneficios por un monto igual, pero no inferior, al requisito mínimo obligatorio del estado.

## Interrupción de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas médicas para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con mayor frecuencia si se encuentra en una licencia de ausencia o si su cheque de pago no es suficiente para pagar por completo la parte que le corresponde del costo de la cobertura (como por ejemplo después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o una interrupción de la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza su cobertura médica

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del AMP. La cobertura para dependientes caduca cuando finaliza su cobertura o cuando el dependiente deja de ser un dependiente elegible (según lo definido en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). Usted o los miembros de su familia inscritos pueden ser elegibles para la continuación de la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y sus enmiendas (COBRA). Para obtener información, consulte el capítulo [COBRA](#).

Si su cobertura se cancela debido a que no pagó las primas requeridas, la cobertura finaliza el último día por el que se pagaron las primas. Consulte [Pago de los beneficios](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener información. No existe derecho a continuar con la cobertura conforme a la ley COBRA cuando la cobertura se cancela debido a la falta de pago de las contribuciones requeridas.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) del capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Si es usted un asociado a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios. Consulte a continuación para obtener los detalles sobre el impacto en su deducible, el desembolso máximo y la HRA.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios. Consulte a continuación para obtener los detalles sobre el impacto en su deducible, el desembolso máximo y la HRA.

Impacto en el deducible, el desembolso máximo y la HRA:

- Si deja de trabajar y vuelve a incorporarse al trabajo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber dejado de trabajar, el deducible, el desembolso máximo y la cuenta de ahorro para gastos médicos (si corresponde) no se restablecerán a menos que haya dejado de trabajar en un año calendario y vuelva a incorporarse al trabajo en el año calendario siguiente.\*
- Si deja de trabajar y vuelve a incorporarse al trabajo después de 30 días, pero antes que pasen 13 semanas después de la fecha de cuando deja de trabajar, se restablecerán el deducible, el desembolso máximo y la HRA (si corresponde).\*
- Si deja de trabajar y vuelve a incorporarse al trabajo después de 13 semanas o más de la fecha en que deja de trabajar, se le considerará un nuevo asociado y deberá completar cualquier periodo de espera de elegibilidad u otros requisitos aplicables. Para obtener información, consulte el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

\*Si usted o un dependiente elegible estaban inscritos en el AMP y habían acumulado montos para alcanzar, o habían alcanzado, el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad conforme al programa de formación de familias de los Centros de excelencia, ninguna porción del beneficio máximo de por vida se restablecerá por ninguna razón.

## Otra información acerca del plan médico

### LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 establece que todos los planes médicos grupales que ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos relacionados con la mastectomía deben ofrecer cobertura para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica, y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos las linfedemas, según se determine tras la consulta de la paciente con el médico.

Esa cobertura estará sujeta a deducibles anuales y coseguros o copagos establecidos para el AMP y aplicables de otro modo. Debe comunicarse por escrito la disponibilidad de tal cobertura al participante en el momento del registro y en forma anual posteriormente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

### COMENTARIOS SOBRE LAS ADMISIONES POR MATERNIDAD

Los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley Federal, restringir los beneficios de la duración de una hospitalización relacionada con un parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o a menos de 96 horas después de una operación cesárea. Sin embargo, en general la ley federal no prohíbe al proveedor que le presta atención a la madre o al recién nacido, después de consultar a la madre, que se dé el alta hospitalaria a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o de la compañía del seguro para que indique una hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas, según corresponda).



# Beneficio de farmacia

Beneficio de farmacia	136
Cuidado preventivo	138
Qué no está cubierto por el beneficio de farmacia	139
Descuentos de farmacia para medicamentos recetados no cubiertos	139
Asistencia del fabricante, y otros descuentos o cupones	139
Presentar un reclamo de beneficios farmacéuticos	140
Privacidad y seguridad	140

La información de este capítulo describe los beneficios de farmacia que pueden estar disponibles para usted si está inscrito en el Plan médico para asociados. Para obtener información, consulte el capítulo [El Plan Médico](#).

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

# Beneficio de farmacia

Mantenga su buena salud y la de sus dependientes elegibles con sus beneficios de farmacia. Se incluye automáticamente en su plan de seguro médico.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Encontrar una farmacia de Walmart o Sam's Club	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> u <a href="http://OptumRx.com/Walmart">OptumRx.com/Walmart</a>	
Consulte la farmacia especializada de Walmart	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a la farmacia especializada de Walmart al <b>800-284-9770</b>
Encontrar una farmacia de la red de OptumRx	Visite <a href="http://OptumRx.com">OptumRx.com</a>	Llame a OptumRx al <b>844-705-7493</b>
Obtenga información sobre farmacias con servicio de entrega a domicilio de Walmart	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a Walmart para servicio de farmacia de entrega a domicilio al <b>866-855-0740</b>
Para consultas sobre beneficios farmacéuticos		Llame a OptumRx al <b>844-705-7493</b>
Obtener la lista de medicamentos de marca cubiertos	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> u <a href="http://OptumRx.com/Walmart">OptumRx.com/Walmart</a>	Llame a OptumRx al <b>844-705-7493</b>

## Lo que debe saber sobre el beneficio de farmacia

- Tiene cobertura automática del beneficio de farmacia si se inscribe en el Plan Premier, el Plan Contribution o el Plan Saver o en una de las opciones de plan locales, disponibles conforme al Plan Médico para Asociados (AMP). Si está inscrito en un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o el Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO), sus beneficios de farmacia se ofrecen por medio de su plan HMO o PPO, respectivamente.
- El beneficio de farmacia cubre solo los medicamentos recetados que figuran específicamente en el listado de beneficios de farmacia.
- Las farmacias contempladas en este capítulo son:
  - Farmacias de Walmart o Sam's Club, incluidas las farmacias en tiendas y clubes.
  - Farmacia de entrega a domicilio de Walmart: farmacia de entrega por correo de Walmart.
  - Farmacia de medicamentos especializados de Walmart: farmacia de medicamentos especializados de entrega por correo de Walmart.
  - Farmacias de la red OptumRx: incluye farmacias de Walmart o Sam's Club, y cualquier farmacia de la red OptumRx.
- El lugar en el que deben surtirse las recetas depende del tipo de medicamento que se haya recetado:
  - Los medicamentos de mantenimiento (fármacos que se toman de forma regular para enfermedades crónicas como la hipertensión, la artritis, la diabetes o el asma, entre otras) deben surtirse a través de Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o de cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club. Para más información, consulte Medicamentos de uso crónico más adelante en este capítulo.
  - Los medicamentos especializados (excepto los medicamentos para la fertilidad, como se describe en este capítulo) deben surtirse a través de la Farmacia de medicamentos especializados de Walmart.
  - Todos los demás medicamentos deben surtirse en una farmacia de Walmart o Sam's Club, a menos que se aplique alguna excepción. Consulte la sección Beneficio de farmacia de este capítulo.

## Beneficio de farmacia

Los beneficios de farmacia cubren los medicamentos recetados elegibles adquiridos en determinadas farmacias de la red minoristas y con servicio de pedido por correo. No se pagarán beneficios de farmacia si utiliza una farmacia que no sea de la red. Las farmacias específicas de la red de venta al por menor y de venta por correo que debe utilizar dependen del tipo de receta que necesite surtir. Debe inscribirse en la cobertura médica del AMP para obtener medicamentos recetados bajo la cobertura del beneficio de farmacia. Si se inscribe en la cobertura médica, la cobertura de medicamentos recetados entra en vigencia en la fecha en que entra en vigencia su cobertura médica del AMP y finaliza en la fecha en que finaliza su cobertura médica.

### OPCIONES DE FARMACIA

Si está inscrito en la opción del Plan Premier, Contribution o Saver, o en una de las opciones del plan local, los medicamentos de uso crónico deben surtirse a través de cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club o de la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart. Consulte [Medicamentos de uso crónico](#) más adelante en este capítulo. Los medicamentos especializados (excepto los medicamentos para la fertilidad, como se describe en este capítulo) deben surtirse a través de la Farmacia de medicamentos especializados de Walmart. Consulte [Medicamentos especializados](#) más adelante en este capítulo. Todos los demás medicamentos deben surtirse en una farmacia de Walmart o Sam's Club, a menos que se aplique alguna excepción.

En casos limitados, puede surtir las recetas en una farmacia de la red OptumRx, por ejemplo:

- Si el AMP determina que un medicamento cubierto está agotado y no estará disponible en una farmacia de Walmart o Sam's Club ni a través de una farmacia especializada de Walmart durante un período prolongado.
- Si el AMP determina que cualquier medicamento cubierto no está disponible en una farmacia de Walmart o Sam's Club, Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o una Farmacia de medicamentos especializados de Walmart.
- Si es necesario surtir una receta de emergencia fuera del horario de atención de la farmacia de Walmart o Sam's Club.
- Si debe tomar un medicamento que no sea de mantenimiento para tratar un problema de salud inmediato.

Para obtener más información, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

**NOTA:** Se aplican ciertas restricciones para surtir recetas para narcóticos y otras sustancias controladas. Llame a OptumRx al **844-705-7493** para obtener más información y detalles.

### MEDICAMENTOS RECETADOS CUBIERTOS

El beneficio de farmacia cubre solo los medicamentos recetados que figuran específicamente en el listado de beneficios de farmacia, que consiste en una lista de los necesaria de un programa de tratamiento de calidad. OptumRx administra este listado. Puede ver una lista abreviada en medicamentos genéricos y de marca que se han evaluado para probar su calidad y eficacia, y que se consideran parte [One.Walmart.com](#) o puede llamar a OptumRx al **844-705-7493** para obtener una lista completa. Si su medicamento no figura, llame a OptumRx para ver si se encuentra en el listado. El listado de medicamentos está sujeto a cambios sin previo aviso en cualquier momento del año.

El beneficio de farmacia tiene un listado cerrado. Esto significa que los medicamentos recetados, ya sean genéricos, de marca, o de especialidad, deben estar incluidos en el listado para que se paguen los beneficios de farmacia.

### SU COSTO COMPARTIDO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS CUBIERTOS

Consulte la tabla [Beneficios farmacéuticos](#) que aparece en la siguiente página para obtener detalles sobre los copagos y el coseguro.

Si está inscrito en el **Plan Premier, el Plan Contribution, o en una opción de plan local**, deberá pagar de su bolsillo el copago o el coseguro requeridos cuando compra sus medicamentos recetados. (Si tiene cobertura del Plan Contribution, los fondos de la Cuenta de reembolso para la salud [HRA] no pueden utilizarse para comprar medicamentos recetados o reembolsar el copago o el coseguro pagado por medicamentos recetados). Los copagos se aplican para el gasto máximo en efectivo anual del plan de seguro médico. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo anual, los medicamentos recetados elegibles se pagan al 100 % por el resto del año calendario.

Si está inscrito en el **Plan Saver**, en la mayoría de los casos, usted paga el precio total de los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual de la red del Plan Saver. Una vez que haya alcanzado el deducible anual de la red, pagará los copagos o el coseguro requeridos. (Se exceptúan los medicamentos de la lista de medicamentos preventivos aprobados de OptumRx, que no están sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver. Para más información, consulte [Medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver](#) más adelante en este capítulo.) Los copagos se aplican para el gasto máximo en efectivo anual del Plan Saver. Una vez que alcanza el desembolso máximo en efectivo anual, los medicamentos recetados elegibles se pagan al 100 % por el resto del año calendario.

En todas las opciones del AMP, el beneficio de farmacia brinda descuentos para los medicamentos genéricos y de marca cubiertos en el listado y surtidos en una farmacia de la red elegible. Si, cuando surte su receta el precio, el descuento disponible es menor que el copago, se le cobrará el monto menor, que puede incluir una comisión del farmacéutico.



BENEFICIOS FARMACÉUTICOS	
<b>Medicamentos genéricos del listado*</b> Suministro de hasta 30 días Suministro de 31 a 60 días Suministro de 61 a 90 días  <i>Los medicamentos genéricos de alto costo no están cubiertos cuando existe un medicamento genérico disponible, equivalente desde el punto de vista terapéutico y de menor costo.</i>	Copago de \$4 Copago de \$8 Copago de \$12
<b>Medicamentos de marca del listado*</b> Suministro de hasta 30 días.  <i>Los suministros de más de 30 días se deben comprar a través del servicio de pedido por correo.</i>	\$50 o el 25 % del costo permitido, lo que sea mayor
<b>Medicamentos fuera del listado</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de especialidad</b> <i>Estarán disponibles únicamente en la farmacia especializada de Walmart (excepto los medicamentos para la fertilidad)</i>	\$50 o el 20 % del costo permitido, lo que sea mayor

\*Los medicamentos de mantenimiento deben surtirse en la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o en cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club. Consulte [Medicamentos de uso crónico](#) adelante.

**Cómo surtir sus recetas**

- Presente la tarjeta de identificación del plan en una farmacia de Walmart o Sam's Club.
- El resurtido de recetas está disponible después de que haya utilizado el 75 % de su receta anterior.
- Consulte [Opciones de farmacia](#) en la página anterior, para obtener más información.
- Si el AMP determina que algún medicamento cubierto no está disponible en la farmacia de Walmart/Sam's Club, Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o Farmacia de medicamentos especializados de Walmart durante un tiempo prolongado, es posible que pueda obtener el medicamento en una farmacia de la red OptumRx; consulte los detalles sobre las excepciones en [Opciones de farmacia](#).

**Quando compre medicamentos pedidos por correo:**

- Debe utilizar la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club para los medicamentos que se consideran "de mantenimiento." Consulte [Medicamentos de uso crónico](#) a continuación. Su costo para un suministro de 90 días es tres veces el costo de un suministro de 30 días comprado en una farmacia de Walmart o Sam's Club, tal como se indica más arriba. Puede obtener un suministro para 30, 60 o 90 días a través de la venta por correo cuando utiliza la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart.

## TIPOS DE MEDICAMENTOS

**Medicamento genérico:** un medicamento genérico es un equivalente de menor costo de un medicamento de marca. Cuando hay un equivalente genérico disponible, se dejará de cubrir el medicamento de marca. Los equivalentes genéricos funcionan como el medicamento de marca en cuanto a la dosificación, la potencia, los efectos y el uso, y deben satisfacer los mismos estándares de calidad y seguridad. Todos los medicamentos genéricos deben ser revisados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Para obtener más información, visite [One.Walmart.com](#).

**Medicamento de marca:** un medicamento de marca cubierto es un medicamento elaborado por un fabricante único que ha sido evaluado para determinar su seguridad y efectividad en comparación con medicamentos similares para el tratamiento de la misma afección y ha sido identificado para su inclusión en la lista de medicamentos de marca cubiertos.

**Medicamento de especialidad:** los medicamentos de especialidad son aquellos que se utilizan para tratar enfermedades complejas tales como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad requieren un nivel de servicio mejorado, ya sea que los administre un profesional de la atención de la salud, se los inyecte el paciente o los tome por vía oral. (Los medicamentos utilizados para tratar la diabetes no se considera medicamentos de especialidad). Consulte en la siguiente página las normas especiales aplicables a los medicamentos especializados en fertilidad.

## MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO

Si está inscrito en la opción del Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver o en una opción del plan local, debe utilizar la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club para los medicamentos que se consideran "de mantenimiento". Los medicamentos de mantenimiento son fármacos que generalmente se recetan para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo y que se toman de forma regular y recurrente. Algunos ejemplos de medicamentos de mantenimiento incluyen, pero no se limitan a, los que se utilizan para tratar la presión arterial, las enfermedades cardíacas, la diabetes, el asma, la artritis, etc. Consulte el listado para ver la lista de medicamentos de mantenimiento. Puede ver una lista abreviada en [One.Walmart.com](#) o puede llamar a OptumRx al **844-705-7493** para obtener una lista completa.

Puede obtener un suministro para 30, 60 o 90 días de la mayoría de los medicamentos de mantenimiento a través de una Farmacia de entrega a domicilio de Walmart, al igual que la comodidad de que se los envíen directamente a usted. ¿Necesita ayuda? Llame a la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart al **866-855-0740** para transferir sus medicamentos de mantenimiento al servicio por correo.

## MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Debe utilizar la farmacia especializada de Walmart para los medicamentos especializados. Consulte el listado para ver la lista de medicamentos especializados. Puede ver una lista

abreviada en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o puede llamar a OptumRx al **844-705-7493** para obtener una lista completa. Todos los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia especializada de Walmart. Si tiene preguntas sobre sus recetas de medicamentos especializados, llame a la farmacia especializada de Walmart al **800-284-9770**.

Debe obtener una autorización previa para los medicamentos especializados. OptumRx trabajará con su médico para asegurarse de que el medicamento sea clínicamente necesario para su tratamiento. Algunos medicamentos especializados solamente están disponibles en ciertas farmacias especializadas. Estos medicamentos se clasifican como medicamentos de distribución limitada (LDD). Si un cierto LDD no está disponible en la Farmacia de medicamentos especializados de Walmart, tal medicamento se transferirá a la farmacia de medicamentos especializados de OptumRx o a otra farmacia especializada dentro de la red para poder surtirlo. Si tiene preguntas sobre los medicamentos especializados, llame a OptumRx al **844-705-7493**. Consulte a continuación las reglas especiales para los medicamentos especializados para la fertilidad.

## MEDICAMENTOS PARA LA FERTILIDAD

El beneficio médico del AMP cubre los medicamentos para la fertilidad aprobados por la FDA, cuando son recetados por Kindbody, el proveedor de los Centros de excelencia para la formación de familias. Tales medicamentos son exclusivos del tratamiento de fertilidad y se surtirán a través de la farmacia especializada de Kindbody, Schraft's Pharmacy, y se procesarán bajo los términos y condiciones que se describen en el capítulo [El Plan Médico](#).

## MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Se exige una autorización previa para que algunos medicamentos sean cubiertos por el AMP, incluidos medicamentos especializados. OptumRx puede solicitar más información a su médico. Esto se denomina "autorización de cobertura".

Una vez que OptumRx recibe la información necesaria, se comunicará con usted y su médico (por lo general, dentro de dos días hábiles) para confirmar si se ha autorizado la cobertura. Si se determina que la receta no es un medicamento cubierto o que usted no es elegible para recibir el medicamento en virtud del AMP, no se pagará. Puede apelar esta decisión, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Si decide surtir la receta sin autorización previa, debe pagar el precio minorista total, incluso si la receta se hubiera autorizado si hubiera esperado. El monto pagado no se aplicará para el gasto máximo en efectivo.

Si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

## MEDICAMENTOS CON LÍMITES DE CANTIDAD

Para ciertos medicamentos, existen límites sobre la cantidad que puede recibir por cada receta, según las pautas de las dosis aprobadas por la FDA. En [One.Walmart.com](https://www.walmart.com), puede encontrar una lista de estos medicamentos.

Los medicamentos para cantidades que superen la cantidad aprobada por la FDA no están cubiertas por el AMP. Si decide surtir la receta, debe pagar el precio minorista total.

## Cuidado preventivo

### ANTICONCEPTIVOS PARA MUJERES

El AMP cubre todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluidas las variaciones de venta libre para mujeres, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El AMP cubre algunos métodos anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (y los anticonceptivos de marca cuando sean médicamente necesarios) al 100 %, sin deducible, para las mujeres con capacidad de gestar, cuando lo receta un médico. Si el médico tratante considera que un anticonceptivo de marca es médicamente necesario, consulte [Proceso de excepciones de atención preventiva](#) en esta sección.

### PREVENCIÓN DEL VIH

El AMP cubre la profilaxis preexposición ("PrEP") con una terapia antirretrovírica eficaz al 100 %, sin deducible, cuando un médico le receta el medicamento a una persona con alto riesgo de contraer VIH.

### MEDICAMENTOS PREVENTIVOS NO SUJETOS AL DEDUCIBLE ANUAL DE LA RED DEL PLAN SAVER

Si está inscrito en el Plan Saver, se cubren algunos medicamentos preventivos antes de alcanzar el deducible anual de la red del Plan. Los medicamentos recetados que evitan una afección médica se llaman "medicamentos preventivos". Si toma medicamentos recetados para ciertos problemas de salud, como presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, etc., puede ser elegible para obtener estos medicamentos sin costo antes de alcanzar el deducible anual de la red del Plan Saver. OptumRx administra la lista de medicamentos preventivos aprobados. Para obtener más información, llame a OptumRx al **844-705-7493** o visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) para ver una lista.

### MEDICAMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE

El AMP cubre algunos medicamentos de atención preventiva de venta libre al 100 % cuando los receta un médico y se compran en las farmacias de Walmart o Sam's Club. Deberá presentar su tarjeta de identificación del plan y una receta de su médico al momento de la compra. Los medicamentos de atención preventiva de venta libre cubiertos son los que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Si su médico considera que un medicamento preventivo de venta libre de marca es médicamente necesario en lugar de uno genérico, consulte [Proceso de excepciones de atención preventiva](#) en la siguiente página.

En la tabla **Medicamentos preventivos de venta libre** de abajo algunos de los medicamentos preventivos de venta libre más comunes identificados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Para obtener una lista actualizada de los medicamentos OTC de atención preventiva cubiertos, llame a OptumRx al **844-705-7493** o visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) para ver el listado.

<b>MEDICAMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE</b> Recomendados por la Fuerza de Tareas Preventivas de los Estados Unidos (USPSTF)	
Flúor oral	Con receta cuando sea apropiado para niños de 6 meses a 6 años de edad
Ácido fólico	Con receta para todas las mujeres que planean o pueden quedar embarazadas
Aspirina genérica	Aspirina de dosis baja (81 mg/día) por receta médica después de 12 semanas de gestación para las mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia
Agentes de preparación intestinal	Con receta, según corresponda, para una colonoscopia de detección para adultos a partir de los 45 años

## PROCESO DE EXCEPCIONES DE ATENCIÓN PREVENTIVA

Como se ha indicado anteriormente en este capítulo, el Plan cubre los medicamentos genéricos de atención preventiva y los anticonceptivos, tal y como exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Si el médico tratante considera que un medicamento anticonceptivo o de atención preventiva de marca es médicamente necesario, el proveedor puede recetarle ese medicamento de marca y se le concederá una excepción. Para obtener más información, su médico puede comunicarse con OptumRx al **844-705-7493**.

## Qué no está cubierto por el beneficio de farmacia

Los medicamentos no cubiertos por el beneficio de farmacia incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos compuestos, que constan de dos o más ingredientes que se miden, preparan o mezclan de acuerdo con una orden de receta. No se cubrirán ciertos ingredientes compuestos. Como ingredientes que no están aprobados por la FDA o que están disponibles para su venta libre.
- Medicamentos de venta libre, a excepción de insulina, cuando el estado no requiere receta para ella. Ciertos medicamentos de venta libre están cubiertos como parte del beneficio de atención preventiva en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, cuando se proporciona una receta médica. Consulte **Medicamentos preventivos de venta libre** más arriba en este capítulo para obtener más información.
- Las recetas surtidas en una farmacia que no sea de Walmart ni Sam's Club o servicio de farmacia de entrega a domicilio de Walmart (salvo las excepciones mencionadas).
- Las recetas surtidas por una farmacia que no sea una farmacia elegible para su opción de plan de seguro médico.

- Los medicamentos recetados que no están incluidos en la lista.
- Los medicamentos recetados con equivalentes de venta libre.
- Los medicamentos recetados comprados mediante un programa de descuentos de farmacia.
- Los medicamentos para los cuales no se ha obtenido una autorización previa (cuando se requiere una autorización previa).
- Los reclamos de medicamentos recetados que sean reducidos, subsidiados o pagados por otro plan de salud, proveedor de seguros o programa de descuentos de farmacia. El AMP no coordina los beneficios para reclamos de farmacia.
- Los medicamentos recetados que se administran, se infunden o se inyectan durante un tratamiento hospitalario o que están cubiertos por el AMP como beneficio médico, y no como beneficio de farmacia.

Esta lista no intenta abarcar todos los medicamentos y fármacos excluidos. Si tiene preguntas sobre los medicamentos excluidos, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

## Descuentos de farmacia para medicamentos recetados no cubiertos

Si el beneficio de farmacia cubre el medicamento recetado, se aplicará el copago o coseguro correspondiente. Sin embargo, si la receta tiene cobertura conforme al AMP, pero no es elegible para la cobertura conforme a un servicio de farmacia (p. ej., se presenta con demasiada anticipación o se receta para un uso no autorizado), el medicamento no será cubierto por el beneficio de farmacia y no será elegible para el descuento en farmacias descrito en esta sección.

Si está inscrito en el AMP, es elegible para un descuento en farmacias sobre ciertos medicamentos no cubiertos por el beneficio de farmacia. El descuento varía según el medicamento recetado. Los medicamentos recetados adquiridos con el descuento de farmacias minoristas no se consideran para el deducible anual de la red ni para el gasto máximo en efectivo.

Para utilizar el descuento en farmacias, presente la tarjeta de identificación del plan en la farmacia cuando retire su medicamento. Si el beneficio de farmacia no cubre la receta, la farmacia minorista descontará automáticamente el costo del medicamento.

Para obtener más información, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

## Asistencia del fabricante, y otros descuentos o cupones

Los descuentos, los cupones, los programas de descuento en farmacias, las tarjetas de débito o los arreglos similares provistos por los fabricantes de medicamentos o las farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos recetados (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos recetados que entrega en las farmacias cuando surte una receta) no contarán para su gasto máximo anual en efectivo. Además, si tiene cobertura del Plan Saver, dichos cargos no se tienen en cuenta para su deducible anual.

## Presentar un reclamo de beneficios farmacéuticos

Cuando surte una receta en una farmacia de la red elegible, no es necesario que presente un reclamo. No obstante, si no puede utilizar su tarjeta en una farmacia de la red o si no está de acuerdo con el monto que debe pagar, puede presentar un reclamo ante OptumRx. Su reclamo debe enviarse por escrito dentro de los 18 meses a partir de la fecha en la que se surte la receta (o de la fecha en la que intentó surtir la receta). Si la receta es una receta elegible, se pagará de acuerdo con los términos del beneficio de farmacia.

En los casos en que el Plan requiera una autorización previa, deberá presentar un reclamo previo al servicio ante OptumRx antes de que pueda surtir su receta.

Llame a OptumRx al **844-705-7493** para obtener un formulario de reclamo, o visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Los reclamos se procesan según los términos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a apelar. Los recursos se tramitan de acuerdo con los términos descritos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Privacidad y seguridad

Cuando compra medicamentos recetados a través de una farmacia de Walmart o Sam's Club, la farmacia de entrega a domicilio de Walmart, la farmacia especializada de Walmart, o si es elegible, una farmacia de la red de OptumRx, su información médica y personal se mantendrá en estricta confidencialidad. Todas las farmacias de la red están abarcadas por las regulaciones federales y estatales correspondientes, y cumplen con estas, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), que protege la privacidad de la información personal de salud. Walmart valora la confianza que nuestros asociados depositan en nosotros. Ganar esa confianza va de la mano de nuestro principal valor: el respeto por las personas. Para más información, consulte [Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA](#) en el capítulo [Información legal](#).



# Cuenta de ahorro de salud (HSA)

Ventajas del HSA: exenciones impositivas y contribuciones de Walmart	144
Elegibilidad para la HSA	144
Cómo abrir su HSA	145
Contribuciones a su HSA	146
Pago de los gastos médicos calificados con su HSA	147
Cómo invertir en su HSA	148
Si deja Walmart o deja de estar inscrito en el Plan Saver	148
Cómo cerrar su HSA	148

# Cuenta de ahorro de salud para participantes del Plan Saver

Si está inscrito en el Plan Saver y desea ahorrar en los gastos médicos calificados, la HSA es una excelente opción. Sus aportes a la HSA están libres de impuestos y Walmart las igualará dólar por dólar, hasta los límites establecidos. Las ganancias del saldo de su cuenta están exentas de impuestos y, a medida que la cantidad de dinero aumenta año tras año, usted puede utilizarlo para pagar sus gastos médicos actuales o futuros.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Establecer una cuenta o cambiar el monto de su contribución	Inicie sesión en <a href="https://www.walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b>
Acceda a su HSA	Ingrese en <a href="https://myhealthequity.com">MyHealthEquity.com</a> Si ingresa por primera vez como miembro y aún no ha establecido un usuario y una contraseña, haga clic en el botón "Create username and password" (Crear nombre de usuario y contraseña).	Llame a HealthEquity al <b>866-296-2860</b> . HealthEquity es el administrador y custodio de la HSA.
Obtener una lista de los gastos médicos calificados, I.R.C. § 213(d). Obtenga información sobre los límites de contribución, la elegibilidad, y las obligaciones de informes impositivos en relación con una HSA.	<a href="https://www.irs.gov">irs.gov</a> <b>Publicación 502 del IRS</b> , <i>Gastos médicos y dentales</i> <b>Publicación 969 del IRS</b> , <i>Cuentas de ahorro para la salud y otros planes de salud con ventajas fiscales</i>	Llame a HealthEquity al <b>866-296-2860</b> o comuníquese con su asesor impositivo.

## Lo que debe saber sobre la HSA

- Se debe inscribir en el Plan Saver a fin de abrir una HSA y hacer contribuciones a través de este programa.
- Walmart igualará el dinero antes de impuestos que usted aporte mediante deducción en nómina, dólar por dólar hasta el límite de aporte de contrapartida.
- La HSA le permite pagar los gastos médicos calificados (según lo define el IRS) con dólares libres de impuestos.
- La Cuenta de ahorro de salud (HSA) acepta contribuciones de transferencia desde otros planes de HSA elegibles.
- No es elegible para realizar contribuciones a una HSA durante los meses en los que esté de viaje fuera de los EE. UU. por negocios de la compañía y está cubierto por la póliza de seguro médico contra accidentes durante viajes de negocios internacionales de GeoBlue, la cual proporciona beneficios médicos para los asociados que viajan por negocios al exterior. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.
- La cuenta de ahorro de salud se ofrece a través de HealthEquity.

## Ventajas de la HSA: exenciones impositivas y contribuciones de Walmart

Si está inscrito en el Plan Saver, la HSA le ofrece lo siguiente:

- Contribuciones paralelas de la compañía a su HSA a sus contribuciones antes de impuestos, dólar por dólar, hasta el límite de las contribuciones paralelas.
- La posibilidad de realizar contribuciones con dólares antes de impuestos a su HSA a través de deducciones en el sueldo.
- La posibilidad de transferir fondos de HSA anteriores.
- La posibilidad de pagar los gastos médicos calificados con dinero exento de impuestos a través de la cuenta, incluido el acceso fácil al dinero de su cuenta mediante la tarjeta de débito que recibirá de HealthEquity. Usted también puede acceder a los fondos de su cuenta ingresando en [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com).

HealthEquity es el administrador/custodio de la HSA con el que Walmart ha contratado la recepción de las contribuciones a la HSA que se realizan mediante deducciones en nómina y contribuciones paralelas de Walmart. Para recibir la contribución equivalente de la compañía a su HSA o para realizar contribuciones antes de impuestos a través de las deducciones del sueldo, usted debe mantener una cuenta abierta con HealthEquity y seguir estando inscrito en el Plan Saver. Si tiene una HSA con otro custodio, Walmart no le permitirá hacer contribuciones antes de impuestos mediante las deducciones de nómina para esa HSA ni hará contribuciones paralelas a tal HSA. Puede transferir sus fondos a otro custodio de HSA en cualquier momento, pero Walmart mantendrá las deducciones de nómina en curso y proporcionará contribuciones paralelas de la compañía solamente para las HSA que se hayan establecido con HealthEquity.

Las ganancias por interés y de capital sobre el saldo de su cuenta no se gravan mientras los fondos permanezcan en su cuenta. Además, todos los fondos extraídos de la HSA para gastos médicos calificados están exentos de impuestos.

Podrá invertir el saldo de su cuenta una vez que el saldo alcanza un cierto monto. Las inversiones no están garantizadas ni aseguradas por la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (FDIC).

El saldo de su HSA se transfiere de un año a otro, lo cual aumenta sus ahorros para gastos médicos futuros. Usted es el propietario del saldo en su cuenta y puede ahorrarlo, invertirlo en fondos ofrecidos a través de HealthEquity o gastarlo en gastos médicos calificados.

**NOTA:** Es posible que la legislación fiscal estatal con respecto a las HSA difiera de la legislación fiscal federal en ciertos estados, como California y Nueva Jersey, que no eximen las contribuciones a las HSA del impuesto sobre la renta estatal. Consulte a su asesor impositivo o a HealthEquity si tiene preguntas acerca de las consecuencias impositivas federales o estatales de una cuenta de ahorro de salud.

## Elegibilidad para la HSA

Se debe inscribir en el Plan Saver a fin de hacer contribuciones a una HSA a través de este programa. El Plan Saver es un plan de salud de deducible alto calificado (HDHP), sujeto a la ley ERISA y a los requisitos de la ley federal que le permiten realizar contribuciones a una HSA. No obstante, Walmart no asegura la HSA que se describe en este capítulo. Walmart procura cumplir con las pautas del Departamento de Trabajo de los EE. UU. que especifican que una HSA no está sujeta a la ley ERISA cuando la participación del empleador con la HSA es limitada. En este sentido, ni Walmart ni el Plan se hacen cargo de establecer o administrar la HSA. En su lugar, usted establece la HSA durante el proceso de inscripción de beneficios y HealthEquity la administra.

Incluso si usted está inscrito en el Plan Saver, no puede contribuir a una HSA en los siguientes casos:

- Tiene cobertura de cualquier otro plan de salud que no sea un plan de salud de deducible alto calificado, incluida una cuenta de gastos flexibles (FSA) de atención de la salud para todo propósito o una cuenta de reembolso para la salud (HRA). Esto incluye también una FSA o HRA de uso general de un cónyuge u otro miembro de la familia de quien tenga cobertura. Existen ciertas excepciones para las FSA/HRA de "propósito limitado", que pueden utilizarse solamente para la cobertura dental o de la visión o de cuidados preventivos; las FSA/HRA "después del deducible", que facilitan cobertura solamente después de satisfacer el deducible bajo un HDHP; ciertas coberturas específicas de enfermedades; cobertura dental, de la visión, de cuidados a largo plazo y de discapacidad; pólizas de seguro por accidentes como el seguro por enfermedad grave y el seguro por accidentes, entre otros. No obstante, si está inscrito en el Plan Saver y también en el seguro por enfermedad grave que ofrece el Plan, no es elegible para la cobertura adicional para trasplante de órganos principales del seguro de enfermedad grave debido a las pautas del IRS que establecen que dicha cobertura se consideraría una cobertura de plan de salud que no es de deducible alto. Para obtener más información, comuníquese con HealthEquity por teléfono al **866-296-2860** o en línea en [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com).
- Está inscrito en Medicare.
- Está inscrito en Medicaid.
- Tiene cobertura de TRICARE.
- Ha recibido servicios médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. durante los tres meses anteriores, que no fueran beneficios dentales, de la visión o de atención preventiva o por una discapacidad relacionada con su servicio. La mera elegibilidad para recibir los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos no lo descalifican para contribuir a una HSA.
- Ha recibido servicios médicos en un centro de atención del Servicio de Salud para las Poblaciones Indígenas (IHS) durante los tres meses anteriores, salvo servicios dentales, de la visión o atención preventiva.
- Puede presentar un reclamo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.



Asimismo, no es elegible para realizar contribuciones a una HSA durante los meses en los que esté de viaje fuera de los EE. UU. por negocios de la compañía y esté cubierto por la póliza de seguro médico contra accidentes durante viajes de negocios internacionales de GeoBlue, la cual proporciona cobertura médica para los asociados que viajan por negocios al exterior. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.

Pueden corresponder otras restricciones. Para obtener más información, llame a HealthEquity al **866-296-2860**. Usted debe determinar si es elegible para una HSA.

Su condición de dependiente no afecta que pueda realizar contribuciones a una HSA. Por ejemplo, la condición de cónyuge/pareja de Medicare no afecta la posibilidad de realizar contribuciones a una HSA.

Durante el año del Plan, es posible que usted deba confirmar la elegibilidad para la cuenta para continuar con las contribuciones (por ejemplo, si usted pasa a ser elegible para Medicare debido a su edad, es posible que se le pida que demuestre que no esté inscrito en Medicare). En ciertos casos, la inscripción en Medicare puede ser retroactiva (como cuando retrasa su inscripción hasta después de los 65 años) y, en ese caso, además perderá la elegibilidad para realizar contribuciones a la HSA de manera retroactiva. Si es elegible para Medicare o se inscribe en Medicare, debe evaluar con atención su participación en la HSA para evitar sanciones por contribuciones en exceso.

Si realiza o recibe una contribución no elegible a su HSA, se puede aplicar un régimen impositivo, a menos que retire la contribución dentro de ciertas fechas límites. Para obtener más información acerca de Medicare, la elegibilidad para la HSA o cómo corregir contribuciones no elegibles, comuníquese con su asesor impositivo o revise la [Publicación 969 del IRS, Cuentas de ahorro de salud y otros planes de salud con beneficios impositivos](#). También puede llamar al **800 Medicare (800-633-4227)** o visitar [medicare.gov](http://medicare.gov).

## Cómo abrir su HSA

Cuando se inscribe en línea en el plan Saver, elige la cantidad que desea contribuir a su HSA a través de deducciones del sueldo. Puede cambiar su monto de contribución en cualquier momento. Consulte [Configuración o cambio del monto de su contribución](#) más adelante en este capítulo.

Recibirá un kit de bienvenida en el domicilio que figura en los registros de Walmart, directamente de HealthEquity, por lo general, dentro de los siguientes plazos:

- Antes de fines de diciembre si se inscribe durante el período de Inscripción Anual, o
- Dentro de las dos a tres semanas posteriores a la apertura de su HSA si se inscribe en cualquier otro momento

Se incluirá su tarjeta de débito en el kit de bienvenida. Active su tarjeta de débito en línea en [MyHealthEquity.com](http://MyHealthEquity.com) o llamando a HealthEquity al **866-296-2860**.

No se depositarán contribuciones antes de impuestos ni contribuciones paralelas de la compañía en su HSA hasta que la cuenta esté abierta y su cobertura del Plan Saver sea efectiva. Su cuenta no se considerará abierta hasta tanto complete con éxito el proceso de identificación de clientes obligatorio para la apertura de una HSA. Si HealthEquity necesita más información para completar este proceso, se pondrá en contacto con usted.

Una vez que HealthEquity confirme que su cuenta está abierta y usted ha completado la selección de la HSA en línea, comenzarán a ingresar sus contribuciones antes de impuestos y las contribuciones paralelas de Walmart a partir del siguiente período de pago. Si se realizan contribuciones antes de impuestos o contribuciones paralelas de la compañía antes de que se abra su HSA, HealthEquity retendrá tales contribuciones y las depositará en su HSA una vez que se abra. Si su cuenta no se abre dentro de un período razonable, se reembolsarán los fondos retenidos de su sueldo con su cheque de pago (menos los impuestos del sueldo aplicables) y aparecerán en su formulario W-2 como salarios. La contribución del empleador, si la hubiere, se devolverá a Walmart.

Su derecho a que las contribuciones paralelas de la compañía se depositen en su HSA está supeditado a que abra su HSA a tiempo, y las contribuciones paralelas de la compañía no se devengarán ni estarán disponibles a menos que haya abierto su HSA a tiempo. Si no abre su HSA antes del 1 de diciembre del año del Plan, perderá el derecho a las contribuciones paralelas de Walmart para ese año, incluso si está inscrito en el Plan Saver durante ese año.

Si tiene preguntas sobre el estado de su cuenta, el kit de bienvenida o la tarjeta de débito, llame a HealthEquity al **866-296-2860** o visite [MyHealthEquity.com](http://MyHealthEquity.com).

Para transferir fondos de una HSA anterior, póngase en contacto con HealthEquity llamando al **866-296-2860**.

## GASTOS DE LA HSA

Walmart paga los gastos mensuales de mantenimiento de la HSA si usted está inscrito en el Plan Saver y el custodio de su HSA es HealthEquity. Sin embargo, si está inscrito en la ley COBRA, finaliza su relación laboral con Walmart, pierde de otro modo la elegibilidad para la cobertura del AMP o deja de estar inscrito en el Plan Saver, será responsable de todos los cargos relacionados con los cargos de mantenimiento mensuales. Si se produce alguno de tales eventos, estos gastos se deducirán automáticamente del saldo de su HSA. Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener más información sobre los gastos de los diversos servicios de su HSA. Es su responsabilidad verificar el saldo de su HSA antes de utilizar fondos para pagar los servicios. Los cronogramas de cargos y tasas actuales están disponibles en [MyHealthEquity.com](http://MyHealthEquity.com). El cronograma de cargos también se incluye en el kit de bienvenida.

Walmart no pagará los cargos por giros en descubierto, los cargos por contribuciones en exceso ni los cargos por la pérdida de la tarjeta. Asimismo, Walmart tampoco contribuye fondos ni paga ninguna tarifa asociada a una HSA para su cónyuge o pareja que estén inscritos en el Plan Saver a través de su cobertura familiar.

## DECLARACIONES E INFORMACIÓN DE LA HSA

Su derecho a recibir un estado de cuenta del saldo de su HSA de HealthEquity y otra información relativa a su HSA de HealthEquity se rige por los términos del acuerdo de custodia de HealthEquity. Visite [MyHealthEquity.com](https://www.MyHealthEquity.com) para consultar la información relativa a su HSA, que incluye el acuerdo de custodia de HealthEquity.

## Contribuciones a su HSA

Una vez que abra su HSA, las contribuciones a la misma se realizarán en los siguientes términos (siempre y cuando su cuenta esté abierta y usted esté inscrito en el Plan Saver):

- Usted realiza contribuciones antes de impuestos a su HSA a través de deducciones del sueldo por cualquier suma (de \$5 o más cada período de pago) hasta el límite legal (considerando las contribuciones de Walmart). Las contribuciones suelen basarse en 26 períodos de pago.
- Walmart realizará contribuciones paralelas antes de impuestos a sus contribuciones, dólar por dólar, hasta el límite de las contribuciones paralelas que se indica en la tabla a continuación.
- Las contribuciones antes de impuestos y las contribuciones paralelas de la compañía se depositan en su HSA poco después de que finalice cada período de deducción de nómina.
- Además de realizar contribuciones antes de impuestos con deducciones del sueldo, puede contribuir directamente a su HSA enviando un cheque por correo postal a HealthEquity o realizando una transferencia electrónica de fondos una vez que haya vinculado su cuenta bancaria personal con el sitio web de HealthEquity. Cualquiera de dichas contribuciones se computa para el límite de contribución especificado en la siguiente tabla. Estas contribuciones personales se hacen después de impuestos y no son elegibles para las contribuciones paralelas de Walmart. Si bien puede solicitar una deducción en el impuesto sobre la renta por los aportes realizados directamente a su HSA, no existe una deducción correspondiente por los impuestos del Seguro Social o Medicare que puedan haber gravado los fondos utilizados para

realizar los aportes directos. (Para fines de comparación, los aportes antes de impuestos realizados mediante deducciones de nómina están exentas de los impuestos del Seguro Social y Medicare, así como del impuesto federal sobre la renta y, en muchos casos, del impuesto estatal sobre la renta). Walmart no hace el seguimiento de sus contribuciones a la HSA después de impuestos; es su responsabilidad asegurarse de no superar el límite anual de contribución.

- Si la contribución solicitada para su HSA para un período de pago específico excede el monto de su cheque de pago después de las deducciones, no se realizarán contribuciones antes de impuestos ni contribuciones paralelas de la compañía a su HSA para dicho período.
- Con respecto a su cheque de pago final, es posible que las contribuciones antes de impuestos y la contribución paralela de la compañía para su HSA se reduzcan debido a restricciones legales estatales sobre las deducciones del sueldo o debido a que la contribución solicitada para su HSA excede el monto neto de su cheque de pago después de las deducciones.

Si se produce un evento de cambio de elección y cambia de cobertura para asociado solo a cobertura familiar dentro del Plan Saver durante el año, Walmart aumentará la contribución paralela para que corresponda con el límite de contribución paralela para la cobertura familiar. Si cambia de cobertura familiar a cobertura para asociado solo durante el año, no se reducirán las contribuciones paralelas que Walmart realizó previamente. Si esto provoca que las contribuciones a su cuenta superen el límite de contribución anual, deben retirarse las contribuciones en exceso antes de la fecha límite de la declaración de impuestos para evitar el pago de impuestos adicionales.

## LÍMITES ANUALES DE CONTRIBUCIÓN

Por ley, puede contribuir un monto máximo a su HSA durante el año. La contribución máxima anual es la contribución total proveniente de todas las fuentes (contribuciones antes y después de impuestos realizadas por usted y cualquier contribución paralela hecha por la compañía). Para el 2024, la contribución anual máxima que se puede hacer a su HSA es:

- \$4,150 para la cobertura individual, u
- \$8,300 para la cobertura familiar.

El gobierno federal indexa estos montos anualmente y es posible que estén sujetos a cambios cada año. Puede consultar la Publicación 969 del IRS para saber detalles sobre los montos indexados aplicables a un año en particular.

### SUS CONTRIBUCIONES Y LAS CONTRIBUCIONES DE WALMART A LA HSA

El deducible anual de la red del Plan Saver	Contribución paralela de la compañía: \$1 por \$1 hasta	La contribución máxima anual para 2024 (contribuciones del asociado y de la compañía combinadas)*
\$3,000 (cobertura del asociado solo)	\$350	\$4,150
\$6,000 (cobertura familiar)	\$700	\$8,300

\* Si el 31 de diciembre de 2024 usted tiene 55 años o más, puede contribuir un monto adicional de \$1,000 en 2024.

Su contribución máxima anual a la HSA puede ser inferior al máximo establecido por la ley si durante el año hay meses en los que no tiene derecho a contribuir a la HSA. Es elegible para contribuir a la HSA durante un mes si el primer día del mes tiene una cobertura de la salud con deducible alto que cumpla los requisitos (como la cobertura a través del Plan Saver) y no tiene ninguna cobertura de salud que no cumpla los requisitos el primer día del mes (como la cobertura a través de Medicare o un plan de salud con "deducible bajo"). Si no es elegible para contribuir a la HSA durante uno o más meses al año, su contribución máxima anual a la HSA se prorrateará por la cantidad de meses que sea elegible para la HSA. Por ejemplo, si solamente es elegible para una HSA durante nueve meses al año, su contribución máxima anual para la HSA será de 9/12 (75 %) del máximo anual establecido por ley. Usted es responsable de determinar su contribución máxima anual para la HSA.

Es importante controlar las contribuciones que se realizan a su HSA, ya que se aplican sanciones impositivas si sus contribuciones exceden el límite anual. Los cambios en la cobertura durante el año o la inscripción después del comienzo del año pueden afectar los límites de sus contribuciones. Si, durante el año, se da cuenta de que las contribuciones combinadas a su HSA superan el límite anual, puede retirar las contribuciones en exceso y las ganancias por interés relacionadas antes de que venza el plazo de presentación de la declaración del impuesto a los ingresos para ese año (incluidas las prórrogas). Para obtener información y asistencia, llame a HealthEquity al **866-296-2860**.

## SI TIENE MÁS DE 55 AÑOS

Si tiene 55 años o más en el 2024, puede hacer contribuciones para ponerse al corriente adicionales a su HSA mediante deducciones del sueldo, como con su contribución regular. Para el 2024, el límite de contribución para ponerse al corriente es de \$1,000. Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información.

## SI TIENE COBERTURA FAMILIAR

Si también tiene cobertura para su cónyuge con el Plan Saver y están legalmente casados, ambos pueden contribuir a las HSA individuales, pero el límite de contribución para 2024 para ambas cuentas combinadas se basa en el monto máxima que se puede contribuir para una familia: \$8,300. Este límite puede repartirse entre usted y su cónyuge de la forma que acuerden. Si usted o su cónyuge cumplirán 55 años o más en 2024, la contribución total combinada aumenta a razón de \$1,000 por cada participante que tenga 55 años o más. No obstante, los \$1,000 adicionales solamente pueden ser contribuidos por cada cónyuge a su propia HSA individual. Walmart no contribuye fondos ni paga los gastos relacionados con una HSA de su cónyuge.

Si usted tiene cobertura para una pareja elegible conforme al Plan Saver y no están legalmente casados, usted y su pareja son elegibles para contribuir a HSA individuales hasta el límite máximo de contribución familiar de \$8,300 (siempre y cuando ni usted ni su pareja puedan declararse como dependiente en

los impuestos en ninguna declaración de impuestos federal de la persona). Si usted o su pareja tienen 55 años o más en el 2024, la contribución máxima se incrementa \$1,000 por cada participante de 55 años o más, pero estos \$1,000 adicionales solamente los puede contribuir cada miembro de la pareja a su propia HSA individual. La compañía no contribuye fondos ni paga los gastos relacionados con una HSA de su pareja.

Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información acerca de cómo abrir una HSA para su cónyuge/pareja elegible.

## GANANCIAS POR INTERÉS EN SU CUENTA DE AHORRO DE SALUD

El saldo no invertido de su HSA devenga intereses. Para obtener información sobre la tasa de interés, llame a HealthEquity al **866-296-2860** o visite [MyHealthEquity.com](https://www.MyHealthEquity.com). El interés actual devengado junto con el listado de las tasas de interés está disponible en los estados de cuenta mensuales.

## CONFIGURACIÓN O CAMBIO DEL MONTO DE SU CONTRIBUCIÓN

Puede cambiar el monto de su contribución en línea en cualquier momento durante el año, sobre una base prospectiva.

Para establecer o cambiar su monto de contribución, inicie sesión en [One.Walmart.com](https://www.One.Walmart.com). Llame a People Services al **800-421-1362** si necesita ayuda para establecer sus deducciones del sueldo.

**NOTA:** Una vez que haga la contribución máxima anual (según se muestra en la tabla de la página anterior), sus contribuciones del sueldo se interrumpen automáticamente. Es su responsabilidad tomar una nueva decisión sobre la contribución en la siguiente Inscripción Anual para el próximo año calendario.

## Pago de los gastos médicos calificados con su HSA

Cuando tenga un gasto médico elegible, puede decidir pagar en efectivo o utilizar los fondos de su HSA. Algunas personas utilizan su HSA para los gastos actuales, mientras que otras prefieren utilizar la HSA como una cuenta para los gastos de atención médica en el futuro. Los gastos médicos elegibles incluyen los deducibles y el coseguro del plan de salud, la mayoría de la atención y los servicios médicos, la atención dental y de la visión, los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre. Además, los montos que se pagan por ciertos productos de cuidado menstrual, como tampones y toallitas femeninas, son gastos médicos elegibles. Estos gastos no deben estar ya cubiertos por su plan de seguro médico y, por lo general, las primas de seguro médico no califican. Solamente los gastos médicos incurridos después de haber establecido una HSA son elegibles para el pago o reembolso a través de una HSA. Consulte las Publicaciones 969 y 502 del IRS en [irs.gov](https://www.irs.gov) para obtener información sobre los gastos médicos calificados. También puede encontrar información sobre los gastos médicos calificados en [One.Walmart.com](https://www.One.Walmart.com) y [MyHealthEquity.com](https://www.MyHealthEquity.com).

## LA HSA Y LA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO A LOS INGRESOS

Los fondos de su HSA le pertenecen, pero todo el dinero usado para gastos médicos no calificados estará sujeto al impuesto federal a los ingresos y a una multa del 20 % si tiene menos de 65 años. Guarde sus recibos y otros registros para demostrar que usó los fondos de la HSA para sus gastos médicos elegibles. Recuerde que usted es responsable de las consecuencias fiscales asociadas con las contribuciones y los retiros de su HSA. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre su HSA y los impuestos.

## Cómo invertir en su HSA

Una vez que su HSA alcanza un saldo mínimo de \$1,000, puede invertir el monto que exceda ese saldo en una selección de más de 20 fondos de inversión disponibles a través de HealthEquity. Revise los fondos y obtenga más información en [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com), en la sección "Investments" (Inversiones). Usted es responsable de sus propias decisiones de inversión. Los montos que se invierten no están garantizados ni asegurados por la FDIC y pueden perder valor.

## Si deja Walmart o deja de estar inscrito en el Plan Saver

Los fondos de su HSA le pertenecen como titular de la cuenta, incluso si se inscribe en la ley COBRA, cambia de plan de seguro médico, cambia de empleo o se va de Walmart. En estos casos, usted es responsable de todos los gastos relacionados con la cuenta.

## Cómo cerrar su HSA

Todos los fondos en su HSA le pertenecen y puede usarlos para gastos médicos calificados libres de impuestos, ahora y en el futuro. Si no desea mantener la cuenta, llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información sobre su cierre. Si retira fondos de su HSA al cerrarla, puede estar sujeto a impuestos sobre los montos retirados.



# El plan dental

Su plan dental	152
Cómo funciona el plan dental	152
Presentación de un reclamo dental	153
Qué está cubierto conforme al plan dental	154
Beneficios limitados	157
Qué no está cubierto conforme al plan dental	157
Interrupción de la cobertura	158
En qué momento finaliza su cobertura dental	158
Si deja Walmart y vuelve a ser contratado	159

La información de este capítulo describe los beneficios dentales a los que puede acceder si:

- Usted es conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o asociado asalariado (de la gerencia) elegible
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

# Plan dental

El plan dental cubre varios servicios sin deducible para los servicios de atención preventiva y de ortodoncia. Además, cuando utiliza odontólogos de la red, ahorrará dinero mientras protege uno de sus bienes más valiosos: su sonrisa.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtener una lista de odontólogos de la red de Delta Dental	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> o <a href="http://deltadental.com">deltadental.com</a>	Llame a Delta Dental al <b>800-462-5410</b> o a People Services al <b>800-421-1362</b>
Obtenga respuestas a sus preguntas con respecto a los reclamos dentales y comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental	Visite <a href="http://deltadental.com">deltadental.com</a> y seleccione "Login/Register" (Iniciar sesión/Registrarse) para crear una cuenta.	Llame a Delta Dental al <b>800-462-5410</b>
Obtenga un formulario de reclamo si utiliza un odontólogo que no forma parte de la red.	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> o <a href="http://deltadental.com">deltadental.com</a>	

## Lo que debe saber sobre el plan dental

- Si es un asociado elegible, puede adquirir cobertura dental para pagar los gastos de atención dental preventiva, básica y compleja, además de los gastos de ortodoncia. Para obtener información sobre la elegibilidad, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- Delta Dental of Arkansas administra el beneficio del plan dental.
- Una vez que alcanza el deducible anual del plan dental, el plan dental paga los beneficios de hasta \$2,500 por persona cubierta por año calendario y un beneficio máximo de ortodoncia de por vida de \$1,500 por persona cubierta. El deducible anual no se aplica a los servicios de atención preventiva y de diagnóstico ni de ortodoncia.
- La cobertura del plan dental debe permanecer vigente durante dos años calendario completos.
- Los servicios de ortodoncia se cubren después de un período de espera de 12 meses.
- Si tiene cobertura médica del Plan Médico para Asociados (AMP), la información odontológica y médica se encuentra en la tarjeta de identificación del plan. Si está inscrito en una HMO o si solo tiene cobertura dental, recibirá una tarjeta de identificación de Delta Dental. Las tarjetas de identificación se enviarán por correo al domicilio que figura en los registros de Walmart.

## Su plan dental

El plan dental está disponible para usted si es un asociado pagado por hora o gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes elegibles, excepto los cónyuges o las parejas de los asociados a tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camión a tiempo parcial. El plan dental está administrado a través de Delta Dental.

El beneficio del plan dental es autoasegurado, lo que significa que los beneficios no son pagados por una compañía aseguradora.

Delta Dental administra el plan dental y tiene la autoridad fiduciaria para tomar decisiones con respecto a los reclamos de beneficios y la apelación de primer nivel de un reclamo que ha sido denegado.

Una vez inscrito en el plan dental, su cobertura debe permanecer vigente durante dos años calendario completos. Puede agregar o quitar a un dependiente durante la Inscripción anual o debido a un evento de cambio de elección, pero debe mantener un mínimo de cobertura para asociado solo, durante dos años calendario completos.

### SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe al plan dental, además selecciona los familiares elegibles que desea cubrir:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados a tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)
- Asociado + hijos o
- asociado + familia (excepto para asociados a tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y sobre cuándo se le puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cómo funciona el plan dental

El plan dental cubre cuatro tipos de servicios odontológicos:

- La cobertura de **atención preventiva y de diagnóstico** incluye exámenes bucales y limpiezas y servicios relacionados. No es necesario que alcance el deducible anual para que el plan dental cubra estos servicios. Los gastos que pague para la atención preventiva y de diagnóstico, si los hubiere, no se aplicarán al deducible.
- La cobertura de **atención básica** incluye empastes, periodoncia no quirúrgica y tratamientos de conducto, y comienza una vez que alcanza el deducible anual.
- La cobertura de **atención compleja** incluye periodoncia quirúrgica, coronas y dentaduras postizas, y comienza una vez que alcanza el deducible anual.
- La cobertura de **ortodoncia** comienza una vez que la persona que recibe servicios de ortodoncia haya tenido cobertura del plan dental durante 12 meses; no es necesario que alcance el deducible anual antes de recibir los beneficios de atención de ortodoncia. Los cargos que pague por la atención de ortodoncia no se aplicarán al deducible anual.

**NOTA:** El período de espera de 12 meses para la cobertura de ortodoncia se anula para los siguientes miembros:

- asociados y dependientes cubiertos localizados; y
- participantes inscritos que han cumplido previamente su período de espera completo.

Una vez que alcanza el deducible anual (si corresponde) y completa el período de espera correspondiente, el plan dental paga un porcentaje del gasto máximo permitido del plan (MPA) para los gastos cubiertos.

COBERTURA SEGÚN EL PLAN DENTAL			
<b>Deducible anual</b> Exento para atención preventiva y de diagnóstico y ortodoncia	\$75 por persona/\$225 por familia		
<b>Beneficios máximos</b> No se aplica a la atención de ortodoncia	\$2,500 por persona cubierta por año calendario.		
	<b>Odontólogos de Delta Dental PPO</b>	<b>Odontólogos de Delta Dental Premier</b>	<b>Odontólogos fuera de la red</b>
<b>Atención preventiva y de diagnóstico</b> Los costos (si hubiera) no se cuentan para el deducible anual	100 % de cobertura; no se aplica el deducible anual	80 % de cobertura;* no se aplica el deducible anual	80 % del gasto máximo permitido; sin deducible anual
	* En las áreas donde la cantidad de odontólogos PPO no es suficiente, tal como lo determina la ubicación del centro de atención, los servicios están cubiertos al 100 %. Visite <a href="https://www.one.walmart.com">One.Walmart.com</a> para obtener información.		
<b>Atención básica</b> Incluye empastes, periodoncia no quirúrgica y tratamiento de conducto	80 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
<b>Atención compleja</b> Incluye periodoncia quirúrgica, coronas y dentaduras postizas	50 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
<b>Asistencia de ortodoncia (espera de 12 meses)</b> Los costos no se cuentan para el deducible anual o el beneficio máximo	80 % del gasto máximo permitido del plan hasta \$1,500 de beneficio de ortodoncia máximo de por vida por persona; no se aplica el deducible anual		



## GASTO MÁXIMO PERMITIDO DEL PLAN (MPA)

El MPA es el monto máximo que el plan dental paga por los servicios odontológicos cubiertos. El MPA se aplica a los servicios dentales dentro y fuera de la red para atención preventiva y diagnósticos, atención básica y atención principal.

Para los servicios cubiertos dentro de la red, el MPA es la parte de los cargos cobrados por un proveedor que cubre el plan dental, según lo establece el contrato del proveedor con Delta Dental of Arkansas. Los proveedores de la red acuerdan aceptar un monto negociado por Delta Dental para los servicios cubiertos como pago completo, sujeto al deducible y el coseguro aplicables.

En el caso de los servicios cubiertos fuera de la red, el APM puede diferir según el estado y se deriva de una serie de factores, entre ellos, los datos de las tarifas de los reclamos y las declaraciones de honorarios presentadas por el odontólogo. Si consulta a un proveedor odontológico fuera de la red, el plan dental paga un porcentaje basado en el MPA o los cargos reales facturados por el proveedor para un procedimiento cubierto, lo que sea menor. Si los cargos facturados del proveedor superan el MPA del Plan, usted es responsable de pagar el 100 % de la diferencia. Para obtener más información, llame a Delta Dental al **800-462-5410**.

## CONOZCA QUÉ ADEUDARÁ: OBTenga UN CÁLCULO APROXIMADO ANTES DEL TRATAMIENTO

No es obligatorio que obtenga una aprobación previa para los tratamientos odontológicos. Sin embargo, al solicitar a su odontólogo que envíe una propuesta de plan de tratamiento, usted puede saber cuánto podría pagar el plan dental por un procedimiento o tratamiento antes de que se lleven a cabo. Se recomienda enviar una propuesta de plan de tratamiento para los tratamientos que podrían costar \$800 o más. Delta Dental le ofrecerá un cálculo aproximado previo al tratamiento de la cantidad que se cubrirá y le puede recomendar un plan de tratamiento alternativo si parte del plan de tratamiento de su odontólogo no es elegible para la cobertura.

Para obtener un cálculo aproximado antes del tratamiento, pídale a su odontólogo que complete un formulario de reclamo odontológico regular y marque la casilla “determinación previa”. El formulario debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

**Delta Dental of Arkansas**  
**P.O. Box 15965**  
**Little Rock, Arkansas 72231-5965**

El cálculo aproximado de Delta Dental previo al tratamiento no constituye garantía de pago. Debe presentar un reclamo por los servicios prestados, según lo establecido en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## AHORRE DINERO UTILIZANDO ODONTÓLOGOS DE LA RED

Como participante del plan dental, puede utilizar cualquier odontólogo y recibir beneficios para los gastos cubiertos conforme al Plan. Sin embargo, ahorrará dinero cuando utilice odontólogos de Delta Dental PPO y Premier. Los proveedores contratados con Delta Dental acuerdan aceptar el gasto

permitido máximo del plan dental como pago completo para un procedimiento cubierto, por lo que usted no paga más del porcentaje de coseguro aplicable al plan dental (después de alcanzar el deducible anual aplicable). Además, puede ahorrar tiempo si recurre a los odontólogos de Delta Dental PPO o Premier porque ellos se encargan de la presentación de reclamos.

La red PPO de Delta Dental es una amplia red nacional de odontólogos, pero no está ampliamente disponible como la red Delta Dental Premier. Consulte el cuadro titulado [Cobertura según el plan dental](#) anteriormente en este capítulo para obtener detalles sobre cómo los términos de la cobertura para atención preventiva y de diagnóstico pueden diferir en cuanto a la disponibilidad de odontólogos PPO en su área. Para buscar un odontólogo de Delta Dental PPO o de Delta Dental Premier, consulte la tabla de [Recursos](#) del plan dental que aparece al comienzo de este capítulo.

VALE LA PENA UTILIZAR LOS ODONTÓLOGOS DE LA RED		
	Odontólogos de Delta Dental Premier y Delta Dental PPO	Odontólogos fuera de la red
El odontólogo presenta los reclamos en su nombre	Sí	No
El odontólogo acepta el gasto máximo permitido como pago total, sujeto al deducible anual y al coseguro	Sí	No
El odontólogo ofrece precios reducidos en los servicios cubiertos por el plan dental para los participantes de Delta Dental.	Sí	No

## Presentación de un reclamo dental

Si utiliza un odontólogo de Delta Dental PPO o Premier, su odontólogo se encargará de la presentación de su reclamo. Si utiliza un odontólogo fuera de la red, es posible que usted deba presentar el reclamo. Si el odontólogo pertenece a Delta Dental PPO o Premier, el plan dental puede pagarle directamente al odontólogo. Si utiliza un odontólogo fuera de la red, el pago se le realizará a usted.

Envíe su reclamo a la siguiente dirección:

**Delta Dental of Arkansas**  
**P.O. Box 15965**  
**Little Rock, Arkansas 72231-5965**

Usted o su proveedor odontológico deben presentar un reclamo según los procedimientos de reclamos dentro de los 18 meses a partir de la fecha del servicio para que su reclamo no se rechace.

Si no se sigue el procedimiento de reclamos descrito en el capítulo **Reclamos y apelaciones**, por ejemplo, si no envía su reclamo a la dirección correcta, su reclamo puede ser rechazado.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado.

## SI CUENTA CON COBERTURA CONFORME A MÁS DE UN PLAN DENTAL

Si usted o un familiar tiene cobertura del plan dental y también tiene cobertura de otro plan dental (por ejemplo, un plan de la compañía de su cónyuge/pareja), se puede aplicar la coordinación de beneficios. El plan dental tiene el derecho de coordinar con los otros planes que le dan cobertura a fin de que los beneficios dentales totales que se deben pagar no excedan el nivel de beneficios que se deben pagar conforme al plan dental.

Cuando tiene la cobertura de más de un plan, se designa a uno de ellos como el plan principal. El plan principal paga primero e ignora los beneficios que se deben cubrir conforme a otros planes cuando se los determine. Se designa cualquier otro plan como el plan secundario que paga los beneficios después del plan principal. Un plan secundario resta de sus beneficios el monto de beneficios que se deben cubrir conforme a “otros planes” y puede limitar los beneficios que paga.

Debe cumplir con las cláusulas del seguro principal a fin de que el plan dental pague como pagador secundario.

Estas reglas se aplican independientemente de que se presente o no un reclamo conforme al otro plan. Si no se presenta un reclamo, los beneficios conforme al plan dental quedarán pendientes o se rechazarán hasta que se reciba una explicación de los beneficios que demuestre que se presentó el reclamo ante el plan principal.

### CÓMO EL PLAN DENTAL PUEDE COORDINARSE CON OTROS PLANES

	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como plan principal al:	80 %	80 %	0 %
Y el pago del plan dental es:	80 %	100 %	80 %
El beneficio total del plan dental es:	0 %	20 %	80 %

## DETERMINAR CUÁL ES EL PLAN PRINCIPAL

Un plan sin una disposición de coordinación es siempre principal. El plan dental tiene una disposición de coordinación. Si todos los planes incluyen una disposición de coordinación, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- El plan que cubre al participante para el que se realizó el reclamo, que no sea como dependiente, paga primero y el otro plan paga en segundo término.
- En lo que respecta a los reclamos de hijos dependientes, el plan del progenitor que primero cumple años en el año calendario es el primario.

- Cuando las fechas de cumpleaños de ambos progenitores coinciden en el mismo día, el plan que ha cubierto a la persona a cargo por un período de tiempo mayor es el primario.
- Cuando los progenitores de un hijo dependiente están divorciados o separados, o la pareja de hecho o relación legal se termina, y el progenitor que tiene la custodia no se ha casado de nuevo, el plan de ese progenitor es el principal.
- Cuando el progenitor que tenga custodia se haya vuelto a casar o haya establecido una relación de pareja de hecho con otra persona, el plan de ese progenitor pasa a ser el principal, el plan del padrastro o la madrastra paga de forma secundaria y el plan del progenitor sin custodia paga último.
- Cuando existe una sentencia del tribunal que establece la responsabilidad financiera de los gastos de atención de la salud del niño, el plan que cubre al progenitor con responsabilidad financiera es el principal.
- Si estas reglas no establecen un orden de determinación de beneficios, el plan que ha cubierto al afiliado para el que se realizó el reclamo durante el período más extenso será el principal.

Si tiene cobertura bajo un derecho de continuación de la cobertura en virtud de la ley federal o estatal (tal como COBRA) y también tiene cobertura bajo otro plan que le cubre como empleado, afiliado o jubilado (o como dependiente de esa persona), este último plan es el principal y la continuación de la cobertura es secundaria. Si el otro plan no tiene esta norma, y los planes no llegan a un acuerdo con respecto al orden de los beneficios, esta norma no se aplica.

## Qué está cubierto conforme al plan dental

El plan dental cubre los servicios enumerados en esta sección, sujeto a ciertas limitaciones. Si tiene preguntas sobre qué está cubierto con el plan dental, llame a Delta Dental al **800-462-5410**.

### ATENCIÓN PREVENTIVA Y DE DIAGNÓSTICO

La atención preventiva y de diagnóstico tiene cobertura sin necesidad de alcanzar el deducible anual.

**Radiografías de molares en oclusión:** Se cubre cada año según lo exija el dentista. Se combina con la radiografía panorámica si la realiza el mismo proveedor el mismo día y se procesa como una serie de boca completa. Limitadas a dos películas por visita para menores de 10 años.

**Limpieza (profilaxis odontológica):** Una profilaxis, que incluye limpieza, descamación y pulido de las piezas dentarias, tiene cobertura dos veces durante un año calendario. Se permiten dos limpiezas adicionales durante el embarazo y hasta tres meses después del parto. Se permiten dos limpiezas adicionales en caso de enfermedades cardíacas, diabetes y enfermedad periodontal. Mantenimiento periodontal adicional (hasta cuatro por año calendario) permitido para la enfermedad periodontal. El beneficio adicional no puede combinarse para un paciente con más de una de las afecciones mencionadas.

**Tratamiento con flúor:** Cubierto una vez cada año natural para los afiliados menores de 19 años. Se cubre una aplicación adicional por año calendario para los dependientes menores de 19 años elegibles y con riesgo moderado o alto (según la definición de los Códigos de procedimientos dentales de la asociación dental americana) de desarrollar caries. Se ofrece cobertura para la aplicación de fluoruro diamino de plata dos veces por año calendario, por diente. No se cubren las restauraciones realizadas en los dos meses siguientes a una aplicación de fluoruro diamino de plata. Los selladores y las restauraciones preventivas no están cubiertos si se ha aplicado fluoruro diamino de plata al diente. El fluoruro diamino de plata no está cubierto el mismo día que una restauración del mismo diente.

**Desbridamiento de la boca completa:** Limitado a una vez en la vida.

**Serie de boca completa o radiografía panorámica:** Limitadas a un procedimiento en cualquier período de 60 meses consecutivos. Una serie de la boca entera es cualquier combinación de 14 o más radiografías periapicales y/o interproximales que se toman en la misma fecha. Si la combinación de imágenes intraorales facturadas por separado (es decir, radiografías interproximales y periapicales) iguala o supera la cantidad de películas permitida para una serie de la boca entera, los cargos por las imágenes se combinarán y se considerará que comprenden una serie de la boca entera. Solo se paga un beneficio si no se pagaron otras radiografías panorámicas o serie de boca completa durante los 60 meses consecutivos anteriores.

**Exámenes bucales:** Los beneficios se pagan de la siguiente manera:

- **Examen bucal de rutina:** dos exámenes cubiertos durante un año calendario.
- **Examen bucal integral o examen periodontal:** el examen bucal integral inicial se paga en función de las limitaciones del tiempo de examen bucal de rutina. Los exámenes bucales integrales posteriores presentados por el mismo proveedor en el plazo de tres años se procesan como exámenes bucales de rutina.

Los exámenes de emergencias realizados por odontólogos no están sujetos a las restricciones del año calendario.

**Radiografías periapicales:** Se cubren según sean necesarias.

**Restauración preventiva con resina:** Cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para participantes menores de 19 años. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria cada cinco años.

**Pruebas de vitalidad pulpar:** Se cubren si el mismo proveedor no realiza otro procedimiento definitivo el mismo día.

**Evaluaciones de riesgo:** Se cubren una vez cada tres años para niños de 3 a 18 años de edad.

**Reparación con selladores:** Cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para participantes menores de 16 años. No se cubren durante los primeros 24 meses de la colocación inicial del sellador. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria cada 24 meses. No se cubren cuando la pieza dentaria tiene una restauración preventiva con resina previa.

**Selladores:** Cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para participantes menores de 16 años. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria de por vida. No se cubren cuando la pieza dentaria tiene una restauración preventiva con resina previa.

**Espaciadores:** Se cubren para participantes del plan de 13 años o menos. Se limitan a una aplicación por zona de extracción de espacio (cuadrante/arco) en cualquier período de 60 meses consecutivos. La reparación de un mantenedor de espacio no está cubierta.

## ATENCIÓN BÁSICA

Luego de alcanzar el deducible anual, el Plan paga el 80 % del gasto máximo permitido del plan para los tratamientos básicos.

**Empastes de amalgamas y resina compuesta:** Los beneficios se cubren una vez por superficie dental en un período de 24 meses consecutivos.

**Endodoncia:** Incluye tratamiento de la pulpa y de conductos. Consulte [Tratamiento de conducto](#) en [Atención compleja](#) a continuación.

**Extracciones:** Las extracciones no quirúrgicas se cubren una vez por pieza dentaria.

**Periodoncia no quirúrgica:** Se otorga una vez por cuadrante en cualquier período de 24 meses consecutivos.

**Dispositivo ortótico oclusal (aparato TMJ):** Los beneficios son pagaderos una vez cada cinco años. No se cubren los ajustes dentro de los seis meses. Un ajuste cubierto por año posteriormente.

**Mantenimiento periodontal:** El mantenimiento periodontal está cubierto solo si se realiza 30 días o más después de finalizar el tratamiento periodontal quirúrgico o no quirúrgico. Posteriormente, se permite el mantenimiento periodontal hasta cuatro veces por año calendario. Este beneficio se combina con cualquier limpieza de rutina que se lleve a cabo durante el mismo año calendario con una limitación combinada de cuatro para ese año.

## ATENCIÓN COMPLEJA

Luego de alcanzar el deducible anual, el Plan paga el 50% del gasto máximo permitido del plan para la atención compleja.

**Anestesia/anestésicos generales y sedación intravenosa:** Solo se cubre cuando se brinda en las siguientes circunstancias:

- El paciente padece una enfermedad que le impide quedarse quieto (incluidas, entre otras, distonía, enfermedad de Parkinson, autismo)
- El paciente tiene menos de 4 años, o
- Se relaciona con ciertos procedimientos quirúrgicos bucales cubiertos.

**Dentaduras postizas desmontables completas y parciales, y puentes bucales fijos parciales:** Se cubren cuando la dentadura postiza o el puente bucal es el tratamiento profesionalmente aceptado estándar.

- Incluye la sustitución o adición de dientes a prótesis dentales, parciales o puentes fijos.

- Cuando estén disponibles planes de tratamientos alternativos, el plan dental cubre el tratamiento profesionalmente aceptado estándar. Por ejemplo, se permite un puente bucal solo cuando una dentadura postiza parcial no sea suficiente. Consulte la sección [Planes de tratamientos alternativos](#) en [beneficios limitados](#) que aparece más adelante en este capítulo.
- Las dentaduras postizas desmontables completas y parciales, o los puentes fijos no se pagan para pacientes menores de 16 años.
- Una dentadura postiza que sustituya a otra dentadura postiza o a un puente fijo, o un puente fijo que sustituya a otro puente fijo se cubre únicamente si la dentadura postiza existente, la dentadura postiza parcial o el puente fijo tiene, al menos, cinco años y no se puede reparar.

#### **Coronas, restauraciones de colados, fundas e incrustaciones:**

Cubiertos únicamente cuando la pieza dentaria no puede restaurarse con amalgama o empaste de resina compuesta.

- La sustitución no se cubre, salvo que la corona existente, la restauración de colados, las incrustaciones o las fundas tengan más de cinco años y no puedan repararse.

**NOTA:** Los accidentes producidos al morder o masticar no son una excepción a la espera de cinco años para las sustituciones de coronas.

- Para los afiliados menores de 12 años, los beneficios para coronas en dientes vitales se limitan a coronas de resina o acero inoxidable, a menos que existan antecedentes de tratamiento de conductos o recesión pulpar.
- Se determina el tratamiento de acuerdo al límite del plan de tratamiento alternativo. Consulte la sección [Planes de tratamientos alternativos](#) en [Beneficios limitados](#) que aparece más adelante en este capítulo.

**Implantes:** La colocación quirúrgica de un implante tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.

- El pilar para sostener una corona tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.
- Un retenedor sostenido por pilar o implante tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.
- Un procedimiento de mantenimiento de los implantes tiene cobertura una vez cada 12 meses consecutivos.
- Las extracciones de los implantes tienen cobertura una vez de por vida por cada pieza dentaria. Los implantes no son pagaderos para pacientes menores de 16 años.

**Ajustes oclusales (limitado):** Cubiertos solamente si se realizan seis meses o más después de la finalización de los procedimientos de restauración inicial, prostodónticos y de implantes que incluyen superficie oclusal.

**Cirugía bucal:** Extracciones quirúrgicas y de muelas del juicio, incluso la atención pre- y posquirúrgica, excepto en el caso de los servicios cubiertos conforme al Plan Médico para Asociados. No tiene cobertura ni la anestesia bucal ni el óxido nítrico (analgesia). Si se realiza una cirugía bucal en un hospital, el plan dental cubre los honorarios de cirujanos bucales para dichos servicios para las personas cubiertas que no estén inscritas en el Plan Médico para Asociados.

**Costos hospitalarios de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y gastos adicionales cobrados por el odontólogo por tratamiento hospitalario:** Consulte [Costos hospitalarios](#) en [Qué no se cubre conforme al plan dental](#) que aparece más adelante en este capítulo.

**Tratamiento de conducto:** incluye cultivos bacteriológicos, exámenes de diagnóstico, anestesia local y atención de rutina de seguimiento. Se paga una vez por cada pieza dentaria.

- La pulpotomía terapéutica se paga una vez por pieza dentaria hasta la edad de 21 años.
- Un nuevo tratamiento de un conducto anterior se permite una vez en un período de 24 meses consecutivos.

**Periodoncia quirúrgica:** Tratamiento de las encías: cirugía ósea/ injerto de tejido blando, solo si se trata de la misma área una vez en un período de 36 meses consecutivos.

## ORTODONCIA

Una vez que estuvo inscrito en el plan dental durante 12 meses, es elegible para la asistencia de ortodoncia para usted (el asociado). Todos sus dependientes cubiertos también deben estar inscritos en el plan dental durante 12 meses antes de ser elegibles para recibir la asistencia de ortodoncia. Si su cobertura (o la de su dependiente cubierto) finaliza por cualquier motivo y usted o su dependiente cubierto vuelven a inscribirse después de haber cumplido el periodo de espera de 12 meses para la elegibilidad, el tiempo que haya estado inscrito anteriormente en la cobertura contará como parte del periodo de espera de 12 meses. Si su cobertura (o la de su dependiente cubierto) finaliza por cualquier motivo y usted o su dependiente no habían satisfecho el periodo de espera de 12 meses para la elegibilidad antes de volver a inscribirse, el periodo de espera de 12 meses para la elegibilidad volverá a empezar.

**NOTA:** El período de espera de 12 meses para la cobertura de ortodoncia se anula para los siguientes miembros:

- asociados y dependientes cubiertos localizados; y
- participantes inscritos que han cumplido previamente su período de espera de 12 meses completo.

Si el odontólogo remite una declaración a comienzos de un período de tratamiento de ortodoncia que demuestra un gasto único por el tratamiento completo, se pagan los beneficios de la siguiente manera:

- El odontólogo recibe un pago inicial de hasta \$150.
- Una parte prorrateada del resto se paga cada tres meses en función del período estimado para el tratamiento y de la elegibilidad continua.
- El monto y la cantidad de pagos están sujetos a cambio si el costo o el período de tratamiento cambia.

El plan dental solo cubre el tratamiento de ortodoncia que comience después de que la persona cubierta comience a ser elegible para la asistencia de ortodoncia. Se considera que el tratamiento de ortodoncia activo comienza en la fecha en que se colocan los dispositivos activos. El tratamiento de ortodoncia activo se considera finalizado en lo que ocurra primero de:

- La fecha en que se interrumpe el tratamiento por voluntad propia, o
- La fecha en que se extraen las bandas activas o los dispositivos.

La reparación o la sustitución de un aparato de ortodoncia no está cubierto.

Existen ciertos beneficios de asistencia de ortodoncia que no tienen cobertura. Consulte [Qué no está cubierto conforme al plan dental](#) a continuación.

## Beneficios limitados

**Planes de tratamiento alternativos:** Cuando existan planes de tratamientos alternativos, el plan dental cubrirá el tratamiento estándar profesionalmente aceptado.

**Transferencia de tratamiento:** Si realiza un cambio de la atención de un odontólogo por otro durante el tratamiento, o si más de un odontólogo le presta servicios para un procedimiento odontológico, el plan no cubre un monto superior al que se hubiese pagado si solo un odontólogo hubiese prestado servicios.

## Qué no está cubierto conforme al plan dental

El plan dental no paga los beneficios para todos los tipos de servicios. Para determinar si un servicio está cubierto, llame a Delta Dental o envíe un cálculo aproximado previo al tratamiento con el formulario de beneficios. Los servicios que no están cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

**Lesiones accidentales de dientes naturales sanos:** Los gastos del tratamiento de lesión accidental a dientes naturales sanos pueden estar cubiertos por el plan médico. Esta exclusión no se aplica a lesiones accidentales causadas por mordeduras o masticaduras; estos costos pueden estar cubiertos conforme al plan dental.

**Fuera del alcance de la concesión de la licencia o sin licencia:** Servicios prestados por un odontólogo fuera del alcance de su licencia o servicios prestados por un odontólogo sin licencia.

**Puente bucal:** Reparación de puentes durante el primer periodo de seis meses tras haber sido entregados, y tales servicios recibidos con una frecuencia superior a una vez cada periodo de 60 meses consecutivos. Recementación de puentes durante el primer periodo de seis meses tras haber sido entregados, o tales servicios recibidos con una frecuencia superior a una vez cada periodo de 12 meses consecutivos.

**Motivos estéticos:** Servicios realizados por motivos estéticos o para corregir malformaciones congénitas, hereditarias o del desarrollo. Esta exclusión no se aplica a servicios de ortodoncia para la corrección de piezas dentarias mal ubicadas.

**Dentaduras postizas:** Reparación o realineación de base de dentaduras postizas durante el periodo posparto de seis meses, y tales servicios recibidos con mayor frecuencia que una vez cada cinco años en el caso de reparaciones, y una vez cada tres años, en el caso de reparaciones de bases. Rebase inmediata de la dentadura durante los tres primeros meses tras haber sido entregadas.

**Servicios odontológicos optativos que no sean de emergencia fuera de los EE. UU.**

**Servicios optativos no necesarios:** Los servicios que no sean odontológicamente necesarios o que no cumplan con las normas de atención generalmente aceptadas para el tratamiento de la

afección dental particular, incluida la decoración, personalización o inscripción en una pieza dentaria, dispositivo, aparato, corona u otro procedimiento dental.

**Experimentales o en investigación:** Costos por tratamientos o servicios, incluida la atención hospitalaria, que sean experimentales, estén en investigación o resulten inapropiados según los protocolos establecidos por Delta Dental.

**Organismo gubernamental:** Servicios prestados o cubiertos por cualquier organismo gubernamental o conforme a cualquier programa o ley gubernamental, excepto en el caso de costos por beneficios por derechos legales según las leyes federales correspondientes.

**Costos hospitalarios:** Los servicios prestados en un hospital o en un centro para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, cargos de proveedores y centros de atención. Esta exclusión no se aplica a los honorarios de cirujanos bucales para participantes que no estén inscritos en el Plan Médico para Asociados, conforme a los términos del plan dental.

**Protección oclusal:** Dispositivos que se utilicen para reducir los efectos del bruxismo (apretar los dientes) u otros factores de oclusión. Esta exclusión no se aplica a los dispositivos ortóticos oclusales para tratar trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).

**Sedación bucal:** Sedación bucal y óxido nitroso (analgesia).

**Atención de ortodoncia:** Servicios relacionados con el tratamiento para la corrección de piezas dentarias mal ubicadas durante los primeros 12 meses consecutivos en los que un participante tiene cobertura conforme al plan dental.

**Ferulización periodontal:** Costos de ajustes oclusales completos o estabilización de las piezas dentarias mediante el uso de ferulización periodontal.

**Restauraciones permanentes:** Costos de bases, revestimientos y anestésicos utilizados en forma conjunta con restauraciones permanentes (empastado).

**Medicamentos recetados:** Recetas indicadas para fines odontológicos.

**Prótesis, duplicados:** Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.

**Retenedores:** Costos separados de retenedores (dispositivos para retener la relación de ortodoncia) o de dispositivos para corregir hábitos dañinos, como la succión del pulgar o la protrusión lingual.

**Servicios iniciados antes de la fecha efectiva o durante el período de espera para los servicios de ortodoncia:** Costos de los tratamientos, incluidas las prótesis y ortodoncias, que se hayan iniciado antes de la fecha efectiva de la cobertura o antes de que usted fuera elegible para recibir los beneficios para servicios de ortodoncia.

**Correcciones quirúrgicas:** Costos por servicios relacionados con la corrección quirúrgica de:

- disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ);
- deformidades orofaciales; y
- procedimientos quirúrgicos bucales específicos cubiertos por el Plan médico para asociados.

**Estructura dental:** Los servicios para la restauración de la estructura dental perdida por desgaste, para la reconstrucción o el mantenimiento de las superficies de masticación debido a piezas dentarias desalineadas o a oclusión, o para la estabilización de piezas dentarias.

## OTROS COSTOS NO CUBIERTOS

- Cualquier procedimiento realizado por un propósito temporal
- Cargos que excedan el gasto máximo permitido
- Injertos extrabucuales
- Hipnosis o acupuntura
- Instrucción para la higiene bucal e instrucción nutricional
- Programas de control de placas
- Servicios cubiertos por el Plan Médico para Asociados
- Servicios que no tienen costo
- Teleodontología
- Cualquier otro servicio no mencionado de forma específica como cubierto
- Costos cubiertos por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad de los empleadores
- Servicios prestados por un miembro de la familia del participante
- Costos pagados como resultado de una guerra.

## Interrupción de la cobertura

En ocasiones, debe tomar medidas especiales para pagar sus primas del plan dental a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobada, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante esta. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## En qué momento finaliza su cobertura dental

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del Plan. La cobertura para los dependientes finaliza cuando su cobertura termina o cuando un dependiente deja de ser un dependiente elegible (como se define en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). Todos los beneficios cesan el día en que finaliza la cobertura, excepto cuando la culminación de los procedimientos operativos está en proceso en dicha fecha. Los “procedimientos operativos” se limitan a coronas individuales, dentaduras postizas y puentes bucales e implantes, y se consideran “en proceso” si todos los procedimientos para el comienzo de los análisis de laboratorio y todos los procedimientos operativos se completan dentro de los 45 días del cese de empleo. El plan dental no paga los beneficios si usted o sus dependientes cubiertos reciben beneficios de otro plan para estos gastos posteriores a la finalización. Usted o sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para la continuación de la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y sus enmiendas (COBRA). Consulte el capítulo [COBRA](#) para obtener información sobre la continuación de la cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

Si su cobertura se cancela por falta de pago de las primas, la cobertura finaliza en la fecha de cancelación. Consulte [Pago de los beneficios](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener información.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción anual (después de completar dos años calendario completos de cobertura), la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios. Abajo encontrará información detallada sobre las repercusiones en el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de elegibilidad exigidos para la asistencia ortodóncica.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios. Abajo encontrará información detallada sobre las repercusiones en el periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de elegibilidad exigidos para la asistencia ortodóncica.

Repercusiones del periodo mínimo de inscripción, el deducible y el periodo de espera exigidos para la asistencia ortodóncica:

- Si deja de trabajar y vuelve a incorporarse al trabajo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber dejado de trabajar, el deducible no se restablecerá a menos que haya dejado de trabajar en un año calendario y vuelva a incorporarse al trabajo en el año calendario siguiente. El periodo de espera para la asistencia de ortodoncia tampoco se reiniciará.
- Si deja de trabajar y vuelve a trabajar más de 30 días pero menos de 13 semanas desde la fecha cuando dejó de trabajar, su deducible no se restablecerá cuando vuelva a trabajar en el mismo año calendario cuando dejó de trabajar. Su deducible se restablecerá cuando deje de trabajar en un año calendario y vuelva a trabajar en el año calendario siguiente. Su periodo de espera para la asistencia ortodóncica se restablecerá, a menos que ya haya satisfecho los 12 meses de espera. Si ya ha mantenido el periodo mínimo de inscripción exigido de dos años, puede darse de baja de la cobertura dental en los 60 días siguientes a cuando vuelve a trabajar.
- Si deja de trabajar y vuelve a incorporarse al trabajo después de 13 semanas o más de la fecha en que deja de trabajar, se le considerará un nuevo asociado y deberá completar cualquier periodo de espera de elegibilidad u otros requisitos aplicables. Para obtener información, consulte el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

# El plan de la visión

Plan de la visión	162
Cómo funciona el plan de la visión	162
Cómo usar el plan	163
Qué no está cubierto	163
Rotura y pérdida de anteojos	164
Presentación de un reclamo respecto de la visión	164
Interrupción de la cobertura	164
En qué momento finaliza su cobertura de la visión	164
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	164

La información de este capítulo describe los beneficios de la visión a los que puede acceder si:

- Usted es conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o asociado asalariado (de la gerencia) elegible
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).



## Plan de la visión

El plan de la visión le ayuda a pagar los exámenes oculares de rutina, los lentes, los marcos y los lentes de contacto, para que pueda ver con claridad en los próximos años.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Ubique un Centro de la visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	
Para obtener información detallada sobre la cobertura del plan de la visión o para ubicar a un proveedor de la red de VSP	Visite <a href="http://Walmart.VSPforme.com">Walmart.VSPforme.com</a> e ingrese el número de miembro.	Llame a VSP al <b>866-240-8390</b>
Obtenga el costo de la cobertura del plan de la visión	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a Servicios al Personal al <b>800-421-1362</b>

## Lo que debe saber sobre el plan de la visión

- La cobertura del plan de la visión es independiente del plan de seguro médico, el cual no suele cubrir los costos de la atención de la visión de rutina. Si le interesa obtener cobertura para servicios de la visión que no cubra el plan de seguro médico, debe inscribirse por separado en el plan de la visión.
- Puede consultar con cualquier proveedor del Centro de la visión de Walmart, Sam's Club Optical o con la red de VSP para recibir atención y obtener el mismo nivel de beneficios. No hay beneficios disponibles si usted consulta con un proveedor fuera de la red. **NOTA:** Puede haber casos inusuales en los que el proveedor de un centro de la visión de Walmart o centro de Sam's Club Optical no sea un proveedor de VSP. Debe verificar que un proveedor es un proveedor de la red VSP antes de recibir los servicios.
- Puede comprar lentes de contacto en línea en [WalmartContacts.com](http://WalmartContacts.com) o en [SamsClubContacts.com](http://SamsClubContacts.com), o a través del proveedor de la red de VSP. VSP coordina el monto de las compras que puede realizar conforme a la cobertura. Ingrese a [Walmart.VSPforme.com](http://Walmart.VSPforme.com) o llame a VSP al **866-240-8390** para obtener información acerca del beneficio de lentes de contacto.
- Si cuenta con cobertura médica a través del Plan Médico para Asociados (AMP), el número de teléfono de VSP se encuentra en la tarjeta de identificación del plan. Si está inscrito en una HMO o si se inscribe para recibir únicamente cobertura de la visión, recibirá una tarjeta de identificación de VSP, la cual se enviará por correo a su domicilio.

## Plan de la visión

Walmart ofrece el plan de la visión para ayudarlo a pagar la atención de la visión de rutina. El plan de la visión está administrado a través de VSP. Puede tener acceso a la atención conforme al plan de la visión a través de un centro de la visión de Walmart o un centro de Sam's Club Optical, o a través de un proveedor de la red VSP de toda la nación. Puede obtener la cobertura del plan de la visión si es un asociado por hora o un asociado gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes, salvo para los cónyuges o las parejas de los asociados a tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camiones a tiempo parcial. **NOTA:** Puede haber casos inusuales en los que el proveedor de un centro de la visión de Walmart o centro de Sam's Club Optical no sea un proveedor de VSP. Debe verificar que un proveedor es un proveedor de la red VSP antes de recibir los servicios.

### SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en el plan de la visión, además selecciona los miembros elegibles de la familia que desea cubrir:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados a tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)

- Asociado + hijos o
- asociado + familia (excepto para asociados a tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y sobre cuándo se los puede inscribir, consulte el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

## Cómo funciona el plan de la visión

El plan de la visión cubre un examen de rutina de la visión por año calendario; lentes, una vez por año calendario; marcos, una vez por año calendario o lentes de contacto, una vez por año calendario. El plan de la visión cubre lentes de contacto y anteojos recetados. Si usted elige lentes de contacto, no será elegible para lentes ni marcos nuevamente hasta el año calendario siguiente. Los beneficios se pagan tal como se muestra en la tabla a continuación. Los proveedores de Walmart y los proveedores de la red de VSP aceptaron prestar sus servicios a los asociados con cobertura por un cargo previamente acordado; lo único que debe abonar es el copago correspondiente y el costo de los artículos no cubiertos u optativos. VSP le paga el resto directamente al proveedor. Los beneficios se pagarán solo por los servicios cubiertos proporcionados a través de cualquier Centro de la visión Walmart, Sam's Club Optical o proveedor de

BENEFICIOS DEL PLAN DE LA VISIÓN			
	Centro de la visión de Walmart	Sam's Club Optical	Proveedores de la red de VSP
<b>Copago para el examen de rutina</b> Una vez por año calendario	\$4 <i>Los servicios por visión parcial, como las pruebas complementarias y las ayudas complementarias para problemas visuales no corregibles con lentes normales, son un beneficio del plan cuando se satisfacen criterios específicos y cuando son recetados por un proveedor de la red VSP. Es posible que los servicios por visión parcial estén disponibles con menos frecuencia que una vez al año. Llame a VSP para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad.</i>		
<b>Copago para los materiales</b>	\$4 <i>Se aplica con la compra de marcos o lentes (pero no de lentes de contacto). El copago se cobra únicamente cuando los marcos y las lentes se compran juntos.</i>		
<b>Copago para las lentes progresivas</b>	\$55		
<b>Lentes</b> • Visión unifocal • Lente bifocal con alineación • Lente trifocal con alineación • Lenticular	100 % de cobertura después del copago Las siguientes opciones también están 100 % cubiertas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revestimiento antirrayones</li> <li>• Lentes de policarbonato</li> <li>• Protección UV (ultravioleta)</li> </ul> <i>Las lentes estándares están cubiertas luego del copago correspondiente. Consulte con su equipo óptico para saber qué lentes se ofrecen conforme al beneficio.</i>		
<b>Marcos</b> Una vez por año calendario	Gasto permitido de \$130 <i>Los cargos que superen el gasto permitido del marco le corresponden a usted.</i>		
<b>Lentes de contacto electivos</b> Una vez cada año calendario en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas	Gastos permitidos de \$130 en lentes de contacto <i>Los cargos que superen el gasto permitido de lentes de contacto le corresponden a usted. Es posible que se le cobre una tarifa adicional de hasta \$60 por la adaptación y la evaluación.</i>		
<b>Lentes de contacto necesarios</b> Una vez cada año calendario en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas	100 % cubierto después del copago una vez cada año calendario. Incluye los honorarios profesionales y los materiales. <i>Los lentes de contacto no electivos son un beneficio del Plan cuando se satisfacen los criterios específicos y cuando son recetados por un proveedor de la red VSP. Llame a VSP para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad.</i>		
<b>NOTA:</b> Pueden aplicarse impuestos sobre las ventas, los cuales reducirán el beneficio de la visión.			

la red VSP. No hay beneficios disponibles si usted consulta a un proveedor fuera de la red. **NOTA:** Puede haber casos inusuales en los que el proveedor de un centro de la visión de Walmart o centro de Sam's Club Optical no sea un proveedor de VSP. Debe verificar que un proveedor es un proveedor de la red VSP antes de recibir los servicios.

**Cargos adicionales.** Los siguientes cargos le corresponden pagar a usted. Para obtener más información, llame a VSP al **866-240-8390**.

- Lentes bifocales
- Lentes extragrandes
- Lentes fotocromáticas o polarizadas que no tengan asignación rosa 1 o 2
- Lentes laminadas
- Lentes de alto índice
- Revestimiento antirreflexivo
- Revestimiento de color
- Revestimiento espejado
- Procesos cosméticos opcionales
- Atención por visión parcial
- Lentes cosméticos, y
- Marcos o lentes de contacto que cuestan más que su gasto permitido

## Cómo usar el plan

Para obtener atención de la visión, siga los pasos que se mencionan a continuación.

<b>PASO 1</b>	Para buscar un Centro de la visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical, ingrese a <a href="https://www.walmart.com">One.Walmart.com</a> ; para buscar un proveedor en la red de VSP, llame al <b>866-240-8390</b> o visite <a href="https://www.walmart.vspforme.com">Walmart.VSPforme.com</a> e ingrese su número de miembro. <b>NOTA:</b> Puede haber casos inusuales en los que el proveedor de un centro de la visión de Walmart o centro de Sam's Club Optical no sea un proveedor de VSP. Debe verificar que un proveedor es un proveedor de la red VSP antes de recibir los servicios.
<b>PASO 2</b>	Cuando solicite una cita, identifíquese como miembro de VSP e informe al consultorio su nombre y fecha de nacimiento, y el nombre del paciente (si es diferente). El consultorio del proveedor se comunica con VSP para verificar su elegibilidad.
<b>PASO 3</b>	En la visita, pague el copago y cualquier otro monto requerido directamente al Centro de la visión de Walmart o Sam's Club Optical, o proveedor de la red de VSP. El consultorio del proveedor coordina el reembolso y se encarga de todas las demás tareas administrativas necesarias.

## Qué no está cubierto

Algunos gastos no están cubiertos por el plan de la visión:

- Cargos por exámenes oculares, lentes o marcos que:
  - Usted no esté obligado por ley a pagar o para los cuales no se efectuará ningún cargo en ausencia de cobertura de la visión.
  - Excedan los máximos del plan.
  - No sean necesarios conforme a las normas aceptadas de práctica oftalmológica, o no estén pedidos o recetados por un médico u optometrista.
  - No cumplan con las normas aceptadas de práctica oftalmológica, incluidos cargos de servicios o suministros experimentales o de investigación.
  - Se reciban como resultado de una enfermedad, un defecto o una lesión ocular debido a un acto de guerra declarado o no declarado.
  - Sean para una afección, enfermedad, dolencia o lesión que surja del empleo compensable o en el transcurso de este, conforme a la Ley de Compensación de Trabajadores o la Ley de Responsabilidad del Empleador, cuando se pidan antes de que el paciente sea elegible para cobertura o después de que finaliza la cobertura.
  - Se reciban sin cargo de una agencia gubernamental en cumplimiento con las leyes o las normas promulgadas por cualquier cuerpo gubernamental federal, estatal, municipal o de otro tipo.
  - Se paguen a través de otro plan de seguro (consulte la sección **Si tiene cobertura en más de un plan de la visión** que figura más adelante en este capítulo).
  - Deban pagarse conforme a un programa de atención médica respaldado en su totalidad o en parte por fondos federales o cualquier subdivisión estatal o política.
- Tratamiento o insumos médicos o quirúrgicos
- Servicios profesionales o anteojos relacionados con ortóptica, entrenamiento de la visión, ayudas de visión subnormal, lentes anisocónicas y tonografía, y otros servicios/materiales cubiertos por el plan
- Reemplazo de lentes o marcos rotos después de un año de la compra
- Reemplazo de lentes o marcos perdidos, a menos que el paciente sea, de otro modo, elegible conforme a las disposiciones de frecuencia, tal como se detalla en la tabla **Beneficios del plan de la visión** en la página anterior
- Cargos del contrato de servicio
- Lentes sin aumento (lentes sin receta de menos de 0.50 de dioptría)
- Servicios de cualquier proveedor fuera de la red
- Dos pares de gafas en lugar de bifocales
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto
- Readaptación de lentes de contacto tras el periodo inicial de adaptación (90 días)
- Impuestos locales, estatales o federales, excepto cuando VSP esté obligado a pagarlos por ley.

## Rotura y pérdida de anteojos

Si sus gafas se dañan dentro del plazo de un año desde su compra, puede optar por el reemplazo o la reparación. Consulte a su proveedor para conocer los detalles de la garantía. Las garantías pueden variar dependiendo del producto y del fabricante.

El plan de la visión no cubre los anteojos que se hayan perdido.

## Presentación de un reclamo respecto de la visión

Cuando utiliza el plan de la visión, por lo general, no es necesario presentar reclamos por los servicios; consulte la sección **Cómo usar el plan** para leer una descripción sobre la coordinación de los pagos. Si es necesario presentar un reclamo, por ejemplo, si se inscribió recientemente en el plan de la visión y realiza una consulta con un proveedor y su información personal todavía no figura en los registros de VSP, regrese al proveedor luego de que ingresen su información en el sistema y solicítele que presente un reclamo en su nombre. Los reclamos se procesan según los términos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

### SI TIENE COBERTURA EN MÁS DE UN PLAN DE LA VISIÓN

Si usted o un miembro de su familia cuentan con la cobertura del plan de la visión y también tienen cobertura de otro plan de la visión (por ejemplo, el plan de la visión de la compañía donde trabaja su cónyuge o pareja), se puede aplicar la coordinación de beneficios. El plan de la visión tiene el derecho de coordinar con otros planes con los cuales usted tiene cobertura, a fin de que los beneficios de la visión totales que se deben pagar no excedan el nivel de beneficios que se deben pagar conforme al plan de la visión. Conforme al plan de la visión, el término "otros planes" hace referencia únicamente a otros planes administrados por VSP. No hay disposición de coordinación de beneficios con proveedores de cobertura de la visión que no sea VSP. Los planes a los que se hace referencia como "otros planes" se describen en la sección **Qué sucede si tiene cobertura en más de un plan de seguro médico** en el capítulo **El Plan Médico**.

## Interrupción de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas médicas para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte **Mantener las primas al día** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

## SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección **Mantener las primas al día** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

Si ha recibido servicios de la visión cubiertos antes de la licencia de ausencia, cualquier limitación de frecuencia de los beneficios aplicable conforme al plan de la visión (es decir, marcos de anteojos una vez por año calendario) continuará vigente a su regreso.

## En qué momento finaliza su cobertura de la visión

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del Plan. La cobertura para los dependientes finaliza cuando su cobertura termina o cuando un dependiente deja de ser un dependiente elegible (como se define en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**). Usted o sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para obtener una cobertura permanente a través de la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación (COBRA) de 1985 y sus enmiendas. Consulte el capítulo **COBRA** para obtener información sobre la continuación de la cobertura según la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

Si su cobertura se cancela por falta de pago de las primas, la cobertura finaliza en la fecha de cancelación. Consulte **Pago de los beneficios** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener información.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.



# Mis recursos de salud mental

Usar Mis recursos de salud mental	168
Servicios de coaching y terapia de salud mental	168
Servicios de conciliación	168
Recursos didácticos	169
Contactar a Mis recursos de salud mental	169
Cuando los beneficios de Mis recursos de salud mental finalizan	169
Presentar una solicitud de beneficios de Mis recursos de salud mental	169

# Mis recursos de salud mental

El programa de asistencia a empleados de Walmart se denomina Mis recursos de salud mental. Este programa es proporcionado por Lyra y ofrece bienestar emocional confidencial y apoyo a la salud mental. Usted y los miembros de su familia elegibles pueden acceder a estos servicios sin costo a partir de su fecha de contratación. Los asociados y los miembros de la familia pueden llamar a Mis recursos de salud mental o visitar la plataforma en línea de Lyra Health para conectarse con terapeutas y entrenadores de salud mental, acceder a herramientas digitales de bienestar para la gestión del estrés, el sueño y las relaciones, y aprovechar los servicios para mantener el equilibrio entre la vida y el trabajo como el asesoramiento financiero y legal o los recursos para cuidadores.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Encuentre un terapeuta o entrenador de salud mental	Comience en <a href="https://Walmart.LyraHealth.com">Walmart.LyraHealth.com</a>	Llame al <b>800-825-3555</b>
Hable con un navegador de atención de Lyra para acceder a los recursos Lyra, encontrar un proveedor de salud mental, y obtener apoyo inmediato en tiempos de crisis o al tener pensamientos suicidas o de autolesionarse	Chatee con un navegador de atención en: <a href="https://Walmart.LyraHealth.com">Walmart.LyraHealth.com</a>	Llame al <b>800-825-3555</b>
Aproveche Lyra Essentials para acceder a artículos, actividades, herramientas autoguiadas y recursos sobre una extensa gama de temas de salud mental	Visite <a href="https://Walmart.LyraHealth.com">Walmart.LyraHealth.com</a>	
Visite Lyra Learn para explorar cursos de conocimiento a la carta, talleres mensuales en directo y Encuentros facilitados en grupos reducidos.	Visite <a href="https://Learn.LyraHealth.com">Learn.LyraHealth.com</a> Ingrese el código de cliente: <b>Walmart5&amp;10</b>	

## Lo que debe saber sobre Mis recursos de salud mental

- Mis recursos de salud mental se encuentra disponible las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.
- Usted y sus dependientes elegibles pueden encontrar terapia y asesoramiento en salud mental, herramientas de autoayuda y asistencia para la vida laboral y personal.
- Los beneficios de Mis recursos de salud mental son gratuitos. Usted y sus dependientes elegibles se inscriben automáticamente en el programa a partir de su fecha de contratación, independientemente de si se inscribe en un plan médico de Walmart. Los familiares elegibles pueden utilizar los beneficios de Mis recursos de salud mental aunque usted esté inscrito en un plan médico de Walmart y sus familiares no lo estén.

## Usar Mis recursos de salud mental

Si usted es un asociado que reside en los EE. UU., usted y los miembros de su familia elegibles están inscritos automáticamente en Mis recursos de salud mental desde su primer día de trabajo. Los dependientes elegibles son su cónyuge/pareja y sus hijos, hijastros o niños en adopción temporal menores de 26 años. Es posible que se solicite a los asociados y a sus dependientes elegibles que faciliten el WIN y la fecha de nacimiento del asociado para confirmar su derecho a recibir los servicios; no obstante, todos los servicios provistos son totalmente confidenciales.

Puede acceder a Mis recursos de salud mental en cualquier momento visitando [Walmart.LyraHealth.com](https://Walmart.LyraHealth.com) o llamando a Lyra en cualquier momento al **800-825-3555** para encontrar herramientas para:

- Encontrar a un proveedor de salud mental
- Fortalecer la salud mental y la resiliencia
- Manejo del estrés
- Mejorar el sueño
- Fortalecer las relaciones en el hogar y en el trabajo
- Asesoramiento financiero y jurídico
- Recursos para cuidadores

Puede acceder a muchos recursos de Lyra tanto en línea como por teléfono. Los servicios de asesoramiento de Lyra están disponibles tanto mediante sesiones en persona como por videollamada.

## Servicios de coaching y terapia de salud mental

Usted y los miembros de su familia elegibles pueden recibir hasta 20 sesiones de coaching de salud mental o terapia, por persona, por año, sin costo alguno, siempre que se acceda a la terapia o coaching a través de un proveedor de Lyra. Usted puede encontrar su proveedor de Lyra visitando [Walmart.LyraHealth.com](https://Walmart.LyraHealth.com) o llamando al **800-825-3555**, donde un navegador de atención puede ayudarle a registrarse y buscar atención.

Puede trabajar con un entrenador a través de Lyra Coaching y programar sesiones regularmente para comprender mejor qué le resulta difícil, decidir en qué quiere hacer un mayor esfuerzo y planificar un camino a seguir. Elija entre conectarse con su entrenador mediante mensajes en directo a través de su dispositivo móvil o desde su computadora, o reunirse "individualmente" mediante video en directo de forma recurrente. A medida que colaboren, seguirán desarrollando su conjunto de habilidades y estrategias para apoyar su salud mental y fortalecerse para lograr un cambio duradero. También puede seleccionar una experiencia menos rigurosa mediante el programa Autocuidado guiado de Lyra.

Lyra Therapy ofrece acceso a los mejores proveedores de salud mental que solamente utilizan tratamientos basados en la evidencia con citas disponibles de inmediato. Los terapeutas de Lyra son expertos en el diagnóstico de condiciones de salud mental y la identificación de pensamientos, conductas y emociones fuertes que pueden ser síntomas de depresión severa, ansiedad, TEPT, u otras condiciones. Durante las sesiones, el terapeuta le presentará nuevas habilidades y puede asignarle ejercicios que puede practicar entre sesiones para ayudarle a conseguir un cambio duradero. Las sesiones de terapia están disponibles a través de citas virtuales y en persona, dependiendo de la disponibilidad individual de cada proveedor.

Los temas que puede abordar con un proveedor de salud mental incluyen:

- Manejar el estrés
- Afrontar la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias
- Establecer relaciones sanas con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo
- Conflicto padre-hijo
- Generar un equilibrio entre las demandas laborales y la vida familiar
- Duelo y pérdida
- Atravesar situaciones difíciles a nivel emocional

## Servicios de conciliación

Lyra y sus socios externos facilitan el acceso a asesoramiento legal y financiero, apoyo en caso de usurpación de identidad y recursos para cuidadores. Los servicios de Lyra para mantener el equilibrio entre la vida y el trabajo pueden ayudarle a:

- Cumplir con sus objetivos financieros y ahorrar para el futuro
- Planificar sus impuestos sobre la renta
- Explorar sus opciones relacionadas con cuestiones legales
- Acceder a una biblioteca de formularios y documentos financieros y legales para diversas necesidades
- Recuperarse de un robo de identidad
- Explorar recursos relacionados con el cuidado de niños, ancianos y mascotas

Puede participar sin cargo en una consulta de media hora por cuestiones legales o financieras, o en una consulta de una hora por cuestiones de robo de identidad. Tenga en cuenta que este servicio no brinda asistencia en situaciones que involucren el derecho laboral. Si necesita ayuda adicional legal, financiera o por robo de identidad, más allá de la consulta inicial, puede seguir trabajando con ese profesional por una tarifa adicional con descuento. Los recursos, documentos y herramientas de autoayuda están disponibles en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana visitando [Walmart.LyraHealth.com/Vida Laboral](https://Walmart.LyraHealth.com/VidaLaboral).



## Recursos didácticos

A través de Lyra Learn, puede desarrollar estrategias para ayudar a mejorar su bienestar en el trabajo y el hogar todo en una plataforma de eLearning creada por el equipo de Lyra de expertos en salud mental.

### CURSOS A LA CARTA Y TALLERES EN DIRECTO

Explore cursos ilimitados a la carta y talleres mensuales en directo impartidos por profesionales de la salud mental a su propio ritmo. Si bien algunos cursos cuentan con cinco a ocho capítulos de contenido en profundidad, los minicursos de salud mental de Lyra tomar menos de 30 minutos para completar.

Los temas incluyen:

- Liderar con conciencia y confianza
- Lucha contra el estigma de la salud mental
- Dormir mejor
- Control del estrés
- Raza, injusticia y salud mental
- Ser padres en el mundo real
- Desmitificar la salud mental
- Superar los contratiempos
- Y más. Además, se agregan nuevos temas regularmente

### REUNIONES

Participe en Lyra Gatherings: sesiones virtuales para escuchar y conversar sobre temas que alientan la reflexión relacionados con la salud mental, la actualidad, la diversidad, la equidad, la inclusión y la pertenencia. Cada Lyra Gathering es un espacio de apoyo dirigido por un experto en temas clínicos. Para garantizar una experiencia íntima en grupos reducidos, el cupo es limitado.

Para explorar los cursos a la carta, asistir a un taller en vivo, y para inscribirse en Lyra Gathering, visite [Learn.LyraHealth.com](http://Learn.LyraHealth.com) e introduzca el código de cliente: **Walmart5&10**.

## Contactar a Mis recursos de salud mental

### LYRA EN LA WEB

Visite [Walmart.LyraHealth.com](http://Walmart.LyraHealth.com) para comenzar a recibir atención de parte de un proveedor de atención de salud mental, y acceder a herramientas esenciales de salud mental autoguiados. Es posible que, para registrarse como nuevo usuario, deba utilizar su número WIN y su fecha de nacimiento para confirmar su elegibilidad. Asimismo, puede descargar la aplicación Lyra Health de la App Store o Google Play para acceder a muchos de los servicios de Lyra.

También puede acceder a más información en [One.Walmart.com/MyMentalHealthResources](http://One.Walmart.com/MyMentalHealthResources).

### LLAMAR A LYRA

Llame al **800-825-3555** para obtener asistencia personalizada en cualquier momento desde un navegador de atención. Los servicios están disponibles en inglés y español (puede solicitar previamente la asistencia en otros idiomas). Las llamadas son confidenciales, excepto que lo exija la ley.

## Cuando los beneficios de Mis recursos de salud mental finalizan

Si usted experimenta un evento calificador y es elegible para los beneficios de COBRA, Mis recursos de salud mental permanecerá disponible para usted y su familia durante 18 meses después de su último día con Walmart (o el periodo máximo para el que sería elegible para la cobertura COBRA) sin costo alguno para usted. Si se inscribe en la cobertura COBRA, el beneficio estará disponible durante todo el periodo COBRA.

No es necesario que se inscriba en la cobertura de COBRA para continuar teniendo los beneficios de Mis recursos de salud mental.

## Presentar una solicitud de beneficios de Mis recursos de salud mental

No es necesario que presente un reclamo de beneficios de Mis recursos de salud mental. Puede acceder al sitio web de Lyra o ponerse en contacto con Lyra por teléfono en cualquier momento mientras siga siendo elegible. Sin embargo, si tiene preguntas sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** o presentar un reclamo por escrito a la siguiente dirección:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**  
**Attn: Custodian of Records**  
**508 SW 8th Street**  
**Mail Stop #3610**  
**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Los reclamos y las apelaciones se determinan según los plazos y los requisitos para los procedimientos de presentación de reclamos de beneficios médicos que se establecen en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

# COBRA

Continuación de la cobertura de COBRA	172
Eventos calificadores de la ley COBRA	172
Pago de la cobertura de COBRA	174
Cuánto puede durar la cobertura de COBRA	175
Cuándo finaliza su cobertura de COBRA	177

# COBRA

Si usted o sus dependientes con cobertura pierden la cobertura médica, dental o de la visión a causa de un evento calificador, la ley federal que se conoce como “COBRA” puede permitirle continuar teniendo esa cobertura durante un período determinado a su cargo.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Comuníquese con Servicios al Personal dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que se divorcia, se separa legalmente, termina la relación con su pareja o sus dependientes pierden la elegibilidad.		Llame a Servicios al Personal al <b>800-421-1362</b> o envíe una notificación por escrito a la siguiente dirección: <b>Walmart People Services</b> <b>805 Moberly Lane</b> <b>Bentonville, Arkansas 72712-3501</b>
Comuníquese con WageWorks (una empresa de HealthEquity), el administrador de la ley COBRA, si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción, las primas o la notificación de un segundo evento calificador.	Visite <a href="http://mybenefits.wageworks.com">mybenefits.wageworks.com</a>	Llame al <b>800-570-1863</b>

## Lo que debe saber sobre COBRA

- “COBRA” significa Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985. Esta ley se puede aplicar si se produce un “evento calificador” que de otra manera provocaría que usted o un dependiente con cobertura pierda la cobertura médica, dental o de la visión. Los eventos calificadores se describen en este capítulo. A través del Plan, se extiende la continuación de la cobertura de COBRA para usted y todos los dependientes con cobertura.
- En el caso de los beneficios médicos, dentales o de la visión, la continuación de la cobertura de la ley COBRA puede seguir por hasta 18 o 36 meses, de acuerdo con el evento calificador. Estos 18 meses se pueden extender a 29 meses en determinadas circunstancias si se trata de una discapacidad.
- Si tiene un evento calificador y es elegible para recibir los beneficios de la ley COBRA, su acceso a Mis recursos de salud mental, provistos por Lyra, continuará de manera automática durante 18 meses a partir de la fecha del evento calificador (o por el tiempo máximo durante el cual sería elegible para recibir la cobertura de la ley COBRA). No es necesario que se inscriba en la cobertura COBRA para seguir teniendo acceso a Mis recursos de salud mental.
- El Plan tiene un contrato con WageWorks, un administrador subcontratado de los beneficios de la ley COBRA. Las referencias a COBRA de esta sección son hacia la continuación de la cobertura del Plan, la cual puede ser más favorable a los participantes y dependientes que la continuación de la cobertura que se requiere, legalmente, conforme a COBRA.
- Existen reglas de notificación y plazos estrictos para inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, tal como se describe en este capítulo. Lea este capítulo detenidamente; si no cumple con estas reglas puede perder su derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia con la inscripción, llame al **800-570-1863**.

## Continuación de la cobertura de COBRA

Si finaliza su cobertura médica, dental o de la visión o la de sus dependientes elegibles conforme al Plan, usted o ellos podrán continuar con la cobertura de acuerdo con las disposiciones de continuación del Plan, que cumplen con COBRA. La continuación de la cobertura de COBRA se aplica a la cobertura médica, dental o de la visión; no se aplica a otros beneficios que se describen en este *Libro de beneficios para asociados*.

Un evento calificador es cuando usted o sus dependientes elegibles son elegibles para recibir la continuación de la cobertura de la ley COBRA, tales como la finalización de la relación laboral o la pérdida de elegibilidad para obtener beneficios. De acuerdo con la ley COBRA, todas las personas que podrían perder la cobertura después de un evento calificador se consideran “beneficiarios calificados”. Todos los beneficiarios calificados tienen el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA.

Para recibir la cobertura de la ley COBRA, debe haber tenido la cobertura médica, dental o de la visión del Plan el día anterior a la fecha del evento calificador, salvo que la cobertura haya finalizado mientras se encontraba con una licencia de ausencia, tal como se describe en esta página. Puede elegir un nivel de cobertura inferior o seleccionar un plan de seguro médico alternativo, si corresponde.

Si cambia de plan de seguro médico cuando elige la cobertura de COBRA, se restablecerán el deducible anual y el gasto máximo en efectivo, y deberá alcanzar el deducible y el gasto máximo en efectivo nuevos en su totalidad.

Si cuenta con cobertura de la HMO al momento del evento calificador y el estado en el que vive dispone de reglas de continuación de cobertura más favorables que las de la ley federal COBRA, la HMO, por lo general, aplica las reglas estatales. En el caso de los participantes del Plan PPO, este plan también cumple con las reglas estatales. Para obtener información sobre los derechos de continuación del estado, comuníquese con su proveedor de la HMO o del Plan PPO, según corresponda.

### SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Por lo general, si su licencia de ausencia finaliza y no regresa al trabajo, a usted y a sus dependientes elegibles inscritos en la cobertura médica, dental o de la visión del Plan se les ofrecerá, durante la licencia de ausencia, la cobertura de COBRA, que entrará en vigencia a partir del día siguiente a la fecha de finalización del empleo.

Si usted y sus dependientes elegibles estaban inscritos en la cobertura médica, dental o de la visión del Plan el día anterior al comienzo de la licencia de ausencia, pero dio de baja la cobertura durante su licencia o la cobertura se canceló debido a la falta de pago de las primas durante la licencia, se le ofrecerá la cobertura de COBRA cuando finalice la relación laboral. Si elige la cobertura de COBRA, esta entrará en vigencia en la fecha posterior a la fecha de finalización de la relación laboral. Esto significa que, si usted o cualquier dependiente elegible optan por COBRA al final de una licencia de ausencia durante el cual se suspendió o se canceló la cobertura, la cobertura de COBRA seleccionada no estará vigente de manera retroactiva a la fecha

en la que se suspendió o canceló la cobertura, sino que estará vigente en la fecha posterior a la fecha de finalización de la relación laboral.

## Eventos calificadores de la ley COBRA

Usted es elegible para COBRA si su cobertura médica, dental o de la visión finaliza por los siguientes motivos:

- Su empleo con Walmart finaliza por cualquier motivo; o
- Ya no es elegible para la cobertura médica porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad para la cobertura conforme al Plan.

Su cónyuge o pareja es elegible para la cobertura de COBRA si la cobertura del cónyuge o la pareja finaliza por cualquiera de las siguientes razones:

- Su relación laboral con Walmart finaliza por cualquier motivo
- Su cónyuge o pareja ya no son elegibles para la cobertura médica, dental o de la visión porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad de la cobertura conforme al Plan;
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
- Usted o su cónyuge ya no reúnen los requisitos establecidos en la definición de “pareja” a los efectos del Plan (consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener la definición de “pareja”)
- Se inscribe en los beneficios de Medicare Parte D y se cancela su cobertura médica (debe llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** en el plazo de 60 días de la inscripción en Medicare Parte D); o
- Usted fallece.

Su dependiente elegible que no sea su cónyuge ni pareja reúne los requisitos para los beneficios de la ley COBRA si la cobertura del dependiente finaliza por cualquiera de las siguientes razones:

- Su relación laboral con Walmart finaliza por cualquier motivo
- Sus dependientes elegibles dejan de ser elegibles para la cobertura médica, dental o de la visión porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad de la cobertura conforme al Plan
- Se inscribe en los beneficios de Medicare Parte D, por lo que se da por terminada su cobertura médica. (Usted o su dependiente elegible debe llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** en un plazo de 60 días a partir de la inscripción en Medicare Parte D.)
- Sus hijos dependientes ya no cumplen los requisitos de elegibilidad como se describe en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) (por ejemplo, finaliza el mes en que un dependiente cumple 26 años) o
- Usted fallece.

## NOTIFICACIÓN

En general, Walmart notificará a WageWorks, el administrador subcontratado del Plan para garantizar los beneficios de la ley COBRA, si usted o sus dependientes comienzan a ser elegibles para obtener la continuación de la cobertura de COBRA a causa de su fallecimiento, la finalización de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo que hacen que pierda la elegibilidad para recibir la cobertura del Plan, o si se inscribe en Medicare Parte D. Usted o sus dependientes deberán notificar a Servicios al Personal si se inscribe en Medicare Parte D. Por lo general, Walmart notificará al administrador de la ley COBRA dentro de los 30 días luego del evento calificador.

De acuerdo con la ley, usted o su dependiente elegible debe notificar a Servicios al Personal si se divorcia, se separa legalmente, finaliza la relación con su pareja o un hijo pierde la condición de dependiente. Tendrá que notificarle a Servicios al Personal, aun cuando haga cambios en línea para modificar su cobertura debido a uno de estos eventos de la vida. La notificación debe realizarse dentro de los 60 días después del evento calificador (o la fecha en la cual finalizaría la cobertura debido al evento calificador, si es posterior). Usted o su dependiente elegible puede avisar en su nombre o en nombre de cualquier dependiente elegible afectado por el evento calificador. Para informar el evento calificador, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** o escriba a:

**Walmart People Services**  
**805 Moberly Lane**  
**Bentonville, Arkansas 72712-3501**

El aviso debe incluir la siguiente información:

- Nombre y dirección del asociado con cobertura
- Tipo de evento calificador
- Fecha del evento calificador
- Nombre de los dependientes que pierden la cobertura, y
- Dirección de los dependientes que pierden la cobertura (en caso de que difiera del domicilio del asociado cubierto).

Si usted no se comunica con Servicio al Personal dentro del plazo de 60 días, su dependiente cubierto perderá el derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Con el fin de proteger los derechos de su dependiente cubierto, informe a Servicio al Personal sobre cualquier cambio que se produzca en las direcciones de los miembros de la familia. Debe guardar para su registro una copia de cualquier aviso que envíe a Servicios al Personal o a WageWorks.



De acuerdo con la ley federal, usted o su dependiente elegible debe notificar a Servicios al Personal en el plazo de 60 días calendario luego de un divorcio, una separación legal, la finalización de la relación con su pareja o si un hijo deja de ser elegible debido a la pérdida de la condición de dependiente, o la fecha en que se cancela la cobertura del Plan como resultado de alguno de estos eventos. Si usted o su dependiente elegible no notifica a Servicios al Personal en un plazo de 60 días, su dependiente no será elegible para recibir la cobertura de COBRA.

Usted o su dependiente elegible también debe notificar al administrador de COBRA por teléfono o por escrito si se produce un segundo evento calificador o una discapacidad que determine la Administración del Seguro Social con el fin de extender el periodo de cobertura de COBRA. Otras formas de notificación no obligarán legalmente al Plan. Si no avisa por teléfono o por escrito que ha ocurrido un segundo evento calificador o no solicita una extensión en un plazo de 60 días desde la fecha del segundo evento calificador o de la fecha en la que perdió (o perderá) la cobertura como resultado de un segundo evento calificador, los derechos de continuación de la cobertura de COBRA caducarán en la fecha en que termina la cobertura inicial de COBRA de usted o de sus dependientes elegibles.

## INSCRIPCIÓN EN LA COBERTURA DE COBRA

Dentro de los 14 días luego de que el administrador de la ley COBRA reciba el aviso sobre un evento calificador, el administrador de la ley COBRA enviará, en nombre del Plan, un aviso de elección de COBRA a usted y sus dependientes elegibles a su última dirección conocida. El aviso de elección describe su derecho de continuar con la cobertura médica, dental o de la visión conforme a la ley COBRA. (Si no recibe esta notificación, comuníquese con Servicios al Personal). Para recibir la cobertura de continuación de COBRA, debe elegirla a través del administrador de COBRA en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que pierde la cobertura o la fecha del aviso de elección, si es más tarde. Para inscribirse, debe diligenciar y enviar por correo su notificación de elección de COBRA a la dirección que figura en el aviso de elección o visitar [mybenefits.wageworks.com](https://mybenefits.wageworks.com). Si elige la cobertura de COBRA, notifique al administrador de COBRA sobre cualquier cambio de dirección. Consulte la sección **Pago de la cobertura de COBRA** en la página siguiente para obtener información sobre cómo realizar los pagos de COBRA. Si necesita ayuda, llame al **800-570-1863**.

**NOTA:** Se le puede pedir que presente documentación probatoria del evento calificador.

Usted y cada uno de los dependientes elegibles gozan de derechos de elección independientes. Puede optar por la cobertura de la ley COBRA para todos los miembros de su familia que perdieron la cobertura debido al evento calificador. Uno de los progenitores o el tutor legal puede optar por la cobertura de COBRA en nombre de un dependiente elegible menor de edad. Un hijo que nace o que se le entrega en adopción mientras usted tiene la cobertura de COBRA también goza de los derechos de la ley COBRA.

La ley COBRA se proporciona sujeta a los requisitos de elegibilidad para la continuación de la cobertura para usted y sus dependientes elegibles conforme a la ley y a los términos del Plan. En la medida en que la ley lo permita, el administrador del Plan finalizará la cobertura de COBRA de forma retroactiva si se determina con posterioridad que usted no es elegible.



En lugar de elegir la cobertura de COBRA, usted y su familia pueden disponer de otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace) o de Medicaid. También pueden ser elegibles para obtener un “período de inscripción especial” de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sean elegibles (por ejemplo, un plan que patrocine el empleador de su cónyuge). También pueden tener el mismo derecho de inscripción especial al final de su cobertura de COBRA si obtienen dicha cobertura por el plazo máximo disponible. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre sus opciones en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

## EVENTOS DE CAMBIO DE ELECCIÓN MIENTRAS TIENE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Después del período de elección de la ley COBRA, usted o su dependiente elegible no pueden cambiar la cobertura de COBRA elegida fuera del período de Inscripción Anual, a menos que se produzca un evento de cambio de elección o un evento calificador posterior. Para obtener información sobre los eventos de cambio de elección, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). Si se produce un cambio de elección (como el nacimiento de un hijo), deberá informar al administrador de COBRA dentro de los 60 días calendario luego del evento. Se puede solicitar documentación de respaldo. Tendrá derecho a realizar cambios a la cobertura durante cualquier período de Inscripción Anual mientras tiene cobertura de COBRA.

A menos que el Plan indique lo contrario, si agrega a un cónyuge o pareja, u otro dependiente elegible debido a un evento de cambio de elección mientras tiene la cobertura de COBRA, cada persona debe cumplir de forma individual con el período de espera de los beneficios correspondientes (por ejemplo, para la cobertura de trasplantes o de la cirugía para la pérdida de peso) y estará sujeto a todas las limitaciones aplicables del Plan. Si usted cambia de plan médico debido a un evento de cambio de elección, se restablecerán sus deducibles anuales y el

gasto máximo en efectivo,\* y usted deberá alcanzar los nuevos deducibles y desembolso máximo nuevo en su totalidad. Si cambia de un Plan Contribution a otro plan, perderá el saldo de la cuenta HRA del Plan Contribution.

Si tiene cobertura como dependiente y se produce un evento calificador que afecte su estado como tal y lo hace elegible para su propia continuación de cobertura de la ley COBRA, recibirá un crédito para sus deducibles y el gasto máximo en efectivo conforme al Plan Médico para Asociados por los gastos que pagó como dependiente cubierto, a menos que cambie de plan como se describió arriba. También recibirá crédito para cualquier período de espera.

En el caso de un evento de cambio de elección, usted o su dependiente elegible puede cambiar la cobertura de beneficios a otro nivel de beneficios conforme al Plan, únicamente, si el cambio de la cobertura es coherente con el evento de cambio de elección.

Si se muda a un nuevo lugar y esto afecta la cobertura médica (por ejemplo, se muda desde un área con una HMO a un área sin esa HMO), tendrá 60 días calendario desde la fecha en que notificó al administrador de COBRA acerca del cambio de dirección para seleccionar un plan diferente. Si no envía sus elecciones dentro de los 60 días, quedará registrado en un plan predeterminado de manera automática.

## Pago de la cobertura de COBRA

La prima de COBRA es el monto que usted pagaba antes de que se produjera el hecho causante, más el monto que pagaba Walmart, más una tarifa administrativa del 2 % (tarifa administrativa del 50 % en los casos de prórroga de 11 meses por discapacidad, como se describe más adelante en este capítulo). La carta que se envió a usted y a los dependientes elegibles después de la notificación de un evento calificador incluirá el costo de la prima mensual de la cobertura de la ley COBRA.

**Prima inicial de COBRA:** Su primer pago vence a los 45 días después de que opta por la cobertura de COBRA y debe cubrir el costo de dicha cobertura desde el día posterior al evento calificador hasta el final del mes anterior al mes en que realiza el primer pago. (Por ejemplo, supongamos que su empleo finaliza el 30 de septiembre y pierde la cobertura el 30 de septiembre. Elige la cobertura de COBRA el 15 de noviembre. El pago de la prima inicial equivale a las primas de octubre y noviembre, y vence antes del 30 de diciembre, 45 días después de la fecha en la que eligió la cobertura de COBRA. Las primas vigentes vencen el primer día de cada mes y tienen un período de gracia de 30 días. Por lo tanto, el pago que realice en diciembre se deberá recibir a más tardar el 31 de diciembre, es decir, el final del período de gracia de 30 días para el período de cobertura de diciembre).

Si el pago de la prima inicial no se realiza dentro del plazo permitido, no será elegible para la cobertura de COBRA.

**Primas continuas:** Las primas mensuales vencerán el primer día de cada mes después de la fecha de vencimiento de la prima inicial. Si realiza el pago antes o el primer día de cada mes, la cobertura de COBRA del Plan continuará durante ese mes. Se recomienda que pague sus primas entre 7 y 10 días antes de la fecha de vencimiento para eliminar cualquier posible retraso en la actualización de su información de elegibilidad.

Antes de cancelar la cobertura, se le otorgará un período de gracia de 30 días desde la fecha de vencimiento de la prima. Sin embargo, si realiza el pago el primer día del mes o después, se suspenderá la cobertura y no se pagará ningún reclamo pagado, incluidos los beneficios farmacéuticos, hasta que la deuda de la cobertura sea saldada hasta el mes actual. Si no paga esta prima, usted será responsable de los reclamos incurridos. Si el día 30 cae en un día de fin de semana o un día festivo, tendrá hasta el primer día hábil siguiente para pagar o hacer sellar su pago por el correo.

Como cortesía, el administrador de COBRA le enviará una factura por el pago de la prima de COBRA, a menos que realice sus pagos mediante débito de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH), en cuyo caso no recibirá una factura. Se recomienda pagar las primas entre 7 y 10 días antes de la fecha de vencimiento para evitar la interrupción o anulación de la cobertura. Si utiliza el débito ACH a través del administrador de COBRA, pueden producirse retrasos en la elegibilidad, ya que estos débitos se tramitan el primer día hábil del mes. Los pagos de las primas vencen independientemente de si recibe o no la factura de pago. Si realiza el pago por correo postal, adjunte su pago a la factura y envíelo por correo a la siguiente dirección:

**WageWorks**  
**P.O. Box 660212**  
**Dallas, Texas 75266-0212**

Para pagar en línea, ingrese a [mybenefits.wageworks.com](http://mybenefits.wageworks.com). Para pagar por teléfono, llame al **800-570-1863**.

Si se cancela su cobertura de COBRA debido a la falta de pago de las primas, dicha cobertura finalizará el último día por el que pagó a tiempo su prima de COBRA completa, y no se restablecerá la cobertura.

COBRA es una cobertura mensual y si no desea continuar con la cobertura puede finalizarla de las siguientes maneras:

- Simplemente deje de pagar las primas y su cobertura COBRA se dará de baja por falta de pago.
- Presente una solicitud de asistencia en el centro de mensajes en línea de WageWorks.
- Envíe una carta a WageWorks para solicitar la baja de su cobertura de COBRA, por correo a:

**WageWorks**  
**P.O. Box 226101**  
**Dallas, Texas 75222-6101**

Si opta por cancelar la cobertura, esta no podrá restablecerse. La cobertura se cancelará automáticamente si el pago no está sellado por el correo en la fecha de vencimiento de la prima o antes.

## Cuánto puede durar la cobertura de COBRA

La duración máxima de la cobertura de COBRA depende del evento calificador por el cual usted es elegible para tener dicha cobertura, tal como se muestra en la tabla a continuación.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA COBERTURA DE COBRA		
Evento	Asociado	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su relación laboral con Walmart finaliza por cualquier motivo</li> <li>• Ya no es elegible para obtener la cobertura conforme al Plan debido a una reducción de las horas de trabajo</li> </ul>	18 meses desde la fecha del evento	18 meses desde la fecha del evento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su fallecimiento</li> <li>• Su estado civil (o de pareja) cambia</li> <li>• Sus dependientes ya no cumplen los requisitos de elegibilidad (p. ej., el dependiente cumple 26 años)</li> </ul>	No se aplica	36 meses desde la fecha del evento
Usted se inscribe en Medicare menos de 18 meses antes de la finalización de su relación laboral o reducción de horas	18 meses desde el cese en el empleo o la reducción de horas	Hasta 36 meses desde la fecha en que usted se inscribió en Medicare
Usted se inscribe en Medicare Parte D	No se aplica	36 meses desde la fecha en que usted se inscribió en Medicare Parte D
Se obtiene una prórroga por discapacidad	29 meses desde la fecha del evento calificador original	29 meses desde la fecha del evento calificador original
Segundo evento calificador: debe notificar al administrador de COBRA dentro de los 60 días luego del segundo evento calificador o de la fecha de la pérdida de cobertura, si es posterior	No se aplica	Hasta 36 meses desde la fecha del evento calificador original

## SI TIENE DERECHO A LA COBERTURA DE MEDICARE

Si es elegible para obtener la cobertura de Medicare Partes A y/o B y termina su relación laboral con Walmart (o pierde la cobertura del Plan), debe tener en cuenta que, si no se inscribe en Medicare Partes A y/o B durante el período de inscripción especial de Medicare, es posible que deba esperar hasta el próximo período de inscripción anual de Medicare para hacerlo y es posible que, cuando se inscriba, deba pagar una prima de Medicare más alta. El período de inscripción especial de ocho meses corre desde la fecha en que ya no es empleado de Walmart (o pierde la cobertura del Plan, lo que suceda primero), incluso si elige la cobertura de continuación de COBRA (p. ej., después de que termina su relación laboral). Para obtener más información, consulte el manual *Medicare & You* (Medicare y usted) de Medicare, que se publica cada año. El manual se consigue directamente en Medicare llamando al **800-633-4227** o se descarga del sitio web de Medicare [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Tener derecho a la cobertura de Medicare significa que es elegible para la cobertura de Medicare y para inscribirse en esta. Si accede al derecho de recibir Medicare menos de 18 meses antes de que ocurra un evento calificador a causa del cese en el empleo o una reducción en las horas de empleo, sus dependientes elegibles pueden optar por COBRA para un período de no más de 36 meses a partir de la fecha en que usted comenzó a ser elegible para recibir Medicare.

Si tiene derecho a la cobertura de Medicare antes de la fecha de elección de COBRA, usted y sus dependientes elegibles deben informar al administrador de COBRA al **800-570-1863** sobre su estado dentro de Medicare para asegurarse de que el período máximo de cobertura se calcule correctamente.

## SI USTED O UN DEPENDIENTE ELEGIBLE TIENEN UNA DISCAPACIDAD

Si es un beneficiario calificado con cobertura de COBRA que cesó en el empleo o se redujeron las horas, usted y cada uno de sus familiares inscritos pueden tener derecho a recibir 11 meses adicionales de cobertura de COBRA si usted o alguno de sus familiares inscritos queda discapacitado. (es decir, puede obtener hasta 29 meses en total de cobertura de COBRA). El período de cobertura de COBRA de 29 meses se inicia el día después del cese en el empleo o de la reducción de horas de trabajo que lo hacen perder elegibilidad para la cobertura del Plan. La prórroga por discapacidad solo se aplica si se reúnen todas las siguientes condiciones:

- La Administración de Seguridad Social determina que usted o sus dependientes elegibles tienen una discapacidad

- La discapacidad existe en cualquier momento dentro de los primeros 60 días calendario de la cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta la finalización del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, y
- Usted y/o sus dependientes elegibles informan al administrador de COBRA que la Administración de Seguridad Social ha determinado la existencia de una discapacidad presentando una copia de la carta de reconocimiento de la discapacidad al administrador de COBRA durante el período inicial de cobertura de COBRA de 18 meses.

En ausencia de una carta de reconocimiento oficial de la Administración de Seguridad Social, el Plan podrá aceptar otro tipo de correspondencia de la misma entidad en tanto explícitamente incluya toda la información que el Plan necesita para garantizar la extensión y enviarla al administrador de COBRA en los plazos establecidos más arriba.

Si usted y/o su dependiente elegible es elegible para obtener la extensión por discapacidad, se le enviará a usted o a su dependiente elegible por correo postal una factura nueva, antes de que finalice el período inicial de cobertura de COBRA de 18 meses, a menos que realice los pagos a través del débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH), en cuyo caso no recibirá ninguna factura. Comuníquese con el administrador de COBRA para obtener detalles sobre el pago de las primas durante un período de extensión por discapacidad.

Por lo general, la prima de COBRA para el período entre la cobertura de COBRA de 19 meses y 29 meses es la suma del monto que pagaba antes del evento calificador, el monto que Walmart pagaba y un cargo administrativo del 50 % o el 150 % "del monto total de la prima.

Sin embargo, si se aplica la extensión por discapacidad, pero el miembro de la familia beneficiario calificado y discapacitado no se afilia a la cobertura de COBRA, la prima de COBRA para los miembros de la familia cubiertos durante el período de extensión se limita al 102 % del monto total de la prima. Usted o sus dependientes elegibles deben notificar al administrador de COBRA dentro de los 30 días luego de la fecha en que la Administración de Seguridad Social determina que usted o sus dependientes ya no tienen la discapacidad.

## SI TIENE UN SEGUNDO EVENTO CALIFICADOR MIENTRAS TIENE LA COBERTURA DE COBRA

Si bien usted (el asociado) no puede recibir una extensión de la cobertura de COBRA debido a un segundo evento calificador, el dependiente elegible que tenga cobertura de COBRA debido al cese en el empleo o la reducción de horas puede recibir la cobertura de COBRA por hasta un total de 36 meses si se produce un segundo evento calificador durante el período de continuación de cobertura original de 18 meses (o durante el período de cobertura de 29 meses, en el caso de una extensión por discapacidad).



Los siguientes pueden considerarse segundos eventos calificadoros:

- Su fallecimiento
- Su divorcio, separación legal o finalización de la relación con una pareja
- Su hijo ya no es elegible para la cobertura médica, dental o de la visión (por ejemplo, el dependiente cumple 26 años), o
- Su inscripción en Medicare Parte D.

Si se produce un segundo evento calificador mientras su dependiente elegible tiene la cobertura de COBRA, dicha cobertura puede durar hasta 36 meses desde la fecha del primer evento calificador que hizo que usted (el asociado) es elegible para obtener la cobertura de COBRA.



Para recibir la extensión del período de cobertura de COBRA, usted o sus dependientes elegibles deben notificar al administrador de COBRA acerca del segundo evento calificador dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del evento o de la pérdida de cobertura luego del evento, si es posterior. Si no se notifica al administrador de COBRA acerca del segundo evento calificador durante el plazo de 60 días, sus dependientes elegibles no podrán obtener la prórroga de la cobertura de COBRA y la cobertura finalizará a partir de la fecha del período inicial de COBRA caducado.

- Usted o sus dependientes elegibles empiezan a tener cobertura de otro plan médico, dental o de la visión grupal luego de elegir la cobertura de COBRA.
- Durante un período de extensión por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado (finaliza la cobertura de COBRA para todos los beneficiarios calificados, no solo el beneficiario calificado discapacitado, a partir de (a) el primer día del mes en que se cumplen más de 30 días luego de la determinación final de la Administración del Seguro Social que el beneficiario calificado ya no está discapacitado o (b) el final del período de cobertura que se aplica independientemente de la extensión por discapacidad), o
- Usted o sus dependientes elegibles presentan al Plan un reclamo por fraude o información fraudulenta.

## PRESENTACIÓN DE UNA APELACIÓN

Tiene derecho a apelar una decisión de estado de inscripción o elegibilidad relacionada con su cobertura de COBRA. Para obtener más información, consulte la sección [Cómo apelar una decisión de estado de inscripción o elegibilidad](#) en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Cuándo finaliza su cobertura de COBRA

Por lo general, la cobertura de COBRA finaliza después de un período máximo de cobertura de 18 meses, 29 meses o 36 meses. Consulte la sección [Cuánto puede durar la cobertura de COBRA](#) en este capítulo para averiguar cuál es el período de cobertura máximo de COBRA que se aplica a su caso.

La cobertura de COBRA puede culminar antes del final del período de 18 meses, 29 meses o de 36 meses en los siguientes casos:

- Walmart deja de proporcionar cobertura médica, dental o de la visión a cualquier asociado.
- Una vez que finalice el período de pago inicial de 45 días, no realiza un pago por la cobertura de COBRA dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de vencimiento (si el día 30 cae durante un fin de semana o un día sin reparto de correo, tendrá tiempo hasta el siguiente día hábil para pagar o hacer sellar su pago por el correo).

# Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo

Su beneficio por discapacidad a corto plazo	180
Cómo se financian los beneficios de discapacidad a corto plazo	180
Cómo se administra el beneficio de discapacidad a corto plazo de Walmart	180
Cuándo califica para recibir los beneficios	180
Cuándo no se pagan los beneficios	182
Cuándo comienzan los beneficios	182
Cómo calcular su beneficio	183
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo	185
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	187
Volver al trabajo tras una licencia	187
Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal	188
Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo	188
Si deja Walmart y vuelve a ser contratado	188

La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a corto plazo a los que puede acceder si:

- Usted es un asociado por hora a tiempo completo elegible
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente (si corresponde).

Si tiene preguntas sobre los requisitos de elegibilidad, los requisitos para que la cobertura sea efectiva y la repercusión en sus beneficios de un cambio en su clasificación laboral, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

# Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para asociados por hora a tiempo completo puede reemplazar una parte de su pago quincenal. Las opciones incluyen el plan básico de discapacidad a corto plazo y el plan mejorado de discapacidad a corto plazo.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Para solicitar una licencia de ausencia o presentar una solicitud de beneficios básicos o mejorados o de beneficios de maternidad, o para obtener más información	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>
Si trabaja en uno de los estados indicados a continuación, presente un reclamo ante Sedgwick, que gestionará su licencia y notificará a Lincoln del reclamo. Hawái Nueva Jersey Nueva York	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick/Lincoln al <b>800-492-5678</b>
Si trabaja en uno de los estados o localidades que se mencionan a continuación, presente un reclamo ante Sedgwick además de hacerlo ante el estado o localidad. Consulte la sección beneficio de maternidad más adelante en este capítulo para obtener información sobre el <a href="#">Beneficio de maternidad</a> . California Colorado Connecticut Massachusetts Oregon Rhode Island Washington D. C. Estado de Washington	Ingrese a <a href="https://edd.ca.gov">edd.ca.gov</a> Visite <a href="https://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a> Ingrese a <a href="https://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a> Ingrese a <a href="https://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a> Visite <a href="https://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a> Ingrese a <a href="https://www.dlt.ri.gov/tdi">www.dlt.ri.gov/tdi</a> Ingrese a <a href="https://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a> Ingrese a <a href="https://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a>	Llame al <b>800-480-3287</b> Llame al <b>866-263-2654</b> Llame al <b>877-499-8606</b> Llame al <b>833-344-7365</b> Llame al <b>833-854-0166</b> Llame al <b>401-462-8420</b> Llame al <b>202-899-3700</b> Llame al <b>833-717-2273</b>

## Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo

- Este capítulo detalla los beneficios de discapacidad que puede recibir con dos opciones: el plan básico de discapacidad a corto plazo y el plan mejorado de discapacidad a corto plazo.
  - Plan básico de discapacidad a corto plazo**
    - El *beneficio básico de discapacidad a corto plazo* reemplaza el 50 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas, sin tope máximo por semana (sin embargo, si trabaja en Nueva York, el máximo es de \$6,000 por semana).
    - El *beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo* sustituye el 100 % de su salario promedio semanal durante un máximo de nueve semanas.
  - El plan mejorado de discapacidad a corto plazo** reemplaza el 60 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas, sin tope máximo por semana (sin embargo, el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York ofrece \$6,000 por semana como máximo).
- Ciertos estados y localidades ofrecen beneficios obligatorios por ley. Las variaciones en las leyes y los procedimientos administrativos pueden afectar su derecho a participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, al igual que el monto de cualquier beneficio por discapacidad.
  - Si trabaja en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, no es elegible para el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart ni para el beneficio básico del plan básico de discapacidad a corto plazo porque los estados en los que trabaja tienen beneficios obligatorios, de acuerdo con la ley. No obstante, tiene derecho al beneficio de maternidad en el marco del plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart para complementar los beneficios de maternidad legalmente establecidos por su estado.
  - Si trabaja en Colorado, Connecticut, Massachusetts, Nueva York, Oregon, Washington D.C. o el estado de Washington, es elegible para participar en uno de los planes de discapacidad a corto plazo de Walmart, pero solamente será un complemento de su beneficio estatal o local.
  - Los beneficios exigidos por la ley no se ofrecen conforme al Plan de salud y bienestar de los asociados, y los beneficios pagados en virtud de esos programas exigidos por la ley no se proporcionan conforme a un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. En este capítulo no se analizan en detalle los beneficios obligatorios por ley, excepto cuando son relevantes para ayudarle a entender los beneficios de un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart.

## Su beneficio por discapacidad a corto plazo

Si el plan de discapacidad a corto plazo está disponible en su ubicación y queda discapacitado según la definición en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios** más adelante en este capítulo, el plan básico de discapacidad a corto plazo proporciona un beneficio semanal básico del 50 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas para una discapacidad aprobada, después de un período de espera de siete días calendario, sin tope de beneficio semanal máximo (sin embargo, si trabaja en Nueva York, hay un beneficio semanal máximo de \$6,000). Para obtener más información sobre su salario semanal promedio, consulte **Cómo calcular su beneficio** más adelante en este capítulo.

Si el plan de discapacidad a corto plazo está disponible en su ubicación y queda discapacitado según la definición en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios** más adelante en este capítulo, el plan básico de discapacidad a corto plazo proporciona un beneficio semanal mejorado del 60 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas para una discapacidad aprobada, después de un período de espera de siete días calendario, sin tope de beneficio semanal máximo (sin embargo, si trabaja en Nueva York, el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York ofrece un beneficio semanal máximo de \$6,000).

Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan básico de discapacidad a corto plazo facilita un beneficio de maternidad del 100 % de su salario semanal promedio por hasta las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Si es elegible para recibir los beneficios de discapacidad a corto plazo exigidos por ley, el beneficio de maternidad complementa el beneficio del estado. El total combinado del beneficio de maternidad disponible para usted conforme al plan básico de discapacidad a corto plazo y al beneficio de maternidad disponible para usted conforme a cualquier programa obligatorio estatal o local no superará el 100 % de su salario semanal promedio durante nueve semanas. Si sigue estando discapacitado y es elegible para los beneficios después de las primeras nueve semanas de beneficios de maternidad, y los planes básico y mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart están disponibles en su lugar de trabajo, el plan de discapacidad a corto plazo pagará el beneficio básico o el beneficio correspondiente conforme al plan mejorado, según el plan en el que esté inscrita, hasta 16 semanas adicionales de pagos de beneficios (para un total de hasta 25 semanas de pagos de beneficios). Para obtener información, consulte **Beneficios de maternidad** más adelante en este capítulo.

## Cómo se financian los beneficios de discapacidad a corto plazo

Walmart le proporciona sin cargo el plan básico de discapacidad a corto plazo. No obstante, si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo, usted y Walmart comparten los gastos. Si participa en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo, el costo depende de sus ingresos quincenales que reúnan los requisitos y de su edad. Si no tiene ingresos elegibles en un período de pago determinado, no se requieren contribuciones durante ese período de pago. Sus contribuciones están destinadas a cubrir los costos de los beneficios.

Excepto para los asociados que trabajan en Nueva York, los planes de discapacidad a corto plazo son autoasegurados. Esto significa que no hay una compañía aseguradora que cobre primas y pague los beneficios. No obstante, el beneficio de maternidad está autoasegurado para todas las asociadas, incluidas las que trabajan en Nueva York. Actualmente, Walmart financia los beneficios del plan de discapacidad a corto plazo autoasegurado con los bienes generales de Walmart.

Para los asociados que trabajan en Nueva York, los beneficios provistos conforme al plan básico de discapacidad a corto plazo y al plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York están asegurados con Lincoln.

## Cómo se administra el beneficio de discapacidad a corto plazo de Walmart

A menos que se disponga lo contrario, los planes de discapacidad a corto plazo son administrados por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick). En cuanto a cualquier pago de beneficios realizado en virtud de un plan de discapacidad a corto plazo administrado por Sedgwick, el administrador del plan ha delegado a Sedgwick la autoridad fiduciaria para determinar los reclamos de beneficios y las apelaciones relacionadas con la audiencia.

Consulte la tabla **Beneficios exigidos por ley** de la siguiente página para obtener información detallada sobre la administración de la cobertura de discapacidad que no sea por maternidad disponible para los asociados en los estados y localidades con beneficios obligatorios por ley. Para obtener más información sobre la administración de los beneficios de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo, consulte la sección **Beneficio de maternidad** más adelante en este capítulo.

## Cuándo califica para recibir los beneficios

A fin de ser elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo conforme a cualquiera de los planes de discapacidad a corto plazo, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El plan de discapacidad a corto plazo debe estar disponible en su localidad.
- Su cobertura debe ser efectiva.
- Su discapacidad debe haberse producido en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura o después.
- Al momento de quedar discapacitado, debe estar en estado activo, a menos que:
  - Tenga licencia de ausencia o haya quedado cesante como se describe más adelante en este capítulo en **Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal**, o
  - No pueda trabajar activamente porque ha experimentado complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, y ha agotado el beneficio de maternidad de discapacidad a corto plazo de nueve semanas, como se describe más adelante en este capítulo, en **Beneficio de maternidad**.

## BENEFICIOS EXIGIDOS POR LEY

Si trabaja en un estado o localidad con un beneficio exigido por ley, las diferencias en las leyes y los procedimientos administrativos afectan su elegibilidad para participar en los planes por discapacidad a corto plazo de Walmart y el monto de su beneficio por discapacidad. Consulte a continuación para obtener información general. Llame al número que figura en la tabla [Recursos](#) para obtener información sobre los beneficios que se ofrecen en estos estados o localidades. Consulte [Beneficio de maternidad](#) para obtener información sobre el beneficio de maternidad, incluida información sobre la administración.

Beneficios exigidos por ley administrados por su estado	Si trabaja en <b>California</b> o <b>Rhode Island</b> , no es elegible para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. El estado administra sus beneficios de discapacidad. Es posible que siga siendo elegible para el beneficio por maternidad* conforme al plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart.
Beneficios exigidos por ley administrados por Lincoln	Si trabaja en <b>Hawái</b> o <b>Nueva Jersey</b> , no es elegible para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. Sus beneficios de discapacidad se proporcionan de acuerdo con el programa estatal y son asegurados y administrados por Lincoln. Es posible que siga siendo elegible para el beneficio por maternidad* conforme al plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart.  Si trabaja en <b>Nueva York</b> es elegible para participar en el plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart y en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York para complementar su beneficio estatal. Sus beneficios bajo estos planes están asegurados y son administrados por Lincoln.
Beneficios exigidos por ley administrados por Sedgwick	Si trabaja en <b>Colorado</b> , <b>Connecticut</b> , <b>Massachusetts</b> , <b>Oregón</b> , <b>Washington</b> , <b>D.C.</b> o el <b>estado de Washington</b> , es elegible para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart para complementar sus beneficios obligatorios por ley, que son administrados por Sedgwick.*

\*El monto de cualquier beneficio de maternidad o no de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley que Sedgwick estima que usted tiene derecho a recibir del estado o la localidad, independientemente de que solicite o no ese beneficio exigido por ley. Si el beneficio disponible para usted conforme a cualquier programa obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted conforme a un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted del plan de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted conforme a cualquier programa obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles mediante el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart en el que está inscrito, si no hubiera trabajado en un estado con un programa obligatorio legal. Usted será responsable de proporcionar a Sedgwick la carta de determinación del estado o la localidad. Si Sedgwick sobrestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto menor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo, se le pagará la diferencia en un pago único. Si Sedgwick subestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto mayor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo de, deberá devolver dicho excedente. Consulte la sección [Derecho de recuperar un pago excesivo](#) más adelante en este capítulo.

- Excepto que se disponga lo contrario en la sección de [Beneficios de maternidad](#), debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que certifique que usted se encuentra discapacitada según la definición a continuación (a los efectos de este capítulo, el término "médico" incluye todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [M.D.], osteópatas [D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud cuyos servicios serían elegibles para solicitar un reembolso si se envían para reembolso conforme al Plan médico de los asociados).
- Sedgwick o Lincoln (según corresponda) debe aprobar su reclamo.

Estas condiciones aplican ya sea que esté inscrito en el plan básico de discapacidad a corto plazo, el plan mejorado de discapacidad a corto plazo o el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Nueva York. Sedgwick o Lincoln puede exigir una prueba escrita de su discapacidad o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. La declaración de su médico de que está discapacitado para trabajar no demuestra por sí misma que esté discapacitado. El hecho que se apruebe una licencia médica tampoco demuestra que esté discapacitado.

A menos que se estipule lo contrario en la sección de [Beneficios de maternidad](#), para fines de los beneficios proporcionados por un plan de discapacidad a corto plazo, como se describe en este capítulo, "discapacitado" o "discapacidad" significa que (i) no puede realizar las tareas esenciales de su trabajo para su horario normal de trabajo, o que se le ha suspendido una licencia necesaria para sus tareas laborales debido a una enfermedad o lesión mental o física, o a un embarazo, y (ii) está bajo el cuidado continuo de un médico calificado y está siguiendo el curso del tratamiento recetado por su médico.



Los beneficios por discapacidad se pagan durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad y mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. “Restablecimiento oportuno de la licencia” significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad. Sedgwick (o Lincoln, si corresponde) determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, incluidos, entre otros, radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como también informes y notas que realice su médico.

Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra, consejero autorizado, consejero de drogas y alcohol, o trabajador social clínico que se especialice en salud mental y/o abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo [Mis recursos de salud mental](#) para obtener información sobre los recursos que están disponibles si está experimentando los efectos de una enfermedad mental o abuso de sustancias.

Si Sedgwick o Lincoln solicita que lo examine un médico, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios. Walmart pagará el costo de dicho examen.

La duración máxima de un periodo de discapacidad durante el cual se abonan los beneficios de discapacidad, incluso si la discapacidad es resultado de más de una causa, es de 25 semanas, tras el periodo de espera inicial de siete días calendario. Consulte también [Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente](#).

Consulte la sección de [Beneficios de maternidad](#) para obtener más detalles sobre el beneficio de maternidad.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad a corto plazo no se pagarán por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si la enfermedad o lesión se produjo antes de que su cobertura entrara en vigencia
- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil
- Si es ocasionada porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal) o
- Si es ocasionada por realizar cualquier trabajo remunerado o lucrativo (por ejemplo, una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo fuera de Walmart o relacionada con su trabajo en Walmart por el que se pagan, o pueden pagarse, los beneficios de la compensación para trabajadores si se reclaman adecuadamente).

## Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueba su reclamo por discapacidad a corto plazo, los beneficios comenzarán, después de un período de espera de siete días calendario, en el octavo día calendario después de que comience su discapacidad. Si su reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo se aprueba de manera retroactiva, cualquier pago de beneficios que de otro modo se le hubiera pagado mientras la decisión de su reclamo estaba pendiente se le hará en un pago único cuando se apruebe.

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (PTO). No debe utilizar el PTO más allá del periodo de espera inicial de siete días mientras la decisión del reclamo esté pendiente o durante cualquier periodo para el que se aprueben los beneficios por discapacidad a corto plazo. Si más tarde se verifica que no es elegible para los beneficios por discapacidad a corto plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado, conforme a la política de PTO. Es posible que tenga que reembolsar el PTO utilizado durante los días en los que se aprobaron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

La política de PTO no es un beneficio ofrecido en virtud del Plan ni administrado como parte del Plan. Para obtener detalles específicos sobre la política de PTO, consulte [One.Walmart.com](#).

## Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio semanal por discapacidad a corto plazo se basa en:

- Su salario semanal promedio, tal como se define a continuación
- La duración de su discapacidad, y
- Si está inscrito en el plan básico de discapacidad a corto plazo o en el plan mejorado.

El monto de su beneficio semanal por discapacidad a corto plazo se basa en:

SALARIO SEMANAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario semanal promedio
Empleado durante 12 meses o más	Sus ingresos elegibles para los 26 períodos de pago inmediatamente anteriores a su último día de trabajo ÷ 52 semanas  Por ejemplo, el salario promedio semanal de un asociado con ingresos elegibles de \$36,400 durante los 26 períodos de pago anteriores es de \$700 ( $\$36,400 \div 52$ )
Empleado durante menos de 12 meses	Ingresos elegibles desde la fecha de contratación ÷ cantidad de semanas trabajadas  Por ejemplo, el salario semanal promedio de un asociado con ingresos elegibles de \$8,400 por 12 semanas de trabajo es \$700 ( $\$8,400 \div 12$ )
<p>*Cualquier período de pago en el que no registra ingresos elegibles queda excluido, lo que reduce la cantidad de períodos de pagos para el cálculo. En la medida en que sus ingresos elegibles hayan sido pagados semanalmente durante el período de 12 meses, la cantidad de períodos de pago utilizados para calcular su salario semanal promedio se ajustará en consecuencia.</p> <p>Sus beneficios por discapacidad a corto plazo se pagan quincenalmente.</p> <p>Si su beneficio de discapacidad se paga por menos de una semana, su beneficio de discapacidad por cada día que esté discapacitado durante esa semana será 1/7 del beneficio semanal.</p>	
<p>Los ingresos elegibles utilizados para determinar el salario promedio semanal incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ingresos regulares de los 26 períodos de pago anteriores a su último día de trabajo</li> <li>• Horas extras</li> <li>• Bonos de incentivos programados periódicamente para los que usted y los asociados que tienen tipos de trabajo o niveles de trabajo similares son elegibles</li> <li>• Tiempo libre remunerado y remuneraciones similares que sustituyen los ingresos habituales (por ejemplo: licencia por duelo, licencia de servicio de jurado y licencia por enfermedad)</li> </ul> <p>Los ingresos elegibles utilizados para determinar el salario promedio semanal excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier beneficio de discapacidad pagado anteriormente</li> <li>• Las comisiones ni ninguna otra compensación adicional ni beneficios que no se hayan mencionado anteriormente</li> </ul>	

A continuación, se muestra un cálculo de beneficios hipotético que corresponde a un salario semanal promedio de \$700.

SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO: UN EJEMPLO	
Si tiene	Su beneficio es
Cobertura del plan básico de discapacidad a corto plazo	50 % de su salario semanal promedio
	Salario semanal promedio: \$700 50 % de \$700: \$350
Cobertura del plan mejorado de discapacidad a corto plazo	60 % de su salario semanal promedio
	Salario semanal promedio: \$700 60 % de \$700: Beneficio semanal de \$420  (Si bien se calculan semanalmente, los beneficios por discapacidad a corto plazo se pagan quincenalmente).
<p><b>NOTA:</b> Si es elegible para recibir los beneficios exigidos por ley, así como los beneficios de los planes por discapacidad a corto plazo de Walmart, el monto del beneficio que se recibe conforme a los planes por discapacidad a corto plazo de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley que Sedgwick estima que recibirá. Consulte <a href="#">Beneficios exigidos por ley</a> que se encuentra anteriormente en este capítulo.</p>	

## BENEFICIO DE MATERNIDAD

Consulte la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluido el beneficio de maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio por maternidad. Tales excepciones se analizan en esta sección. Consulte la tabla [Beneficios exigidos por ley](#) anteriormente en esta sección.

El beneficio de maternidad es del 100 % del salario promedio semanal hasta las nueve primeras semanas de licencia, tras un período de espera inicial de siete días calendario. Los beneficios por discapacidad comienzan el octavo día calendario luego del inicio de la discapacidad.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, la fecha de su discapacidad suele ser el día del parto o hasta dos semanas antes. Si comienza su licencia por discapacidad a corto plazo durante este plazo, se considerará que cumple la definición de discapacidad para fines del beneficio de maternidad. Si comienza la licencia con más de dos semanas de antelación a la fecha prevista de parto, deberá aportar un comprobante médico objetivo que demuestre su discapacidad, tal y como se define en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). Si está discapacitada, tal y como se define en tal sección, comenzará a recibir el beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo en la fecha en que se determine su discapacidad. El beneficio de maternidad no superará las nueve semanas en ningún caso.

Si no comienza su licencia por discapacidad a corto plazo en la fecha de parto, debe cumplir la definición de discapacidad del plan, tal y como se define en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). En ese caso, cualquier beneficio por

discapacidad estará sujeto a las reglas aplicables a los beneficios por discapacidad no relacionados con la maternidad y dependerá de si es elegible para un beneficio de discapacidad a corto plazo básico o mejorado. No tendrá derecho al beneficio de maternidad que se describe en esta sección.

Si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o el posparto y es elegible para recibir beneficios por discapacidad no relacionados con la maternidad en virtud de un plan de discapacidad a corto plazo y sigue coincidiendo con la definición

de "discapacitada" después de las primeras nueve semanas de beneficios de maternidad, el plan básico de discapacidad a corto plazo pagará hasta el 50 % de su salario semanal promedio o el plan mejorado pagará hasta el 60 % de su salario semanal promedio (según corresponda), desde la semana 10 hasta la semana 25 de beneficios de discapacidad.

El beneficio de maternidad se resume a continuación. Consulte la tabla **Beneficios exigidos por ley** para más información sobre los beneficios obligatorios.

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Su lugar de trabajo (estado o localidad)*	Hasta 9 semanas**	Más de 9 semanas** (hasta 25 semanas en total)
<b>Si trabaja en un estado o localidad que no cuenta con beneficios exigidos por ley</b>	100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Si presenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, los beneficios se pueden pagar conforme al plan básico o al plan mejorado de discapacidad a corto plazo para las asociadas, como se describe anteriormente.
<b>Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un beneficio exigido por ley, (ii) es elegible para recibir el beneficio estatal debido a su embarazo, y (iii) trabaja en un lugar elegible para el plan básico o el plan mejorado a corto plazo de Walmart</b>	100 % de su salario semanal promedio, reducido por cualquier beneficio exigido por ley que se paga a la tasa aplicable del gobierno local o estatal, después de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Es posible que haya beneficios adicionales disponibles a través de su gobierno estatal o local y los beneficios se pueden pagar conforme al plan básico o al plan mejorado de discapacidad a corto plazo para las asociadas, como se describe anteriormente.
<b>Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un beneficio exigido por ley, (ii) es elegible para recibir el beneficio estatal debido a su embarazo, y (iii) no trabaja en un lugar elegible para el plan básico o el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart</b>	100 % de su salario semanal promedio, reducido por cualquier beneficio exigido por ley que se paga a la tasa aplicable del gobierno local o estatal, después de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Es posible que haya beneficios adicionales disponibles a través de su gobierno estatal o local.
<b>Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un beneficio exigido por ley, (ii) no es elegible para recibir el beneficio del gobierno estatal o local debido a su embarazo, y (iii) trabaja en un lugar elegible para el plan básico o el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart</b>	100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Si presenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, los beneficios se pueden pagar conforme al plan básico o al plan mejorado de discapacidad a corto plazo para las asociadas, como se describe anteriormente.
<b>Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un beneficio exigido por ley, (ii) no es elegible para recibir el beneficio del gobierno estatal o local debido a su embarazo, y (iii) no trabaja en un lugar elegible para el plan básico o el plan mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart</b>	100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Los planes básicos y mejorados de discapacidad a corto plazo de Walmart no están disponibles; los beneficios de maternidad finalizan después de las primeras 9 semanas de pagos de beneficios.
Los beneficios se pagan quincenalmente a través de su cheque de nómina.		
*Si trabaja en California, Colorado, Connecticut, Hawái, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York, Oregón, Rhode Island, Washington D.C. o el estado de Washington, Sedgwick calculará el beneficio legalmente obligatorio disponible para usted bajo tales programas, independientemente de si ha solicitado o no los beneficios legalmente obligatorios.		
**Puede ser elegible para la paga parental igual al 100 % de su salario semanal promedio conforme a la póliza de pago parental de Walmart. No puede recibir el pago parental mientras recibe los beneficios de maternidad de discapacidad a corto plazo. La política de pago parental no es un beneficio ofrecido en virtud del Plan ni administrado como parte del mismo. Para obtener información específica sobre la política de pago parental, consulte <a href="https://www.walmart.com">One.Walmart.com</a> .		



## LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

El pago de impuestos sobre los beneficios que recibe dependerá de si está inscrito en el plan básico o en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo. Si está inscrito en un plan básico por discapacidad a corto plazo, los beneficios que recibe están sujetos a impuestos. Esto se debe a que no realiza ninguna contribución al plan básico de discapacidad a corto plazo y no paga ningún impuesto sobre la cobertura que brinda Walmart. Si está inscrito en un plan mejorado por discapacidad a corto plazo, solo se pagarán impuestos sobre una parte de sus beneficios, ya que Walmart y usted pagan el costo de la cobertura a través de una combinación de contribuciones de Walmart por un monto antes de impuestos y un monto por parte del asociado después de impuestos. Por lo general, Walmart retiene todo impuesto local, estatal, federal y de seguridad social de la parte de beneficios sujeta a impuestos.

Si trabaja en Nueva York, comuníquese con Lincoln para obtener información sobre los impuestos de los beneficios básicos de su plan básico o mejorado de discapacidad a corto plazo. Los asociados que trabajan en otros estados o localidades con beneficios exigidos por ley que no son elegibles para participar en los planes básicos o mejorados de discapacidad a corto plazo deben comunicarse con Lincoln (si trabaja en Hawái o Nueva Jersey) o con el estado o la localidad donde se encuentra para obtener información sobre el estado fiscal de los beneficios estatales o locales.

El administrador del plan no puede garantizar las consecuencias fiscales específicas que surgirán cuando usted reciba los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. El administrador del plan no brinda asesoramiento legal. Si necesita una respuesta en la que pueda confiar, puede consultar a un asesor fiscal.

## DERECHO DE RECUPERAR UN PAGO EXCESIVO

El Plan tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad a corto plazo como parte de un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. Consulte [Derecho del Plan de recuperar un pago excesivo](#) y [Derecho del Plan a descontar del sueldo o del salario](#) en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Si no devuelve los montos pagados en exceso en el plazo previsto, Walmart deducirá primero estas cantidades

de los pagos futuros por discapacidad (si los hay). Si se debe algún monto restante después de cualquier deducción de los futuros pagos por discapacidad, entonces Walmart puede, a su discreción, (i) tratar los montos pagados en exceso como salarios imponibles para usted (declarables en su formulario W-2), o (ii) deducir los montos pagados en exceso de su pago quincenal, en la medida permitida por la ley.

## Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo

Si queda discapacitado, debe presentar de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar al pago retrasado del beneficio, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. El calendario y el proceso que debe seguir para presentar una solicitud de beneficios por discapacidad a corto plazo dependen de si el plan de discapacidad a corto plazo está disponible en su localidad (es decir, si se encuentra en un estado o localidad que ofrezca beneficios obligatorios por ley). Consulte [Instrucciones para presentar reclamos](#) en la siguiente página para obtener información sobre el beneficio de su solicitud.

**PASO 1:** Independientemente del proceso que siga para presentar un reclamo de discapacidad a corto plazo ante el Plan, deberá ponerse en contacto con Sedgwick a través de [One.Walmart.com > mySedgwick](#) o llamando al **800-492-5678** para solicitar una licencia de ausencia en cuanto sepa que va a faltar al empleo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrará la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar.

La política de licencia de ausencia no es un beneficio que se ofrece conforme al Plan ni es administrado como parte del Plan, por lo que no se aborda aquí detalladamente. Consulte [One.Walmart.com](#) para obtener información específica sobre la política de licencias de ausencia.

**PASO 2:** Cómo presentar un reclamo. Su reclamo no se puede procesar totalmente hasta que haya dejado de trabajar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo por la compensación para trabajadores.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS			
Estado o localidad	Elegibilidad	Administración de reclamos	Instrucciones de presentación
<b>CA, RI</b>	No tiene derecho a la cobertura de discapacidad temporal básica o ampliada de Walmart Derecho a la maternidad, como complemento de los beneficios obligatorios por ley	Estado donde se ofrece el beneficio obligatorio por ley Sedgwick para maternidad	<b>CA:</b> Visite <a href="http://edd.ca.gov">edd.ca.gov</a> o llame al <b>800-480-3287</b> para obtener instrucciones <b>RI:</b> Visite <a href="http://www.dlt.ri.gov/tdi">www.dlt.ri.gov/tdi</a> o llame al <b>401-462-8420</b> para obtener instrucciones Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.*
<b>HI, NJ</b>	No tiene derecho a la cobertura de discapacidad temporal básica o ampliada de Walmart Derecho a la maternidad, como complemento de los beneficios obligatorios por ley	Lincoln	Para el beneficio que no sea por maternidad, presente un reclamo a Sedgwick en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su discapacidad y Sedgwick la remitirá a Lincoln. Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios estatales. Sedgwick enviará a Lincoln.
<b>CO, CT, MA, OR, WA Washington, D.C.**</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart como complemento a los beneficios obligatorios por ley	Estado o distrito de beneficios obligatorios por ley Sedgwick para beneficios complementarios	<b>CO:</b> Visite <a href="http://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a> o llame al <b>866-263-2654</b> para obtener instrucciones <b>CT:</b> Visite <a href="http://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a> o llame al <b>877-499-8606</b> para obtener instrucciones <b>MA:</b> Visite <a href="http://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a> o llame al <b>833-344-7365</b> para obtener instrucciones <b>OR:</b> Visite <a href="http://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a> o llame al <b>833-854-0166</b> para obtener instrucciones <b>WA:</b> Visite <a href="http://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a> o llame al <b>833-717-2273</b> para obtener instrucciones <b>D.C.:</b> Visite <a href="http://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a> o llame al <b>202-899-3700</b> para obtener instrucciones <b>Sedgwick:</b> Presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado o distrito que incluya los detalles de los beneficios estatales o del distrito. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.*
<b>NY</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart como complemento a los beneficios obligatorios por ley	Lincoln Sedgwick para beneficios complementarios	Para el beneficio que no sea por maternidad, presente un reclamo a Sedgwick en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su discapacidad y Sedgwick la remitirá a Lincoln Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios estatales. Sedgwick enviará a Lincoln.
<b>Todos los demás</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart	Sedgwick	Presente un reclamo con Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

\*Su estado o localidad puede tener un periodo de presentación diferente, y se le aconseja que solicite rápidamente a su estado o localidad los beneficios exigidos legalmente.

\*\*Si trabaja en Washington D.C., por lo general no recibirá los beneficios correspondientes a los periodos anteriores a la fecha de haberlos solicitado, salvo en situaciones de emergencia, por lo que es importante presentar la solicitud ante el distrito lo antes posible.

**PASO 3:** Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos y/o físicos y resultados de pruebas
- Plan de tratamiento, y
- Notas de las consultas médicas.

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Este formulario se incluirá en el paquete inicial que reciba de Sedgwick. Sin embargo, si presenta su reclamo en línea, se acepta una firma electrónica).

**PASO 4:** Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada a Sedgwick. Cualquier retraso en el envío de la información a Sedgwick podría tener como resultado un retraso, o rechazo, en el procesamiento de su reclamo y el pago de los beneficios.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Para obtener información, consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Es posible que se le exija una prueba por escrito de su discapacidad o información médica adicional antes de que se apruebe su reclamo.

## Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo

Si está recibiendo beneficios por discapacidad a corto plazo en virtud de un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, sus pagos de beneficios finalizarán en la fecha más temprana de:

- Cuando deje de coincidir con la definición de discapacidad del plan para la discapacidad a corto plazo.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo soliciten Sedgwick o Lincoln.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a someterse a examen, si Sedgwick o Lincoln así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual se pagan los beneficios
- Cuando esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto a tiempo completo similar que Walmart le ofrezca, o
- La fecha de su fallecimiento.

Si sus beneficios por discapacidad a corto plazo finalizan y no regresa a trabajar por cualquier motivo, debe solicitar una extensión de su licencia de ausencia (consulte la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo para obtener información de contacto). Si no lo hace, es posible que se le despida.

Los beneficios proporcionados bajo un programa obligatorio estatal o local pueden tener fechas de finalización diferentes a las del plan de discapacidad a corto plazo de Walmart.

## Volver al trabajo tras una licencia

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.

Deberá ponerse en contacto con Sedgwick hasta siete días antes de la fecha real de vuelta al trabajo para garantizar una transición fluida para volver al trabajo y evitar una posible repercusión en su salario. Si su fecha de reincorporación al trabajo cambia, debe notificarlo inmediatamente a Sedgwick. Si sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

## SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por 30 días calendario o menos y está clasificado como asociado a tiempo completo en estado activo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick o Lincoln como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad a corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No deberá cumplir un período de espera adicional de siete días calendario. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará las 25 semanas.

Si ha vuelto a trabajar como asociado a tiempo completo y está en estado activo durante más de 30 días calendario y, posteriormente, queda discapacitado por la misma afección o por una afección relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podrá recibir hasta 25 semanas de beneficios tras haber satisfecho un nuevo periodo de espera de siete días calendario.

Si regresa como asociado a tiempo completo y está en estado activo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva condición no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo periodo de espera de beneficios de siete días calendario.

## Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal

Si no está en estado activo debido a una licencia o a una cesantía temporal, su derecho a los beneficios por discapacidad a corto plazo continuará durante 90 días a partir del inicio de su licencia o cesantía temporal. Su derecho a recibir la cobertura por discapacidad a corto plazo finaliza a los 91 días del inicio de la licencia o de la cesantía temporal, pero se restablece si se reincorpora al trabajo en el plazo de un año con estado de trabajo activo (no se le pedirá que vuelva a cumplir con el periodo de espera de 12 meses). Para obtener más información, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), que incluye detalles sobre el pago de los beneficios durante una licencia.

## Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo

Independientemente de la posibilidad de restablecer los beneficios en algunos casos (como se describe bajo [Volver al trabajo tras una licencia](#) más arriba), la cobertura del plan básico y del plan ampliado de discapacidad a corto plazo finaliza en la fecha más temprana de:

- La fecha en que finaliza su relación laboral
- El último día del periodo de pago en que su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El día 91 de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo), o
- La fecha en la que Walmart deja de ofrecer el beneficio de discapacidad a corto plazo.

Además, la cobertura conforme al plan mejorado de discapacidad a corto plazo finalizaría cuando usted da de baja su cobertura voluntariamente. Para obtener más información, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Si es asociado por hora a tiempo completo, consulte la sección [Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.



# Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

Su beneficio por discapacidad a corto plazo	192
Cómo se administra el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados	192
Cuándo califica para recibir los beneficios	192
Cuándo no se pagan los beneficios	193
Cuándo comienzan los beneficios	193
Cómo calcular su beneficio	194
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo para un asociado asalariado	196
Su pago después de presentar un reclamo	197
Determinación de beneficios	197
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	198
Volver al trabajo tras una licencia	198
Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal	199
Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados	199
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	199

## La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a corto plazo a los que puede acceder si:

- Es un asociado asalariado (gerencia) (conductores de camión: véase el siguiente capítulo), y
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, incluidos los requisitos de trabajo activo.

Si tiene preguntas sobre los requisitos de elegibilidad, los requisitos para que la cobertura sea efectiva y la repercusión en sus beneficios de un cambio en su clasificación laboral, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

El plan de discapacidad a corto plazo para asalariados no es un beneficio ofrecido en el marco del Plan de salud y bienestar para asociados (AHWP) de Walmart Inc. y no está sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA).

Esta información no crea un contrato de trabajo explícito ni implícito, ni cualquier otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su exclusivo criterio sin previo aviso y en cualquier momento, de conformidad con la ley correspondiente.

# Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para asociados asalariados puede cubrir una parte de su cheque de pago quincenal.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Para solicitar una licencia, presentar una solicitud de beneficios u obtener más información	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>
Si trabaja en uno de los estados o localidades que se mencionan a continuación, presente un reclamo ante Sedgwick además de hacerlo ante el estado o localidad. Consulte la sección beneficio de maternidad más adelante en este capítulo para obtener información sobre el <a href="#">Beneficio de maternidad</a> .		
Colorado	Visite <a href="https://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a>	Llame al <b>866-263-2654</b>
Connecticut	Ingrese a <a href="https://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a>	Llame al <b>877-499-8606</b>
Massachusetts	Ingrese a <a href="https://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a>	Llame al <b>833-344-7365</b>
Oregon	Ingrese a <a href="https://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a>	Llame al <b>833-854-0166</b>
Washington D. C.	Visite <a href="https://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a>	Llame al <b>202-899-3700</b>
Estado de Washington	Ingrese a <a href="https://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a>	Llame al <b>833-717-2273</b>
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad a corto plazo rechazado	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>

## Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

- En este capítulo se describen los beneficios de discapacidad que le ofrece el plan de discapacidad a corto plazo.
- El plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados sustituye el 100 % de su salario base durante un máximo de seis semanas y el 75 % de su salario base durante un máximo de 19 semanas adicionales. (Las discapacidades que califican para la compensación para trabajadores a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla [Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados](#)).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo sustituye el 100 % de su salario base de hasta nueve semanas. Es posible que se paguen beneficios adicionales después de las primeras nueve semanas de beneficios si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto. Para obtener más información, consulte [Beneficio de maternidad](#) más adelante en este capítulo.
- El plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados no está sujeto a ERISA y no se ofrece conforme al Plan de salud y bienestar para asociados.
- Los procedimientos de reclamos y apelaciones descritos en este capítulo aplican al beneficio por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados en lugar de los procedimientos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Su beneficio por discapacidad a corto plazo

Si queda discapacitado como se define en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios** más adelante en este capítulo y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo asociados asalariados, por lo general, paga el 100 % de su pago base por hasta seis semanas de un reclamo por discapacidad aprobado, luego de un período de espera inicial de siete días calendario de discapacidad continua. (Las discapacidades que califican para la compensación para trabajadores a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla **Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados**). Si permanece discapacitado y es elegible para los beneficios después de las primeras seis semanas de beneficios por discapacidad, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados pagará el 75 % de su pago básico por hasta 19 semanas adicionales.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados paga un beneficio de maternidad del 100 % de su pago básico por hasta las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Si permanece discapacitado y es elegible para los beneficios después de las primeras nueve semanas de pagos por discapacidad, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados pagará el 75 % de su pago básico por hasta 16 semanas adicionales.

## Cómo se administra el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

La cobertura por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados es administrada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick) y es proporcionada por Walmart sin costo alguno.

### BENEFICIOS EXIGIDOS POR LEY

Los beneficios por discapacidad a corto plazo proporcionados por los estados individuales y los gobiernos locales no suelen afectar su elegibilidad para el plan de beneficios por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart, a menos trabaje en

Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington, D.C. o el estado de Washington. La siguiente tabla contiene las reglas aplicables a estos programas estatales y locales.

## Cuándo califica para recibir los beneficios

A fin de ser elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Su cobertura debe ser efectiva.
- Su discapacidad debe haberse producido en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura o después.
- Al momento de quedar discapacitado, debe estar en estado activo, a menos que:
  - Esté con licencia o sujeto a cesantía, tal como se describe más adelante en este capítulo, en el párrafo **Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal**, o
  - No se encuentre trabajando activamente porque experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, y ha agotado el período de beneficio de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo de nueve semanas, como se describe más adelante en este capítulo, en **Beneficio de maternidad**.
- Excepto que se disponga lo contrario en la sección de **Beneficios de maternidad** en este capítulo, debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición que aparece en la siguiente página (a los efectos de este capítulo, el término "médico" incluye todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [M.D.], osteópatas [D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud cuyos servicios serían elegibles para solicitar un reembolso si se envían para reembolso conforme al Plan médico).
- Sedgwick debe aprobar su reclamo.

Sedgwick puede exigir una prueba escrita de su discapacidad, tal como se describe en la siguiente página, o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. La declaración de su médico de que está discapacitado para trabajar no demuestra por sí misma que esté discapacitado. Asimismo, la aprobación de una licencia de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo.

BENEFICIOS EXIGIDOS POR LEY	
Si usted es un asociado asalariado que trabaja en Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington, D.C. o el estado de Washington	<p>Usted es elegible para participar en el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart para complementar los beneficios estatales.</p> <p>El monto del beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley que Sedgwick estima que usted tiene derecho a recibir del estado o la localidad, independientemente de que solicite o no ese beneficio exigido por ley. Si el beneficio disponible para usted conforme a cualquier programa obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted conforme a un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted del programa de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted mediante cualquier plan obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles conforme al plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, si no hubiera trabajado en un estado o una localidad con un plan obligatorio legal. Usted es responsable de proporcionar a Sedgwick una carta de determinación del estado o la localidad. Si Sedgwick sobrestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto menor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, se le pagará la diferencia en un pago único. Si Sedgwick subestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto mayor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, deberá devolver dicho excedente. Consulte la sección <b>Derecho de recuperar un pago excesivo</b> más adelante en este capítulo.</p>



A menos que se estipule lo contrario en la sección de **Beneficios de maternidad**, para fines de los beneficios proporcionados por el plan de discapacidad a corto plazo, "discapacitado" o "discapacidad" significa que (i) no puede realizar las tareas esenciales de su trabajo para su horario normal de trabajo, o que se le ha suspendido una licencia necesaria para sus tareas laborales debido a una enfermedad o lesión mental o física, o a un embarazo, y (ii) está bajo el cuidado continuo de un médico calificado y está siguiendo el curso del tratamiento recetado por su médico.



Los beneficios por discapacidad se pagan durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad y mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. "Restablecimiento oportuno de la licencia" significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad. Sedgwick determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, incluidos, entre otros, radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como también informes y notas que realice su médico.

Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra, consejero autorizado, consejero de drogas y alcohol, o trabajador social clínico que se especialice en salud mental y/o abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo **Mis recursos de salud mental** para obtener información sobre los recursos que están disponibles si está experimentando los efectos de una enfermedad mental o abuso de sustancias.

Si Sedgwick solicita que lo examine un médico, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios. Walmart pagará el costo de dicho examen.

La duración máxima de un periodo de discapacidad durante el cual se abonan los beneficios de discapacidad, incluso si la discapacidad es resultado de más de una causa, es de 25 semanas, tras el periodo de espera inicial de siete días calendario. Consulte también **Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente**.

Consulte la sección **Beneficios de maternidad** en este capítulo para obtener más detalles sobre el beneficio de maternidad.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad a corto plazo no se pagarán por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si la enfermedad o lesión se produjo antes de que su cobertura entrara en vigencia
- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil
- Si es ocasionada porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal) o
- Resultante de la realización de cualquier trabajo remunerado o lucrativo (por ejemplo, una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo fuera de Walmart).

## Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueba su reclamo por discapacidad a corto plazo, el beneficio comenzará, después de un período de espera de siete días calendario, en el octavo día calendario después de que comience su discapacidad. (No hay período de espera para las discapacidades relacionadas con el trabajo que califiquen para la compensación para trabajadores a través de Walmart).

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado. Los beneficios por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados comienzan el octavo día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. No debe utilizar el PTO más allá del periodo de espera inicial de siete días mientras la decisión del reclamo esté pendiente o durante cualquier periodo para el que se aprueben los beneficios por discapacidad a corto plazo (consulte **Su pago después de presentar un reclamo** más adelante en este capítulo para obtener información sobre el pago provisional que puede aplicarse después de su período de espera inicial de siete días calendario). Si más tarde se verifica que no es elegible para los beneficios por discapacidad a corto plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado, conforme a la política de PTO. Es posible que tenga que reembolsar el PTO utilizado durante los días en los que se aprobaron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

Para obtener detalles específicos sobre la política de PTO, consulte **One.Walmart.com**.

## Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad a corto plazo se basa en:

- Su pago básico, tal como se define más abajo, a partir de su último día de trabajo, y
- La duración de su discapacidad.

A los fines del beneficio por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, el pago básico se define de la siguiente manera:

TIPO DE ASOCIADO	PAGO BÁSICO
Asociados exentos	Salario quincenal bruto
Asociados no exentos	Pago por hora multiplicado por las horas normales programadas para el período de pago

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados paga los beneficios, tal como se describe aquí:

SU BENEFICIO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS ASALARIADOS		
Duración de su discapacidad	Su beneficio es:	
	Si su discapacidad no califica para la compensación para trabajadores a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo que califica para la compensación para trabajadores a través de Walmart
Hasta 7 semanas	Luego de un período de espera inicial de 7 días calendario, el 100 % de su pago básico.  Los beneficios de discapacidad comienzan el 8.º día calendario. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.	100 % de su pago básico, sin período de espera inicial.
Más de 7 semanas, hasta 26 semanas	75 % de su pago básico.  Por ejemplo, si su pago quincenal básico (como se define arriba) es de \$1,000, el 75 % de \$1,000 es un beneficio quincenal de \$750.  Los beneficios a corto plazo se pagan quincenalmente a través de su cheque de nómina.	Los beneficios por la compensación para trabajadores se pagarán a la tarifa estatal correspondiente; los beneficios por discapacidad a corto plazo compensarán la diferencia de hasta el 75 % de su pago básico.  Por ejemplo, si su pago básico es de \$1,000 y la compensación para trabajadores paga el 66 % por su discapacidad, o \$660, el plan de discapacidad a corto plazo pagará \$90 adicionales por un beneficio total de \$750.  (Si la tarifa de compensación para trabajadores exigida por ley supera el 75 % de su pago básico, no recibirá beneficios por discapacidad a corto plazo).
<p>Si se paga un beneficio por menos de una semana, su beneficio de discapacidad se basará en su pago básico dividido por su cronograma laboral regular por cada día en que se vio afectado por la discapacidad.</p> <p>Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad a corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad a corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad a corto plazo. Por lo general, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados paga el 100 % de su pago básico por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.</p> <p><b>NOTA:</b> En el caso de los asociados que son elegibles para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en <a href="#">Beneficios exigidos por ley</a> que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley que Sedgwick estima que recibirá.</p>		

## COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES Y BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compensación para trabajadores y los beneficios de discapacidad a corto plazo se realizan como pagos separados, excepto en los estados de Texas y Wyoming, donde el beneficio completo se incluye en el pago que recibe por parte de Walmart.

Si está recibiendo los beneficios de la compensación para trabajadores por una lesión o enfermedad no relacionada, cualquier beneficio de discapacidad a corto plazo para el que sea elegible se reducirá o compensará con los beneficios de compensación para trabajadores que pueda recibir.

## BENEFICIO DE MATERNIDAD

A continuación, se describen los beneficios por maternidad en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados:

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Duración del beneficio	Su beneficio es:	Si es elegible para los beneficios exigidos por ley en Colorado; Connecticut; Massachusetts; Oregón; Washington D. C. y el estado de Washington:
Hasta 9 semanas*	100 % de su pago básico luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.  Los beneficios por maternidad conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados comienzan el 8.º día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua. Los beneficios se pagan quincenalmente a través de su cheque de nómina.	Los beneficios obligatorios por ley se abonan según la tarifa estatal o local aplicable; el beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá en función de los beneficios obligatorios por ley a las que tenga derecho.
*También puede ser elegible para recibir el pago por cuidado familiar y parental equivalente al 100 % de su pago básico. No puede recibir beneficios del pago por cuidado familiar y parental mientras recibe los beneficios por maternidad de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte la póliza sobre el pago por cuidado familiar y parental en <a href="https://one.walmart.com">One.Walmart.com</a> .		
NOTA: En el caso de los asociados que son elegibles para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en <a href="#">Beneficios exigidos por ley</a> que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley, independientemente de si ha solicitado los beneficios legalmente exigidos.		

Consulte la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluido el beneficio por maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio por maternidad. Tales excepciones se analizan en esta sección.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, la fecha de su discapacidad suele ser el día del parto o hasta dos semanas antes. Si comienza su licencia por discapacidad a corto plazo durante este plazo, se considerará que cumple la definición de discapacidad para fines del beneficio de maternidad. Si comienza la licencia con más de dos semanas de antelación a la fecha prevista de parto, deberá aportar un comprobante médico objetivo que demuestre su discapacidad, tal y como se define en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). Si está discapacitada, tal y como se define en tal sección, comenzará a recibir el beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo en la fecha en que se determine su discapacidad. El beneficio de maternidad no superará las nueve semanas en ningún caso.

Si no comienza su licencia por discapacidad a corto plazo en la fecha de parto, debe cumplir la definición de discapacidad del plan, tal y como se indica en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). En tal caso, cualquier beneficio por discapacidad estará sujeto a las reglas aplicables a los beneficios por discapacidad no relacionados con la maternidad. En la medida en que tenga derecho a un beneficio de discapacidad, el mismo se determinaría de acuerdo con las reglas aplicables a la discapacidad a corto plazo no relacionada con la maternidad. No tendrá derecho al beneficio de maternidad que se describe en esta sección.

Si sufre complicaciones médicas durante el embarazo o el posparto y sigue satisfaciendo la definición de discapacitado después de las primeras nueve semanas de beneficios por maternidad, el plan de discapacidad a corto plazo le proporcionará beneficios por discapacidad del 75 % de su salario base a partir de la décima semana y hasta las 25 semanas de pago de beneficios.

NOTA: Para los asociados de los estados o localidades con beneficios obligatorios por ley, consulte la tabla [Beneficios exigidos por ley](#) anterior de este capítulo para la coordinación de los beneficios.

### LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compañía proporciona los beneficios que se le pagan conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados sin costo alguno. Dado que usted no realiza ningún aporte al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados y que no paga ningún impuesto por la cobertura que Walmart le proporciona, cualquier beneficio que se le abone está sujeto a impuestos; Walmart generalmente retiene impuestos federales, estatales, locales y del Seguro Social del importe de sus pagos de beneficios.

Walmart no puede garantizar las consecuencias fiscales específicas que surgirán cuando usted reciba los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. Walmart no brinda asesoramiento legal. Si necesita una respuesta en la que pueda confiar, puede consultar a un asesor fiscal.

## DERECHO DE RECUPERAR UN PAGO EXCESIVO

Walmart tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad a corto plazo como parte de este plan. Si no devuelve los montos pagados en exceso en el plazo previsto, Walmart deducirá primero estas cantidades de los pagos futuros por discapacidad (si los hay). Si se debe algún monto restante después de cualquier deducción de los futuros pagos por discapacidad, entonces Walmart puede, a su discreción, (i) tratar los montos pagados en exceso como salarios imponibles para usted (declarables en su formulario W-2), o (ii) deducir los montos pagados en exceso de su pago quincenal, en la medida permitida por la ley.

## Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo para un asociado asalariado

Si queda discapacitado, debe presentar de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar al pago retrasado del beneficio, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. Consulte las [Instrucciones para presentar reclamos](#) más abajo para obtener información sobre cómo presentar su solicitud.

**PASO 1:** Independientemente del proceso que siga para presentar un reclamo de discapacidad a corto plazo ante el Plan, deberá ponerse en contacto con Sedgwick a través de [One.Walmart.com > mySedgwick](#) o llamando al **800-492-5678** para solicitar una licencia de ausencia en cuanto sepa que va a faltar al empleo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrarán la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar.

**PASO 2:** Cómo presentar un reclamo. Su reclamo no se puede procesar totalmente hasta que haya dejado de trabajar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo por la compensación para trabajadores.

**PASO 3:** Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos y/o físicos y resultados de pruebas
- Plan de tratamiento, y
- Notas de las consultas médicas.

### INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS

Estado o localidad	Elegibilidad	Administración de reclamos	Instrucciones de presentación
<b>CO, CT, MA, OR, WA</b> <b>Washington, D.C.*</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart como complemento a los beneficios obligatorios por ley	Estado o distrito de beneficios obligatorios por ley  Sedgwick para beneficios complementarios	<b>CO:</b> Visite <a href="#">famli.colorado.gov</a> o llame al <b>866-263-2654</b> para obtener instrucciones <b>CT:</b> Visite <a href="#">ctpaidleave.org</a> o llame al <b>877-499-8606</b> para obtener instrucciones <b>MA:</b> Visite <a href="#">paidleave.mass.gov</a> o llame al <b>833-344-7365</b> para obtener instrucciones <b>OR:</b> Visite <a href="#">paidleave.oregon.gov</a> o llame al <b>833-854-0166</b> para obtener instrucciones <b>WA:</b> Visite <a href="#">paidleave.wa.gov</a> o llame al <b>833-717-2273</b> para obtener instrucciones <b>D.C.:</b> Visite <a href="#">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a> o llame al <b>202-899-3700</b> para obtener instrucciones <b>Sedgwick:</b> Presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado o distrito que incluya los detalles de los beneficios estatales o del distrito. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.**
<b>Todos los demás</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart	Sedgwick	Presente un reclamo con Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

\*Si trabaja en Washington D.C., por lo general no recibirá los beneficios correspondientes a los periodos anteriores a la fecha de haberlos solicitado, salvo en situaciones de emergencia, por lo que es importante presentar la solicitud ante el distrito lo antes posible.

\*\*Su estado o localidad puede tener un periodo de presentación diferente, y se le aconseja que solicite rápidamente a su estado o localidad los beneficios exigidos legalmente.

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Este formulario se incluirá en el paquete inicial que reciba de Sedgwick. Sin embargo, si presenta su reclamo en línea, se acepta una firma electrónica).

**PASO 4:** Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada a Sedgwick. Cualquier retraso en el envío de la información a Sedgwick podría tener como resultado un retraso, o rechazo, en el procesamiento de su reclamo y el pago de los beneficios.

Es posible que se le exija una prueba por escrito de su discapacidad o información médica adicional antes de que comience el pago de sus beneficios.

## Su pago después de presentar un reclamo

Sedgwick le enviará un paquete inicial cuando presente un reclamo. Tiene hasta la fecha médica de parto, especificada en su paquete inicial, para presentar la documentación médica necesaria. Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (PTO). Después de su período de espera inicial de siete días calendario, su pago continuará hasta la fecha de parto, este pago se conoce como "pago provisional". Si la documentación médica requerida no se aprobó, su pago se suspenderá luego de la fecha de parto.

Si se aprueba su reclamo, la aprobación será efectiva a partir de la fecha de su discapacidad y el pago provisional que recibió después de su período de espera de siete días mientras su reclamo estaba pendiente contará para su beneficio de discapacidad.

Si se deniega su solicitud antes de la fecha de vencimiento del plazo de pago por motivos médicos porque no está discapacitado, según la definición del plan, se interrumpirá su pago provisional y Walmart iniciará las gestiones para recuperar el pago provisional que se le abonó mientras su solicitud estaba pendiente.

No recibirá pago provisional durante ningún período en el que se esté tomando una determinación sobre un reclamo por recaída/recurrente (consulte [Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente](#) más adelante en este capítulo).

Para obtener detalles específicos sobre la política de PTO, consulte [One.Walmart.com](#).

## Determinación de beneficios

Sedgwick tomará una decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para una decisión se puede extender por hasta dos períodos de 30 días adicionales. Se le notificará por escrito, antes de cualquier período de extensión, que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera del control de Sedgwick. Se deben identificar dichos asuntos y se le debe proporcionar la fecha en la que Sedgwick tomará una decisión. Si su reclamo

se extiende debido a que usted no presenta la información que Sedgwick considera como necesaria para determinar su reclamo, el tiempo de decisión se suspenderá a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la extensión hasta la fecha en que Sedgwick recibe su respuesta. Si Sedgwick aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle sobre esa decisión.

Si Sedgwick rechaza su reclamo, se le enviará una notificación por escrito sobre el rechazo, la cual incluirá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión
- Referencia específica a las disposiciones de la póliza en la cual se basa la decisión.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Si la decisión se basó en una norma, una pauta, un protocolo interno u otro criterio similar para realizar el rechazo, ya sea:
  - La norma, la pauta, el protocolo u otros criterios similares particulares.
  - Una declaración de que la decisión se basó en dicha norma, pauta, protocolo o criterio similar para dictaminar el rechazo y que se le enviará una copia sin cargo cuando la solicite.

Para los asociados de estados o localidades con planes obligatorios por ley (Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington D.C. y el estado de Washington), su estado o localidad especificará su proceso y plazos para tomar una decisión. Encontrará más información en el sitio web de su estado o distrito. Consulte la Tabla de recursos al principio de este capítulo [Recursos](#) para ver la información de contacto.

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick dentro de los 180 días posteriores al rechazo. Su reclamo deberá incluir comentarios, documentos, archivos o cualquier otra información que le gustaría que se considere.

Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. Independientemente de la determinación inicial, su apelación será revisada por una persona que no sea quien decidió sobre su reclamo inicial.

Sedgwick decidirá sobre su apelación dentro de los 45 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional,

tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan.

## SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS ASALARIADOS

Si se rechaza su apelación, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo de manera oral o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo de su primera apelación. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Todas las apelaciones de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados (apelaciones iniciales y segundas apelaciones voluntarias) deben enviarse a:

**Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit**  
**P.O. Box 14748**  
**Lexington, Kentucky 40512-4748**

Para los asociados de estados o localidades con planes obligatorios por ley (Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington D.C. y el estado de Washington), su estado o localidad especificará su proceso y plazos para tomar una decisión, si corresponde. Encontrará más información en el sitio web de su estado o distrito. Consulte la Tabla de recursos al principio de este capítulo para ver la información de contacto.

## Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo

Si está recibiendo pagos de beneficios por discapacidad a corto plazo del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados a causa de un reclamo por discapacidad aprobado, los pagos de sus beneficios del plan terminarán de acuerdo con lo que ocurra primero:

- Cuando deje de coincidir con la definición de discapacidad del plan para la discapacidad a corto plazo.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo solicite Sedgwick.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a someterse a examen, si Sedgwick así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual se pagan los beneficios
- El día en que esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto a tiempo completo similar que Walmart le ofrezca
- La fecha en que finaliza su relación laboral, o
- La fecha de su fallecimiento.

Cuando sus beneficios por discapacidad a corto plazo finalizan y no regresa a trabajar por cualquier motivo, debe solicitar una extensión de su licencia (consulte la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo para obtener información de contacto). Si no lo hace, es posible que se le despidan.

## Volver al trabajo tras una licencia

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.

Deberá ponerse en contacto con Sedgwick hasta siete días antes de la fecha real de vuelta al trabajo para garantizar una transición fluida para volver al trabajo y evitar una posible repercusión en su salario. Si su fecha de reincorporación al trabajo cambia, debe notificarlo inmediatamente a Sedgwick. Si sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

## SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por 30 días calendario o menos y está clasificado como asociado de la gerencia en estado activo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad a corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No deberá cumplir un período de espera adicional de siete días calendario. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará las 25 semanas.

Si ha vuelto a trabajar como asociado gerencial y está en estado activo durante más de 30 días calendario y, posteriormente, queda discapacitado por la misma causa o por una causa relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podrá recibir hasta 25 semanas de beneficios tras haber satisfecho un nuevo período de espera de siete días calendario.

Si regresa como asociado de la gerencia y está en estado activo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva causa no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

**Licencia intermitente.** Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad a corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad a corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad a corto plazo. Por lo general, el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados paga el 100 % de su pago básico por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.

## Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal

Si no está en estado activo debido a una licencia o a una cesantía temporal, su derecho a los beneficios por discapacidad a corto plazo continuará durante 90 días a partir del inicio de su licencia o cesantía temporal. Su elegibilidad para la cobertura por discapacidad a corto plazo finalizará el día 91 después del inicio de su licencia de ausencia o cesantía temporal, pero será restablecida si regresa a trabajar dentro del plazo de un año. Para obtener más información, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), que incluye detalles sobre el pago de los beneficios durante una licencia.

## Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

Su cobertura de discapacidad a corto plazo finaliza en la fecha más temprana de:

- La fecha en que finaliza su relación laboral
- El último día del período de pago en que su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El día 91 de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo), o
- La fecha en la que Walmart deja de ofrecer el beneficio.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si deja Walmart y regresa a trabajar para esta como asociado asalariado, quedará automáticamente reinscrito en el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados.

# Plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión

Su beneficio por discapacidad a corto plazo	202
Cómo se administra el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión	202
Cuándo califica para recibir los beneficios	203
Cuándo no se pagan los beneficios	203
Cuándo comienzan los beneficios	204
Cómo calcular su beneficio	204
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo para conductores de camión	206
Su pago después de presentar un reclamo	207
Determinación de beneficios	207
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	208
Volver al trabajo tras una licencia	208
Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal	209
Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo para conductores de camión	209
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	209

## La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a corto plazo a los que puede acceder si:

- Usted es un asociado conductor de camión a tiempo completo, y
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, incluidos los requisitos de trabajo activo.

Si tiene preguntas sobre los requisitos de elegibilidad, los requisitos para que la cobertura sea efectiva y la repercusión de un cambio en su clasificación laboral en sus beneficios, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

El plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión no es un beneficio ofrecido en el marco del Plan de salud y bienestar para asociados (AHWP) de Walmart Inc. y no está sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA).

Esta información no crea un contrato de trabajo explícito ni implícito, ni cualquier otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su exclusivo criterio sin previo aviso y en cualquier momento, de conformidad con la ley correspondiente.



# Plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para conductores de camión puede cubrir una parte de su cheque de pago. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión de Walmart trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Para solicitar una licencia, presentar una solicitud de beneficios u obtener más información	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>
Si trabaja en uno de los estados o localidades que se mencionan a continuación, presente un reclamo ante Sedgwick además de hacerlo ante el estado o localidad. Consulte la sección <b>Beneficio de maternidad</b> más adelante en este capítulo para obtener información sobre el beneficio de maternidad.		
Colorado	Visite <a href="https://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a>	Llame al <b>866-263-2654</b>
Connecticut	Ingresa a <a href="https://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a>	Llame al <b>877-499-8606</b>
Massachusetts	Ingresa a <a href="https://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a>	Llame al <b>833-344-7365</b>
Oregon	Visite <a href="https://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a>	Llame al <b>833-854-0166</b>
Washington D. C.	Ingresa a <a href="https://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a>	Llame al <b>202-899-3700</b>
Estado de Washington	Ingresa a <a href="https://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a>	Llame al <b>833-717-2273</b>
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad a corto plazo rechazado	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Sedgwick al <b>800-492-5678</b>

## Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión

- En este capítulo se describen los beneficios de discapacidad que le ofrece el plan de discapacidad a corto plazo.
- El plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión reemplaza el 75 % de su pago diario promedio por hasta 25 semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. (Las discapacidades que califican para la compensación para trabajadores a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla **Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo sustituye el 100 % de su salario promedio diario por hasta nueve semanas. Es posible que se paguen beneficios adicionales después de las primeras nueve semanas de beneficios si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto. Para obtener más información, consulte **Beneficio de maternidad** más adelante en este capítulo.
- El plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión no está sujeto a ERISA y no se ofrece conforme al Plan de salud y bienestar para asociados.
- Los procedimientos de reclamos y apelaciones descritos en este capítulo aplican al beneficio de discapacidad a corto plazo para conductores de camión en lugar de los procedimientos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

## Su beneficio por discapacidad a corto plazo

Si queda discapacitado como se define en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios** más adelante en este capítulo y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, por lo general, paga el 75 % de su pago diario promedio por hasta 25 semanas de un reclamo por discapacidad aprobado, luego de un período de espera inicial de siete días calendario de discapacidad continua. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comienza su discapacidad. (Las discapacidades que califican para la compensación para trabajadores a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla **Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión**).

Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión paga un beneficio de maternidad del 100 % de su pago diario promedio por hasta las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comienza su discapacidad. Si permanece discapacitado y es elegible para los

beneficios después de las primeras nueve semanas de pagos por discapacidad, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión pagará el 75 % de su pago básico por hasta 16 semanas adicionales.

## Cómo se administra el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión

La cobertura por discapacidad a corto plazo para conductores de camión es administrada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick) y es proporcionada por Walmart sin costo alguno.

### BENEFICIOS EXIGIDOS POR LEY

Los beneficios por discapacidad a corto plazo proporcionados por los estados individuales y los gobiernos locales no suelen afectar su elegibilidad para el plan de beneficios por discapacidad a corto plazo para conductores de camión a través de Walmart, a menos que sea un asociado que trabaje en Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington, D.C. o el estado de Washington. La siguiente tabla contiene las reglas aplicables a estos planes estatales y locales.

BENEFICIOS EXIGIDOS POR LEY	
Si usted es un asociado que trabaja en Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington, D.C. o el estado de Washington	<p>Usted es elegible para participar en el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión para complementar los beneficios estatales.</p> <p>El monto del beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley que Sedgwick estima que usted tiene derecho a recibir del estado o la localidad, independientemente de que solicite o no ese beneficio exigido por ley. Si el beneficio disponible para usted conforme a cualquier programa obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted conforme a un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted del programa de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted mediante cualquier plan obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles conforme al programa de discapacidad a corto plazo si no hubiera trabajado en un estado con un plan obligatorio legal. Usted es responsable de proporcionar a Sedgwick una carta de determinación del estado o la localidad. Si Sedgwick sobrestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto menor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, se le pagará la diferencia en un pago único. Si Sedgwick subestimó lo que sería su beneficio exigido por ley, lo que significa que se le pagó un monto mayor del que debía recibir en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, deberá devolver dicho excedente. Consulte la sección <b>Derecho de recuperar un pago excesivo</b> más adelante en este capítulo.</p>

## Cuándo califica para recibir los beneficios

A fin de ser elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Su cobertura debe ser efectiva.
- Su discapacidad debe haberse producido en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura o después.
- Al momento de quedar discapacitado, debe estar en estado activo, a menos que:
  - Tenga licencia de ausencia o haya quedado cesante como se describe más adelante en este capítulo en **Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal**, o
  - No se encuentre trabajando activamente porque experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, y ha agotado el período de beneficio de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo de nueve semanas, como se describe más adelante en este capítulo, en **Beneficio de maternidad**.
- Excepto que se disponga lo contrario en la sección de **Beneficios de maternidad** debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición a continuación (a los efectos de este capítulo, el término "médico" incluye todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [M.D.], osteópatas [D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud cuyos servicios serían elegibles para solicitar un reembolso conforme al Plan médico).
- Sedgwick debe aprobar su reclamo.

Sedgwick puede exigir una prueba escrita de su discapacidad, tal como se define más adelante en este capítulo, o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. La declaración de su médico de que está discapacitado para trabajar no demuestra por sí misma que esté discapacitado. Asimismo, la aprobación de una licencia de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo.

A menos que se estipule lo contrario en la sección de **Beneficios de maternidad**, para fines de los beneficios proporcionados por el plan de discapacidad a corto plazo, "discapacitado" o "discapacidad" significa que (i) no puede realizar las tareas esenciales de su trabajo para su horario normal de trabajo, o que se le ha suspendido una licencia necesaria para sus tareas laborales debido a una enfermedad o lesión mental o física, o a un embarazo, y (ii) está bajo el cuidado continuo de un médico calificado y está siguiendo el curso del tratamiento recetado por su médico. Consulte la sección **Beneficios de maternidad** para conocer las excepciones a este requisito general para fines del beneficio de maternidad.



Los beneficios por discapacidad se pagan durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad y mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. "Restablecimiento oportuno de la licencia" significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad. Sedgwick determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, incluidos, entre otros, radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como también informes y notas que realice su médico.

Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra, consejero autorizado, consejero de drogas y alcohol, o trabajador social clínico que se especialice en salud mental y/o abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo **Mis recursos de salud mental** para obtener información sobre los recursos que están disponibles si está experimentando los efectos de una enfermedad mental o abuso de sustancias.

Si Sedgwick solicita que lo examine un médico, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios. Walmart pagará el costo de dicho examen.

La duración máxima de un periodo de discapacidad durante el cual se abonan los beneficios de discapacidad, incluso si la discapacidad es resultado de más de una causa, es de 25 semanas, tras el periodo de espera inicial de siete días calendario. Consulte también **Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente**.

Consulte la sección de **Beneficios de maternidad** para obtener más detalles sobre el beneficio de maternidad.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad a corto plazo no se pagarán por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si la enfermedad o lesión se produjo antes de que su cobertura entrara en vigencia
- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil

- Si es ocasionada porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal) o
- Resultante de la realización de cualquier trabajo remunerado o lucrativo (por ejemplo, una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo fuera de Walmart).

## Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueba su solicitud de discapacidad a corto plazo, el beneficio comenzará tras un período de espera de siete días calendario. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comienza su discapacidad. (Las discapacidades relacionadas con el trabajo que califique para la compensación para trabajadores a través de Walmart pueden tener períodos de espera diferentes conforme a la ley estatal).

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado. Los beneficios por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados comienzan el octavo día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. No debe utilizar el PTO más allá del período de espera inicial de siete días mientras la decisión del reclamo esté pendiente o durante cualquier período para el que se aprueben los beneficios por discapacidad a corto plazo (consulte [Su pago después de presentar un reclamo](#) anteriormente en este capítulo para obtener información sobre el pago provisional que puede aplicarse después de su período de espera inicial de siete días calendario). Si más tarde se verifica que no es elegible para los beneficios por discapacidad a corto

plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado, conforme a la política de PTO. Es posible que tenga que reembolsar el PTO utilizado durante los días en los que se aprobaron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

Para obtener detalles específicos sobre la política de PTO, consulte [One.Walmart.com](#).

## Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad a corto plazo se basa en:

- Su pago diario promedio a partir de su último día trabajado.
- La duración de su discapacidad.

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión reemplaza el 75 % de su pago diario promedio a partir del último día previo a su discapacidad por hasta 25 semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. No hay un beneficio semanal máximo conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión.

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión paga los beneficios, tal como se describe aquí.

SU BENEFICIO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
Duración de su discapacidad	Su beneficio es:	
	Si su discapacidad no califica para la compensación para trabajadores a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo que califica para la compensación para trabajadores a través de Walmart
Hasta 26 semanas	<p>Luego de un período de espera inicial de 7 días calendario, 75 % de su pago diario promedio. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comience su discapacidad total.</p> <p>Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.</p> <p>Por ejemplo, si su pago diario promedio durante la semana suma un total de \$1,000, el 75 % de \$1,000 es un beneficio semanal de \$750.</p> <p>Los beneficios a corto plazo se pagan quincenalmente a través de su cheque de nómina.</p>	<p>75 % de su pago diario promedio. El beneficio de discapacidad a corto plazo pagará el 75 % durante el período de espera de compensación para trabajadores estatal; por lo tanto, la compensación para trabajadores pagará en función de la tarifa de compensación del estado. El beneficio de discapacidad a corto plazo "completará" este pago al 75 %. Si la tarifa de compensación del estado es mayor que el 75 %, no recibirá beneficios adicionales por parte de Sedgwick.</p> <p>Por ejemplo, si su beneficio por compensación para trabajadores o su beneficio anticipado es el 66 %, el beneficio por discapacidad a corto plazo proporcionará el 9 % de su salario.</p> <p>Los beneficios de discapacidad a corto plazo se pagan quincenalmente a través del cheque de pago, mientras que la compensación para trabajadores se paga a través de un cheque por separado, excepto en los estados de Texas y Wyoming, donde el beneficio completo se incluye en el pago que recibe por parte de Walmart.</p>
<p>Si se paga un beneficio por menos de una semana, su beneficio de discapacidad se basará en el 75 % de su pago diario promedio multiplicado por sus días laborales regulares programados por cada día en que se vio afectado por la discapacidad.</p> <p>Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad a corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad a corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad a corto plazo. Por lo general, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión paga el 100 % de su pago diario promedio por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.</p>		
<p><b>NOTA:</b> En el caso de los asociados que son elegibles para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en <a href="#">Beneficios exigidos por ley</a> que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.</p>		

## COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES Y BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compensación para trabajadores y los beneficios de discapacidad a corto plazo se realizan como pagos separados, excepto en los estados de Texas y Wyoming, donde el beneficio completo se incluye en el pago que recibe por parte de Walmart.

Si está recibiendo los beneficios de la compensación para trabajadores por una lesión o enfermedad no relacionada, cualquier beneficio de discapacidad a corto plazo para el que sea elegible se reducirá o compensará con los beneficios de compensación para trabajadores que pueda recibir.

### BENEFICIO DE MATERNIDAD

Los beneficios por maternidad en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión se otorgan de la siguiente manera:

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Duración del beneficio	Su beneficio es:	Si es elegible para los beneficios exigidos por ley en Colorado; Connecticut; Massachusetts; Oregón; Washington D. C. y el estado de Washington:
Hasta 9 semanas*	100 % de su pago diario promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Los beneficios obligatorios por ley se abonan según la tarifa estatal o local aplicable; el beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo para asociados que sean conductores de camión de Walmart se reducirá en función de los beneficios obligatorios por ley a las que tenga derecho.
	Los beneficios por maternidad conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión comienzan el 8.º día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua. Los beneficios se pagan quincenalmente a través de su cheque de nómina.	
*También puede ser elegible para recibir un pago por cuidado familiar y parental adicional equivalente al 100 % de su pago diario promedio. No puede recibir beneficios del pago por cuidado familiar y parental mientras recibe los beneficios por maternidad de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte la póliza sobre el pago por cuidado familiar y parental en <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> .		
<b>NOTA:</b> En el caso de los asociados que son elegibles para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en <a href="#">Beneficios exigidos por ley</a> que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley, independientemente de si ha solicitado los beneficios legalmente exigidos.		

Consulte la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluido el beneficio por maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio por maternidad. Tales excepciones se analizan en esta sección.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, la fecha de su discapacidad suele ser el día del parto o hasta dos semanas antes. Si comienza su licencia por discapacidad a corto plazo durante este plazo, se considerará que cumple la definición de discapacidad para fines del beneficio de maternidad. Si comienza la licencia con más de dos semanas de antelación a la fecha prevista de parto, deberá aportar un comprobante médico objetivo que demuestre su discapacidad, tal y como se define en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). Si está discapacitada, tal y como se define en tal sección, comenzará a recibir el beneficio de maternidad por discapacidad a corto plazo en la fecha en que se determine su discapacidad. El beneficio de maternidad no superará las nueve semanas en ningún caso.

Si no comienza su licencia por discapacidad a corto plazo en la fecha de parto, debe cumplir la definición de discapacidad del plan, tal y como se indica en la sección [Cuándo califica para recibir los beneficios](#). En tal caso, cualquier beneficio por discapacidad estará sujeto a las reglas aplicables a los beneficios por discapacidad no relacionados con la maternidad.

Si sufre complicaciones médicas durante el embarazo o el posparto y sigue satisfaciendo la definición de discapacidad después de las primeras nueve semanas de beneficios

por maternidad, el plan de discapacidad a corto plazo le proporcionará beneficios por discapacidad del 75 % de su salario promedio diario a partir de la décima semana y hasta las 25 semanas de pago de beneficios.

**NOTA:** Para los asociados de los estados o localidades con beneficios obligatorios por ley, consulte la tabla [Beneficios exigidos por ley](#) anterior de este capítulo para la coordinación de los beneficios.

### LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compañía proporciona sin cargo los beneficios que cobre conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión. Debido a que no realiza contribuciones al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, y no paga ningún impuesto sobre la cobertura que brinda Walmart, los beneficios que se le pagan están sujetos a impuestos. Por lo general, Walmart retiene los impuestos locales, estatales, federales, y de seguridad social del monto de los pagos de sus beneficios.

Walmart no puede garantizar las consecuencias fiscales específicas que surgirán cuando usted reciba los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión. Walmart no brinda asesoramiento legal. Si necesita una respuesta en la que pueda confiar, puede consultar a un asesor fiscal.

## DERECHO DE RECUPERAR UN PAGO EXCESIVO

Walmart tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad a corto plazo como parte de este plan. Si no devuelve los montos pagados en exceso en el plazo previsto, Walmart deducirá primero estas cantidades de los pagos futuros por discapacidad (si los hay). Si se debe algún monto restante después de cualquier deducción de los futuros pagos por discapacidad, entonces Walmart puede, a su discreción, (i) tratar los montos pagados en exceso como salarios imponibles para usted (declarables en su formulario W-2), o (ii) deducir los montos pagados en exceso de su pago quincenal, en la medida permitida por la ley.

## Cómo presentar un reclamo por discapacidad a corto plazo para conductores de camión

Si queda discapacitado, debe presentar de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar al pago retrasado del beneficio, a la interrupción

de su salario o al rechazo de su reclamo. Consulte [Instrucciones para presentar reclamos](#) más abajo para obtener información sobre cómo presentar su solicitud.

**PASO 1:** Independientemente del proceso que siga para presentar un reclamo de discapacidad a corto plazo ante el Plan, deberá ponerse en contacto con Sedgwick a través de [One.Walmart.com > mySedgwick](#) o llamando al **800-492-5678** para solicitar una licencia de ausencia en cuanto sepa que va a faltar al empleo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrará la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar.

**PASO 2:** Cómo presentar un reclamo. Su reclamo no se puede procesar totalmente hasta que haya dejado de trabajar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo por la compensación para trabajadores.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS			
Estado o localidad	Elegibilidad	Administración de reclamos	Instrucciones de presentación
<b>CO, CT, MA, OR, WA</b> <b>Washington, D.C.*</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart como complemento a los beneficios obligatorios por ley	Estado o distrito de beneficios obligatorios por ley Sedgwick para beneficios complementarios	<p><b>CO:</b> Visite <a href="http://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a> o llame al <b>866-263-2654</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>CT:</b> Visite <a href="http://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a> o llame al <b>877-499-8606</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>MA:</b> Visite <a href="http://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a> o llame al <b>833-344-7365</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>OR:</b> Visite <a href="http://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a> o llame al <b>833-854-0166</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>WA:</b> Visite <a href="http://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a> o llame al <b>833-717-2273</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>D.C.:</b> Visite <a href="http://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a> o llame al <b>202-899-3700</b> para obtener instrucciones</p> <p><b>Sedgwick:</b> Presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado o distrito que incluya los detalles de los beneficios estatales o del distrito. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.**</p>
<b>Todos los demás</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart	Sedgwick	Presente un reclamo con Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

\*Si trabaja en Washington D.C., por lo general no recibirá los beneficios correspondientes a los periodos anteriores a la fecha de haberlos solicitado, salvo en situaciones de emergencia, por lo que es importante presentar la solicitud ante el distrito lo antes posible.

\*\*Su estado o localidad puede tener un periodo de presentación diferente, y se le aconseja que solicite rápidamente a su estado o localidad los beneficios exigidos legalmente

**PASO 3:** Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos y/o físicos y resultados de pruebas
- Plan de tratamiento, y
- Notas de las consultas médicas.

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. Este formulario se incluirá en el paquete inicial que reciba de Sedgwick. Sin embargo, si presenta su reclamo en línea, se acepta una firma electrónica.

**PASO 4:** Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada a Sedgwick. Cualquier retraso en el envío de la información a Sedgwick podría tener como resultado un retraso, o rechazo, en el procesamiento de su reclamo y el pago de los beneficios.

Es posible que se le exija una prueba por escrito de su discapacidad o información médica adicional antes de que comience el pago de sus beneficios.

## Su pago después de presentar un reclamo

Sedgwick le enviará un paquete inicial cuando presente un reclamo. Tiene hasta la fecha médica de parto, especificada en su paquete inicial, para presentar la documentación médica necesaria. Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (PTO). Después de su período de espera inicial de siete días calendario, su pago continuará hasta la fecha de parto, este pago se conoce como "pago provisional". Si la documentación médica requerida no se aprobó, su pago se suspenderá luego de la fecha de parto.

Si se aprueba su reclamo, la aprobación será efectiva a partir de la fecha de su discapacidad y el pago provisional que recibió después de su período de espera de siete días mientras su reclamo estaba pendiente contará para su beneficio de discapacidad.

Si se deniega su solicitud antes de la fecha de vencimiento del plazo de pago por motivos médicos porque no está discapacitado, según la definición del plan, se interrumpirá su pago provisional y Walmart iniciará las gestiones para recuperar el pago provisional que se le abonó mientras su solicitud estaba pendiente.

No recibirá pago provisional durante ningún período en el que se esté tomando una determinación sobre un reclamo por recaída/recurrente (consulte [Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente](#) más adelante en este capítulo).

Para obtener detalles específicos sobre la política de PTO, consulte [One.Walmart.com](#).

## Determinación de beneficios

Sedgwick tomará una decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para una decisión se puede extender por hasta dos períodos de 30 días adicionales. Se le notificará por escrito, antes de cualquier período de extensión, que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera del control de Sedgwick. Se deben identificar dichos asuntos y se le debe proporcionar la fecha en la que Sedgwick tomará una decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta la información que Sedgwick considera como necesaria para determinar su reclamo, el tiempo de decisión se suspenderá a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la extensión hasta la fecha en que Sedgwick recibe su respuesta. Si Sedgwick aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle sobre esa decisión.

Si Sedgwick rechaza su reclamo, se le enviará una notificación por escrito sobre el rechazo, la cual incluirá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión
- Referencia específica a las disposiciones de la póliza en la cual se basa la decisión.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Si la decisión se basó en una norma, una pauta, un protocolo interno u otro criterio similar para realizar el rechazo, ya sea:
  - La norma, la pauta, el protocolo u otros criterios similares particulares.
  - Una declaración de que la decisión se basó en dicha norma, pauta, protocolo o criterio similar para dictaminar el rechazo y que se le enviará una copia sin cargo cuando la solicite.

Para los asociados de estados o localidades con planes obligatorios por ley (Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington D.C. y el estado de Washington), su estado o localidad especificará su proceso y plazos para tomar una decisión. Encontrará más información en el sitio web de su estado o distrito. Consulte la Tabla de recursos al principio de este capítulo [Recursos](#) para ver la información de contacto.

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick dentro de los 180 días posteriores al rechazo. Su reclamo deberá incluir comentarios, documentos, archivos o cualquier otra información que le gustaría que se considere.

Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. Independientemente de la determinación inicial, su apelación será revisada por una persona que no sea quien decidió sobre su reclamo inicial.

Sedgwick decidirá sobre su apelación dentro de los 45 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan.

## SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

Si se rechaza su apelación, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo de manera oral o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo de su primera apelación. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Todas las apelaciones de discapacidad a corto plazo para conductores de camión (apelaciones iniciales y segundas apelaciones voluntarias) deben enviarse a:

**Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit**  
**P.O. Box 14748**  
**Lexington, Kentucky 40512-4748**

Para los asociados de estados o localidades con planes obligatorios por ley (Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Washington D.C. y el estado de Washington), su estado o localidad especificará su proceso y plazos para tomar una decisión, si corresponde. Encontrará más información en el sitio web de su estado o distrito. Consulte la Tabla de recursos al principio de este capítulo para ver la información de contacto.

## Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo

Si está recibiendo pagos de beneficios por discapacidad a corto plazo del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión a causa de un reclamo por discapacidad aprobado, los pagos de sus beneficios del plan terminarán de acuerdo con lo que ocurra primero:

- Cuando deje de coincidir con la definición de discapacidad del plan para la discapacidad a corto plazo.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo solicite Sedgwick.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a someterse a examen, si Sedgwick así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual se pagan los beneficios
- El día en que esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto a tiempo completo similar que Walmart le ofrezca
- La fecha en que finaliza su relación laboral, o
- La fecha de su fallecimiento.

Cuando sus beneficios por discapacidad a corto plazo finalizan y no regresa a trabajar por cualquier motivo, debe solicitar una extensión de su licencia (consulte la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo para obtener información de contacto). Si no lo hace, es posible que se le despidan.

## Volver al trabajo tras una licencia

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.



Deberá ponerse en contacto con Sedgwick hasta siete días antes de la fecha real de vuelta al trabajo para garantizar una transición fluida para volver al trabajo y evitar una posible repercusión en su salario. Si su fecha de reincorporación al trabajo cambia, debe notificarlo inmediatamente a Sedgwick. Si sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

## SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por 30 días calendario o menos y está clasificado como conductor de camión a tiempo completo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad a corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No deberá cumplir un período de espera adicional de siete días calendario. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará las 25 semanas.

Si ha vuelto a trabajar como conductor de camión a tiempo completo y está en estado activo durante más de 30 días calendario y, posteriormente, queda discapacitado por la misma causa o por una causa relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podrá recibir hasta 25 semanas de beneficios tras haber satisfecho un nuevo período de espera de siete días calendario.

Si regresa como conductor a tiempo completo y está en estado activo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva causa no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

**Licencia intermitente.** Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad a corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad a corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad a corto plazo. Por lo general, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión paga el 100 % de su pago diario promedio por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.

## Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal

Si no está en estado activo debido a una licencia o a una cesantía temporal, su derecho a los beneficios por discapacidad a corto plazo continuará durante 90 días a partir del inicio de su licencia o cesantía temporal. Su elegibilidad para la cobertura por discapacidad a corto plazo finalizará el día 91 después del inicio de su licencia de ausencia o cesantía temporal, pero será restablecida si regresa a trabajar dentro del plazo de un año. Para obtener más información, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), que incluye detalles sobre el pago de los beneficios durante una licencia.

## Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a corto plazo para conductores de camión

Su cobertura de discapacidad a corto plazo finaliza en la fecha más temprana de:

- La fecha en que finaliza su relación laboral
- El último día del período de pago en que su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El día 91 de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo), o
- La fecha en la que Walmart deja de ofrecer el beneficio.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si deja Walmart y regresa a trabajar para esta como un conductor de camión a tiempo completo, quedará automáticamente reinscrito en el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión.

# Discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo

Los planes de discapacidad a largo plazo	212
Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo	212
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo	213
Cuándo no se pagan los beneficios	213
Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo	213
Cómo calcular su beneficio	213
Si está discapacitado y trabaja	215
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a largo plazo	215
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	216
Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal	216
Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a largo plazo	217
Si deja Walmart y vuelve a ser contratado	217

## La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a largo plazo a los que puede acceder si:

- Es un asociado a tiempo completo pagado por horas o asalariado (gerencia) (conductores de camión: véase el siguiente capítulo)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por The Lincoln National Life Insurance Company (Lincoln) respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

# Discapacidad a largo plazo para asociados asalariados y por hora a tiempo completo

Si queda discapacitado y no puede trabajar, el plan de discapacidad a largo plazo de Walmart puede ayudarlo. Cuando se inscribe, el plan trabaja con otros beneficios que recibe durante la discapacidad para reemplazar parte de su cheque de pago.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Lincoln al <b>877-353-6404</b>

## Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a largo plazo para asociados asalariados y por hora a tiempo completo

- En este capítulo se describen los beneficios de discapacidad a largo plazo a los que puede acceder según una de las dos opciones del plan:
  - **El plan de discapacidad a largo plazo** sustituye el 50 % de su salario promedio mensual.
  - **El plan mejorado de discapacidad a largo plazo** sustituye el 60 % de su salario promedio mensual.
- A partir del 14 de octubre de 2023, no se exigirá el certificado de buena salud si se inscribe en cualquiera de los dos planes después de su periodo de elegibilidad inicial.

## Los planes de discapacidad a largo plazo

Si queda discapacitado, tal y como se define en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo**, el plan de discapacidad a largo plazo le proporciona un beneficio del 50 % de su salario promedio mensual hasta un beneficio mensual máximo de \$15,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos a los que tenga derecho, tras el periodo de espera del beneficio.

Si queda discapacitado, tal y como se define en la sección **Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo**, el plan de discapacidad a largo plazo mejorado le proporciona un beneficio del 60 % de su salario mensual medio hasta un beneficio mensual máximo de \$18,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos a los que tenga derecho, tras el periodo de carencia del beneficio.

Ambos planes están asegurados con Lincoln. Para obtener más información sobre su periodo de espera para beneficios, consulte **Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo** más adelante en este capítulo. Para obtener información sobre su salario mensual promedio u otros ingresos o beneficios que pueden reducir el monto de su beneficio, consulte **Cómo calcular su beneficio** y **Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo** más adelante en este capítulo.

### COSTO DE LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El costo de la cobertura por discapacidad a largo plazo se basa en sus ingresos elegibles quincenales, su edad y si selecciona el plan de discapacidad a largo plazo o el plan mejorado de discapacidad a largo plazo. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. Si no tiene ingresos elegibles en un periodo de pago, no se debe pagar ninguna prima por ese periodo de pago. Si mientras recibe los beneficios de discapacidad a largo plazo percibe cualquier otro ingreso elegible, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart, las primas de todos los beneficios, incluida la discapacidad a largo plazo, se retendrán de esos pagos.

## Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo

Según los términos de los planes de discapacidad a largo plazo y discapacidad a largo plazo mejorado, “discapacidad” o “discapacitado” por lo general significa que, debido a una lesión o enfermedad cubierta durante el periodo de espera de beneficios y durante los 24 meses siguientes de discapacidad, usted es incapaz de realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación, y después de 24 meses de pagos de beneficios, usted es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación para la que esté razonablemente capacitado por su formación, educación, experiencia, edad y capacidad física o mental. Sin embargo, si está empleado como piloto, copiloto o miembro de la tripulación de una aeronave, “discapacidad” o “discapacitado” significa que, como resultado de una dolencia o enfermedad, no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación conforme a las normas de aptitud aplicables de la Administración Federal de Aviación.

Para determinar si usted sufre una discapacidad, para personas que no sean pilotos o copilotos, Lincoln no tiene en cuenta los factores del empleo, como conflicto interpersonal en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia laboral, recorte de pagos, trabajos compartidos o pérdida de una autorización o licencia profesional u ocupacional.

A fin de calificar para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo:

- Usted debe estar incapacitado de regresar al trabajo luego del período de espera inicial del beneficio por discapacidad.
- Usted debe continuar bajo la atención adecuada de un médico calificado (se incluyen, entre los médicos calificados, a los médicos y profesionales de la salud que no tienen parentesco con usted y prestan servicios dentro del alcance de sus licencias).
- Lincoln debe recibir y aprobar los certificados junto con la documentación médica de respaldo de una discapacidad que envíe su médico calificado antes de que se considere el pago de los beneficios.
- En el momento de su discapacidad, debe estar trabajando activamente. Se considerará que está trabajando activamente si está prestando servicios en el centro de trabajo habitual de Walmart o en un lugar designado por Walmart, o si ha estado realmente en el trabajo el día inmediatamente anterior:
  - Un fin de semana o un día festivo (excepto si uno o ambos días son días de trabajo programados)
  - Tiempo libre pagado (PTO)
  - Cualquier día de trabajo no programado, o
  - Una licencia de ausencia aprobada.

Si su cobertura de discapacidad a largo plazo estaba sujeta a evidencia de buena salud antes de 14 de octubre de 2023 y la cobertura fue aprobada por Lincoln, Lincoln tiene derecho a reexaminar su cuestionario de evidencia de buena salud dentro de los dos primeros años a partir de la fecha en que entró en vigencia la cobertura de discapacidad a largo plazo. Si se descubre que declaró hechos materiales de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar si su cobertura debería estar vigente y por qué monto, y si su prima se puede ajustar.

### EXCLUSIÓN POR AFECCIÓN PREEXISTENTE

No recibirá beneficios de discapacidad a largo plazo por ninguna discapacidad o discapacidad parcial que comience en los primeros 12 meses después de la fecha de vigencia de la cobertura si dicha discapacidad o discapacidad parcial es causada por, en parte o totalmente, o es el resultado de, una afección preexistente. Una “afección preexistente” significa cualquier afección que resulte de una lesión o enfermedad por la cual se le diagnosticó o recibió tratamiento durante el periodo de tres meses anterior a la fecha de vigencia de la cobertura. Según los términos de la exclusión por afección preexistente, se entiende que está “bajo tratamiento” cuando consulta a un profesional de la salud o recibe atención o servicios médicos bajo la dirección de un médico, que incluye medidas para obtener un diagnóstico, la prescripción de medicamentos (ya sea que decida tomarlos o no) y el consumo de medicamentos.

Si se cambia del plan de discapacidad a largo plazo (beneficio del 50 %) al plan mejorado de discapacidad a largo plazo (beneficio del 60 %), la exclusión por afección preexistente se aplicará al monto de la cobertura adicional. Si cumplió con el requisito de afección preexistente del plan de discapacidad a largo plazo (beneficio del 50 %) y, luego, queda discapacitado antes de cumplir la exclusión por afección preexistente del plan mejorado de discapacidad a largo plazo (beneficio del 60 %), solo recibirá los beneficios conforme al plan de discapacidad a largo plazo (beneficio del 50 %).

## Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo

Si tiene un reclamo por discapacidad a corto plazo aprobado y está inscrito para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas tenga conocimiento de que necesitará utilizar su beneficio por discapacidad a largo plazo, puede comunicarse con Lincoln al **877-353-6404**. Lincoln le proporcionará información adicional sobre cómo completar su reclamo.

Los asociados que reciben beneficios de compensación para trabajadores y están inscritos en el plan de discapacidad a largo plazo y el plan de discapacidad a largo plazo mejorado pueden ser elegibles para recibir beneficios por discapacidad una vez que finalice su período de espera. Llame a Lincoln al **877-353-6404** para informar su reclamo por discapacidad a largo plazo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Para obtener información, consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios por ningún reclamo de discapacidad a largo plazo que se deba a lo siguiente:

- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Participación activa en disturbios
- Cometer o intento de cometer un delito común o delito menor
- Cirugía plástica, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad mientras usted tiene cobertura.

No se paga ningún beneficio durante cualquier período de encarcelación.

## Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo

Si Lincoln lo aprueba para los beneficios por discapacidad a largo plazo, estos comenzarán después de su período de espera para beneficios: 26 semanas o al final de sus beneficios por discapacidad a corto plazo, lo que ocurra más tarde.

## SI REGRESA A TRABAJAR DURANTE SU PERÍODO DE ESPERA Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si deja de estar discapacitado y regresa a trabajar a tiempo completo por un total de la cantidad especificada de días calendario (como se define a continuación) o menos durante un período de espera de beneficios, se interrumpirá el período de espera y deberá cubrir el saldo del período de espera si queda discapacitado otra vez. Si vuelve a trabajar durante un total de más de la cantidad especificada de días calendario mientras cumple su período de espera del beneficio, debe cumplir con un nuevo período de espera completo del beneficio si vuelve a quedar discapacitado antes de ser elegible para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo. La "cantidad especificada de días calendario" significa (i) 60 días para los asociados pagados por hora y farmacéuticos pagados por hora (que no sean los farmacéuticos pagados por hora que trabajen en California), y (ii) 180 días para los asociados asalariados, los farmacéuticos asalariados, los farmacéuticos pagados por hora que trabajen en California, la gerencia y los pilotos. No es necesario que la cantidad de días naturales especificada sea consecutiva.

## Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad a largo plazo se basa en:

- Su salario mensual promedio, tal como se define a continuación, y
- Si está inscrito al plan de discapacidad a largo plazo o al plan mejorado de discapacidad a largo plazo.

SALARIO MENSUAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado durante 12 meses o más	Sus ingresos elegibles para los 26 períodos de pago inmediatamente anteriores a su último día de trabajo ÷ 12  Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos elegibles previos a la discapacidad de \$36,000 por los 26 períodos de pago anteriores es \$3,000 (\$36,000 ÷ 12).
Empleado durante menos de 12 meses	Sus ingresos elegibles desde la fecha de contratación ÷ cantidad de meses trabajados  Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos elegibles de \$21,000 por los siete meses de trabajo es \$3,000 (\$21,000 ÷ 7).

Los ingresos elegibles utilizados para determinar el salario promedio mensual incluyen:

- Los ingresos regulares de los 26 períodos de pago anteriores a su último día de trabajo
- Horas extras
- Bonos de incentivos programados periódicamente para los que usted y los asociados que tienen tipos de trabajo o niveles de trabajo similares son elegibles
- Tiempo libre remunerado y remuneraciones similares que sustituyen los ingresos habituales (por ejemplo: por duelo, servicio de jurado y licencia por enfermedad)

Cualquier período de pago en el que no registra ingresos elegibles queda excluido, lo que reduce la cantidad de períodos de pagos para el cálculo.

Los ingresos elegibles utilizados para determinar el salario promedio mensual excluyen las comisiones o cualquier otra compensación extra o beneficios adicionales que no se mencionaron anteriormente.

Si ha estado empleado por menos de 12 meses, se utilizará un promedio anualizado de ingresos elegibles.

A continuación se muestra su beneficio por discapacidad a largo plazo:

SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
Si está inscrito	Su cobertura es
En el plan de discapacidad a largo plazo	50 % de su salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*)
En el plan mejorado de discapacidad a largo plazo	60 % de su salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*)
*Consulte <a href="#">Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo</a> para obtener más información.	

Su beneficio será mayor que \$50 por cualquier mes en que sea elegible para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo.

Los beneficios por discapacidad a largo plazo se pagan cada dos semanas, siempre y cuando la discapacidad continúe de acuerdo con la definición de los planes de discapacidad a largo plazo.

Lincoln tiene derecho a recuperar, y usted debe reembolsar, cualquier monto pagado en exceso a usted por beneficios por discapacidad a largo plazo conforme al plan de discapacidad a largo plazo o el plan mejorado de discapacidad a largo plazo.

## PTO Y SU BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por discapacidad a largo plazo. Si está recibiendo beneficios por discapacidad a largo plazo al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago y/o la transferencia de días. No se puede acumular PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad a largo plazo.

## OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El monto de su beneficio por discapacidad a largo plazo se reduce o compensa por otros beneficios o ingresos que usted recibe o es elegible para recibir. "Otros ingresos" incluye cualquier ingreso de cualquier forma de empleo, incluso bajo

cualquier licencia por enfermedad formal o informal o planes de continuación de salario. Excepto con respecto a los beneficios de jubilación, los "otros beneficios" solo incluyen los montos a los que usted (o, en determinadas circunstancias, su familia) tiene derecho como resultado de la misma discapacidad a la que se refiere su beneficio de discapacidad a largo plazo que se paga. Ejemplos de otros beneficios incluyen montos de lo siguiente:

- Seguro de discapacidad del sistema de Seguridad Social (incluidos los montos que su familia recibe o es elegible para recibir debido a su discapacidad)
- Beneficios de jubilación del sistema de Seguridad Social otorgados después de la fecha de la discapacidad (incluidos los beneficios que su familia recibe o es elegible para recibir debido a su elegibilidad para los beneficios de jubilación)
- Compensación para trabajadores
- Planes de seguros grupales relacionados con la compañía que brindan beneficios de discapacidad
- Pólizas individuales pagadas por la compañía o pagadas parcialmente que brindan beneficios de discapacidad en la medida en que dichos beneficios, más su beneficio de discapacidad a largo plazo, excedan su salario mensual promedio
- Seguros de automóvil sin designación de culpa
- Cualquier beneficio de discapacidad a corto plazo en curso que se pague conforme a la cobertura por discapacidad a corto plazo de Walmart (p. ej., beneficios relacionados con recaídas)
- Pagos estatales por discapacidad
- Beneficios de desempleo, o beneficios en virtud de cualquier otra ley de beneficios gubernamentales
- Convenio o fallo, menos los costos asociados de una demanda, que represente o compense su pérdida de ingresos o de funcionamiento del cuerpo.

Si alguno de estos beneficios que reducen sus beneficios de discapacidad a largo plazo se ajusta posteriormente conforme al aumento del costo de vida, su beneficio de discapacidad a largo plazo no se reducirá aún más. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza de discapacidad a largo plazo llamando a Lincoln al **877-353-6404**.

## EJEMPLO DE REDUCCIÓN DE BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Salario anual: \$36,000	Plan de discapacidad a largo plazo (50 %)	Plan mejorado de discapacidad a largo plazo (60 %)
Salario mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Monto del beneficio (porcentaje del salario mensual promedio, sujeto al máximo)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por discapacidad del sistema de Seguridad Social	-\$750	-\$750
Menos los beneficios de Seguridad Social estimados que reciben los dependientes	-\$375	-\$375
Pago por discapacidad a largo plazo (mensual)	\$375	\$675

## CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL

Puede ser elegible para recibir beneficios por discapacidad de Seguridad Social después de haber estado discapacitado durante cinco meses. Si su discapacidad duró, o se prevé que durará 12 meses consecutivos, los términos de la póliza de la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión pueden requerir que solicite los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. Si la Administración de Seguridad Social le niega la solicitud de beneficios, deberá seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguridad Social.

Si tiene que solicitar los beneficios por discapacidad de la Seguridad Social y no los solicita, o no facilita un comprobante de la solicitud o del recurso, sus beneficios de discapacidad a largo plazo se reducirán en la cantidad que se calcula que recibirá de la Seguridad Social por discapacidad.

Si califica para recibir beneficios por discapacidad o jubilación de Seguridad Social mientras recibe beneficios de su plan de discapacidad a largo plazo y su reclamo de discapacidad de Seguridad Social se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios de discapacidad a largo plazo que se hayan pagado de más durante el período cubierto por la aprobación retroactiva de Seguridad Social.

Lincoln puede ayudarlo a solicitar los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. A fin de ser elegible para recibir asistencia, debe recibir un beneficio de Lincoln.

## Si está discapacitado y trabaja

Puede ser elegible para recibir los beneficios de discapacidad si está parcialmente discapacitado. En el contexto del Plan, “discapacidad parcial” y “parcialmente discapacitado” significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, usted puede hacer lo siguiente:

- Realizar una o más tareas materiales y sustanciales propias o de una ocupación a tiempo completo o tiempo parcial, aunque no todas o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o cualquier ocupación trabajando a tiempo parcial y
- Ganar entre el 20 % y el 80 % de sus ingresos mensuales promedios indexados.

Si acepta un nuevo puesto de trabajo y realiza todas las funciones materiales y sustanciales a tiempo completo, no está parcialmente discapacitado.

Lincoln ofrece un beneficio de incentivo laboral durante los primeros tres meses que usted queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando. Continuará recibiendo el monto completo de su beneficio mensual durante los primeros tres meses si queda parcialmente discapacitado, a menos que su beneficio e ingresos mensuales actuales del trabajo mientras está parcialmente discapacitado superen su salario mensual promedio. Su beneficio mensual se reducirá por el monto excedido a fin de que el beneficio mensual más sus ingresos elegibles no superen el 100 % de su salario mensual promedio.

Luego de los primeros tres meses que queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando, el siguiente cálculo se utiliza para determinar su beneficio mensual para una discapacidad parcial.

### CÁLCULO DE BENEFICIOS SI ESTÁ DISCAPACITADO Y TRABAJA

$$[(A - B) \div A] \times C = D$$

A	Su salario mensual promedio indexado
B	Sus ingresos elegibles mensuales, parciales y actuales
C	El beneficio mensual por discapacidad a largo plazo pagadero si estuviera totalmente discapacitado, menos otros beneficios o ingresos que reduzcan los beneficios por discapacidad a largo plazo
D	Beneficio para pagar si está discapacitado y trabaja

\*El “salario mensual promedio indexado” se refiere a que su salario mensual promedio aumentó anualmente en 7 % o el cambio de porcentaje en el Índice de precios al consumidor, lo que sea menor.

## SI FALLECE MIENTRAS RECIBE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

La cobertura de los planes de discapacidad a largo plazo finaliza después de su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por discapacidad a largo plazo, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su último beneficio por discapacidad a largo plazo mensual, el que sea superior, a su cónyuge/pareja sobreviviente. Si no lo sobrevive un cónyuge/pareja, el pago se realizará a sus hijos sobrevivientes en partes iguales, incluidos los hijastros y los hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si alguno de estos hijos es menor de edad o está incapacitado, el pago se realizará en su nombre al tutor legal de los bienes de los hijos designado por un tribunal. Si no lo sobreviven un cónyuge/pareja o hijos, el pago se realizará a sus herederos.

## Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a largo plazo

Los pagos de beneficios por discapacidad a largo plazo finalizan cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- La fecha en que no presente prueba de que continúa con la discapacidad y consulta regularmente a un médico
- La fecha en que no coopera con la administración de su reclamo. Por ejemplo, brindar información o documentos necesarios para determinar si se pagarán los beneficios y/o determinar el monto del beneficio
- La fecha en que se rehúsa a ser examinado o evaluado a intervalos razonables
- La fecha en que se rehúsa a recibir tratamiento adecuado disponible
- La fecha en que rechaza un trabajo similar en Walmart, que ofrece un salario comparable al suyo, en el cual se realizan modificaciones o ajustes en el lugar de trabajo para permitirle realizar su tarea
- En el momento en que pueda trabajar en su propia ocupación a tiempo parcial pero elija no hacerlo.
- La fecha en que sus ganancias mensuales por discapacidad parcial superen el 80 % de sus salarios mensuales promedios indexados

- Cuando deje de coincidir con la definición de discapacidad del plan
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas a continuación) o
- La fecha de su fallecimiento.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (como se indica a continuación)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 o más	18 meses

EDAD NORMAL DE JUBILACIÓN SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	
Año de nacimiento	Edad normal de jubilación
1937 o antes	65
1938	65 + 2 meses
1939	65 + 4 meses
1940	65 + 6 meses
1941	65 + 8 meses
1942	65 + 10 meses
1943 hasta 1954	66
1955	66 + 2 meses
1956	66 + 4 meses
1957	66 + 6 meses
1958	66 + 8 meses
1959	66 + 10 meses
1960 o después	67

## SI LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UNA ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN

Para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo por más de 24 meses para las siguientes discapacidades, debe estar internado en un hospital u otro sitio autorizado para proporcionar atención médica:

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable)
- Cualquier afección que sea consecuencia de una enfermedad mental
- Alcoholismo y
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no está internado en un hospital u otra institución autorizada, tiene un beneficio de 24 meses para estas discapacidades, a menos que participe totalmente en un plan de tratamiento extendido para la afección que ocasionó la discapacidad, en cuyo caso el beneficio se paga hasta 36 meses.

## Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente

Si usted vuelve a trabajar durante menos de seis meses de trabajo activo a tiempo completo y se vuelve a incapacitar por la misma afección o una afección relacionada que causó el primer período de discapacidad, según lo determinado por Lincoln, lo que se conoce como una "recaída/reclamación sucesiva", la discapacidad sucesiva será parte de la misma discapacidad.

Sus beneficios por discapacidad a largo plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará la máxima duración que figura en la tabla que aparece a la izquierda.

Si regresa al trabajo como asociado a tiempo completo por seis meses o más, cualquier recurrencia de una discapacidad se tratará como una discapacidad nueva. Se deberá cumplir un nuevo período de espera de beneficios.

## Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal

Una vez que entra en vigencia su cobertura por discapacidad a largo plazo, si no está trabajando activamente debido a una licencia de ausencia o cesantía temporal, su cobertura por discapacidad a largo plazo continúa durante 90 días desde el inicio de su licencia de ausencia o cesantía temporal. El derecho a la cobertura por discapacidad a largo plazo finaliza a los 91 días del



inicio de la licencia de ausencia o de la cesantía temporal, pero se restablece si vuelve a trabajar en el plazo de un año. Para obtener más información, consulte el párrafo [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), que incluye detalles sobre el pago de la cobertura de los beneficios durante una licencia.

## Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a largo plazo

La cobertura por discapacidad a largo plazo finaliza:

- El día siguiente al de su licencia voluntaria (tal y como se describe a continuación)
- En el momento en que termine la relación laboral, a menos que haya estado ausente por discapacidad durante el periodo de espera de 26 semanas del beneficio y cualquier periodo durante el cual se renuncie al pago de la prima
- El último día del período de pago en que su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas
- En la fecha en que pierde la elegibilidad
- Si no se reincorpora al trabajo tras el último día de la licencia
- Cuando Walmart deja de ofrecer el beneficio, o
- En la fecha de su fallecimiento.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Tras un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza el día en que se da de baja voluntariamente. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y vuelve a ser contratado

Si usted es empleado pagado por hora o un miembro de la gerencia a tiempo completo (excluidos los conductores de camión a tiempo completo), consulte la sección [Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo lo afecta el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

# Discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión	220
Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión	220
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo para conductores de camión	221
Cuándo no se pagan los beneficios	221
Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión	222
Cómo calcular su beneficio	222
Si está discapacitado y trabaja	223
Cuándo finalizan los pagos de los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión	224
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	225
Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal	225
Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a largo plazo	225
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	225

## La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a largo plazo a los que puede acceder si:

- Usted es un conductor de camión a tiempo completo
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre una transferencia reciente a una clasificación laboral de conductor de camión a tiempo completo, los requisitos para optar a la cobertura, la inscripción y los requisitos para que la misma sea efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por The Lincoln National Life Insurance Company (Lincoln) respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

# Discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Si una discapacidad no le permite conducir ni trabajar, los planes por discapacidad a largo plazo de Walmart se suman a otros beneficios que usted recibe para reemplazar parte de su cheque de pago. Existen dos planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camiones que pagan diferentes niveles de beneficios.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo	Visite <a href="https://One.Walmart.com/LOA">One.Walmart.com/LOA</a> > <a href="#">mySedgwick</a>	Llame a Lincoln al <b>877-353-6404</b>

## Lo que debe saber sobre la discapacidad a largo plazo para conductores de camión

- Walmart les ofrece a los conductores de camiones un plan de discapacidad a largo plazo y un plan mejorado de discapacidad a largo plazo. Cada plan ofrece la posibilidad de elegir entre una cobertura de cinco años o de duración completa.
- Los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión funcionan junto con ciertos otro beneficio que reciba mientras se encuentra discapacitado y reemplaza el 50 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión o el 60 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de discapacidad a largo plazo mejorado para conductores de camión.
- Si se inscribe en cualquier plan después del periodo de inscripción inicial: su cobertura está sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar evidencia de buena salud y quizás se le exija someterse a un examen médico a su propio cargo para que se apruebe la cobertura.

## Los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Usted es elegible para inscribirse en la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión si es un conductor de camión a tiempo completo. Puede elegir entre dos planes de cobertura, cada uno de los cuales ofrece dos opciones:

- **Plan de discapacidad a largo plazo**
  - Cobertura por cinco años
  - Cobertura por duración completa
- **Plan mejorado de discapacidad a largo plazo**
  - Cobertura por cinco años
  - Cobertura por duración completa

Las opciones del plan de discapacidad a largo plazo y del plan de discapacidad a largo plazo mejorado para conductores de camión pagan los beneficios como se describe en la siguiente tabla.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	Plan de discapacidad a largo plazo	Plan mejorado de discapacidad a largo plazo
<b>Cobertura por cinco años</b>	Paga 50 % de salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible*	Paga 60 % de salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible*
	Ambos planes pagan beneficios durante 60 meses, a menos que la cantidad de tiempo indicada en la tabla <a href="#">Máxima duración de los beneficios de discapacidad a largo plazo para conductores de camión</a> (más adelante en este capítulo) dé como resultado una duración de beneficios de menos de 60 meses, en cuyo caso el beneficio mensual será pagadero por el período menor.	
	Plan de discapacidad a largo plazo	Plan mejorado de discapacidad a largo plazo
<b>Cobertura por duración completa</b>	Paga 50 % de salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible*	Paga 60 % de salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible*
	Ambas opciones de planes pagan beneficios por la cantidad de tiempo que se muestra en la tabla <a href="#">Máxima duración de los beneficios de discapacidad a largo plazo para conductores de camión</a> (más adelante en este capítulo).	
*Consulte <a href="#">Cómo calcular su beneficio</a> y <a href="#">Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión</a> (más adelante en este capítulo) para obtener más información.		

Ambos planes están asegurados con Lincoln. Para obtener más información sobre su período de espera para beneficios, consulte [Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#) más adelante en este capítulo. Para obtener información sobre su salario mensual promedio u otros ingresos o beneficios que pueden reducir el monto de su beneficio, consulte [Cómo calcular su beneficio](#) y [Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#) más adelante en este capítulo.

Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de contratación.

Si se inscribe en cualquier momento después de su período de inscripción inicial, se considerará una inscripción tardía y deberá presentar una evidencia de buena salud. Es posible que le exijan que se realice un examen médico a su propio cargo antes de aprobar su cobertura.

Si se inscribe en la opción de cobertura por cinco años y posteriormente decide inscribirse en la opción de cobertura por tiempo indefinido, o si se inscribe en el plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión y posteriormente decide inscribirse en el plan de discapacidad a largo plazo mejorado para conductores de camión, se considerará una inscripción tardía y deberá presentar evidencia de buena salud antes de aprobar su cobertura.

Consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener más detalles sobre cuándo es efectiva la cobertura.

## COSTO DE LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

El costo de la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión se basa en sus ingresos quincenales que reúnan los requisitos, su edad y su elección de cobertura en el plan de discapacidad a largo plazo o en el plan mejorado de discapacidad a largo plazo. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. Si no tiene ingresos en un período de pago, no se debe pagar ninguna prima por ese período de pago. Si mientras recibe los beneficios de discapacidad a largo plazo, percibe cualquier otro ingreso, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart, las primas de todos los beneficios, incluida la discapacidad a largo plazo, se retendrán de esos pagos. Para revisar cómo mantener la cobertura de otros beneficios mientras recibe beneficios por discapacidad a largo plazo, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo califica para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Según los términos de los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión, “discapacidad” o “discapacitado” significa que, debido a una lesión o enfermedad durante el período de espera del beneficio y los siguientes 24 meses de discapacidad, usted no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o usted pierde la certificación médica de acuerdo con el Reglamento Federal

de Seguridad de Transporte en Vehículos a Motor. Luego de 24 meses de pago de los beneficios, “discapacidad” o “discapacitado” significa que usted es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación para la que esté razonablemente capacitado por su formación, educación, experiencia, edad y capacidad física o mental.

Al momento de determinar si sufre una discapacidad, Lincoln no tiene en cuenta los factores del empleo, como un conflicto interpersonal en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia laboral, recorte de pagos, trabajos compartidos o pérdida de una autorización o licencia profesional u ocupacional por razones que no constituyan una lesión o enfermedad cubierta.

A fin de calificar para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión:

- Usted debe estar incapacitado de regresar al trabajo luego del período de espera inicial del beneficio por discapacidad.
- Usted debe continuar bajo la atención adecuada de un médico calificado (se incluyen, entre los médicos calificados, a los médicos y profesionales de la salud que no tienen parentesco con usted y prestan servicios dentro del alcance de sus licencias).
- Lincoln debe recibir y aprobar los certificados junto con la documentación médica de respaldo de una discapacidad que envíe su médico calificado antes de que se considere el pago de los beneficios.
- En el momento de su discapacidad, debe estar trabajando activamente. Se considerará que está trabajando activamente si está prestando servicios en el centro de trabajo habitual de Walmart o en un lugar designado por Walmart, o si ha estado realmente en el trabajo el día inmediatamente anterior:
  - Un fin de semana o un día festivo (excepto si uno o ambos días son días de trabajo programados)
  - Tiempo libre pagado (PTO)
  - Cualquier día de trabajo no programado, o
  - Una licencia de ausencia aprobada

Si su cobertura de discapacidad a largo plazo estaba sujeta a evidencia de buena salud y fue aprobada por Lincoln, Lincoln tiene derecho a reexaminar su cuestionario de evidencia de buena salud dentro de los dos primeros años a partir de la fecha en que entró en vigencia la cobertura de discapacidad a largo plazo. Si se descubre que declaró hechos materiales de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar si su cobertura debería estar vigente y por qué monto, y si su prima se puede ajustar.

## EXCLUSIÓN POR AFECCIÓN PREEXISTENTE

No recibirá beneficios de discapacidad a largo plazo para conductores de camión por ninguna discapacidad o discapacidad parcial que comience en los primeros 12 meses después de la fecha de vigencia de la cobertura si dicha discapacidad o discapacidad parcial es causada por, en parte o totalmente, o es el resultado de, una afección preexistente. Una “afección preexistente” significa cualquier afección que resulte de una lesión o enfermedad por la cual se le diagnosticó o recibió

tratamiento durante el período de tres meses anterior a su fecha de vigencia. Según los términos de la exclusión por afección preexistente, se entiende que está “bajo tratamiento” cuando consulta a un profesional de la salud o recibe atención o servicios médicos bajo la dirección de un médico, que incluye medidas para obtener un diagnóstico, la prescripción de medicamentos (ya sea que decida tomarlos o no) y el consumo de medicamentos.

Si se cambia de la cobertura de cinco años a la cobertura por duración completa en cualquiera de los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión, o si se cambia del plan de discapacidad a largo plazo al plan de discapacidad a largo plazo mejorado para conductores de camión, se aplicará el concepto de exclusión de afección preexistente a la duración adicional o al nivel de beneficios, según corresponda. En este escenario, si cumplió con el requisito de afección preexistente de la opción de cobertura de cinco años o del plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión y luego sufre una discapacidad antes de cumplir con la exclusión por afección preexistente de la opción de cobertura por duración completa o del plan de discapacidad a largo plazo mejorado para conductores, únicamente recibirá sus beneficios conforme a la opción de cobertura de cinco años o del plan de discapacidad a largo plazo para conductores, según corresponda.

## Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Si tiene un reclamo por discapacidad a corto plazo aprobado y está inscrito para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas tenga conocimiento de que necesitará utilizar su beneficio por discapacidad a largo plazo para conductores de camión, puede comunicarse con Lincoln al **877-353-6404**. Lincoln le proporcionará información adicional sobre cómo completar su reclamo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Para obtener información, consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios por ningún reclamo de discapacidad a largo plazo para conductores de camión que se deba a lo siguiente:

- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Participación activa en disturbios
- Cometer o intento de cometer un delito común o delito menor
- Cirugía plástica, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad mientras usted tiene cobertura.

No se paga ningún beneficio durante cualquier período de encarcelación.

## Cuándo comienzan los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Si Lincoln lo aprueba para los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión, estos comenzarán después de su período de espera para beneficios: 26 semanas o al final de sus beneficios por discapacidad a corto plazo, lo que ocurra más tarde.

### SI REGRESA A TRABAJAR DURANTE SU PERÍODO DE ESPERA Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si deja de estar discapacitado y regresa a trabajar por un total de 60 días calendario o menos durante un período de espera, se interrumpirá el período de espera y deberá cubrir el saldo del período de espera si queda discapacitado otra vez. Si vuelve a trabajar durante un total de más de 60 días calendario mientras cumple su período de espera del beneficio, debe cumplir con un nuevo período de espera completo del beneficio si vuelve a quedar discapacitado antes de ser elegible para recibir los beneficios por discapacidad a largo plazo. No es necesario que la cantidad de días naturales especificada sea consecutiva.

## Cómo calcular su beneficio

El importe de la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión se basa en:

- Su salario mensual promedio, y
- Qué plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión seleccionó.

SALARIO MENSUAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado durante 12 meses o más	Su pago por actividad, tarifa por distancia y bonificaciones, pagados en los períodos de 26 pagos anteriores a su último día de trabajo $\div$ 12
Empleado durante menos de 12 meses	Su pago por la actividad, tarifa por distancia y bonificaciones desde la fecha de contratación $\div$ cantidad de meses trabajados

Tenga en cuenta que no se excluirá ningún período de pago en el que no registre ingresos, lo cual disminuye la cantidad de períodos de pago que se utilizan para el cálculo.

Sus beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión se muestran a continuación:

SUS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN	
Si está inscrito	Su cobertura es
En el plan de discapacidad a largo plazo de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan de discapacidad a largo plazo de cobertura por tiempo indefinido	50 % de su salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*)
En el plan de discapacidad a largo plazo mejorado de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan de discapacidad a largo plazo mejorado de cobertura por tiempo indeterminado	60 % de su salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted es elegible (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*)

\*Para obtener más información, consulte [Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#).

Su beneficio será superior a \$50 por cualquier mes en que sea elegible para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo.

Los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión se pagan cada dos semanas, siempre y cuando la discapacidad continúe de acuerdo con la definición de los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión.

Lincoln tiene el derecho de recuperar y usted debe devolver cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión conforme al plan de discapacidad a largo plazo o el plan mejorado de discapacidad a largo plazo para conductores de camión.

## PTO Y SU BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por discapacidad a largo plazo. Si está recibiendo beneficios por discapacidad a largo plazo al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago o la transferencia de días. No se puede acumular PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad a largo plazo.

## OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

El monto de su beneficio por discapacidad a largo plazo de conductor de camión se reduce o compensa por otros beneficios o ingresos que usted recibe o es elegible para recibir. "Otros ingresos" incluye cualquier ingreso de cualquier forma de empleo, incluso bajo cualquier licencia por enfermedad formal o informal o planes de continuación de salario. Excepto con respecto a los beneficios de jubilación, los "otros beneficios" solo incluyen los

montos a los que usted (o, en determinadas circunstancias, su familia) tiene derecho como resultado de la misma discapacidad a la que se refiere su beneficio de discapacidad a largo plazo para conductores de camión que se paga. Ejemplos de otros beneficios incluyen montos de lo siguiente:

- Seguro de discapacidad del sistema de Seguridad Social (incluidos los montos que su familia recibe o es elegible para recibir debido a su discapacidad).
- Beneficios de jubilación del sistema de Seguridad Social que son otorgados después de la fecha de la discapacidad (incluidos los beneficios que su familia recibe o es elegible para recibir debido a su elegibilidad para los beneficios de jubilación).
- Compensación para trabajadores
- Planes de seguros grupales relacionados con la compañía que brindan beneficios de discapacidad
- Pólizas individuales pagadas por la compañía o pagadas parcialmente que brindan beneficios de discapacidad en la medida en que dichos beneficios, más su beneficio de discapacidad a largo plazo para conductores de camión, excedan su salario mensual promedio
- Seguros de automóvil sin designación de culpa
- Cualquier beneficio de discapacidad a corto plazo en curso que se pague conforme a la cobertura por discapacidad a corto plazo de Walmart (p. ej., beneficios relacionados con recaídas)
- Pagos estatales por discapacidad
- Beneficios de desempleo, o beneficios en virtud de cualquier otra ley de beneficios gubernamentales
- Convenio o fallo, menos los costos asociados de una demanda, que represente o compense su pérdida de ingresos o de funcionamiento del cuerpo.

Si alguno de estos beneficios que reducen sus beneficios de discapacidad a largo plazo se ajusta posteriormente conforme al aumento del costo de vida, su beneficio de discapacidad a largo plazo no se reducirá aún más. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza de discapacidad a largo plazo para conductores de camión llamando a Lincoln al **877-353-6404**.

EJEMPLO: REDUCCIÓN DEL BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	Plan de discapacidad a largo plazo (50 %)	Plan mejorado de discapacidad a largo plazo (60 %)
Salario mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Monto del beneficio (porcentaje del salario mensual promedio, sujeto al máximo)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por discapacidad del sistema de Seguridad Social	- \$750	- \$750
Menos los beneficios de Seguridad Social estimados que reciben los dependientes	- \$375	- \$375
Pago por discapacidad a largo plazo (mensual)	\$375	\$675

## CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL

Puede ser elegible para recibir beneficios por discapacidad de Seguridad Social después de haber estado discapacitado durante cinco meses. Si su discapacidad ha durado, o se prevé que se durará 12 meses consecutivos, los términos de la póliza de la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión pueden requerir que solicite los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. Si la Administración de Seguridad Social le niega los beneficios, deberá seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguridad Social.

Si tiene que solicitar los beneficios por discapacidad de la Seguridad Social y no los solicita, o no facilita un comprobante de la solicitud o del recurso, sus beneficios de discapacidad a largo plazo se reducirán en la cantidad que se calcula que recibirá de la Seguridad Social por discapacidad.

Si califica para recibir beneficios por discapacidad o jubilación de Seguridad Social mientras recibe beneficios bajo cualquiera de sus opciones de plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión y su reclamo de discapacidad de Seguridad Social se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios de discapacidad a largo plazo que se hayan pagado de más durante el período cubierto por la aprobación retroactiva de Seguridad Social.

Lincoln puede ayudarlo a solicitar los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. A fin de ser elegible para recibir asistencia, debe recibir un beneficio de Lincoln.

## Si está discapacitado y trabaja

Puede ser elegible para recibir los beneficios de discapacidad si está parcialmente discapacitado. Conforme a los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión, “discapacidad parcial” y “parcialmente discapacitado” significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, usted puede hacer lo siguiente:

- Realizar una o más tareas materiales y sustanciales propias o de una ocupación a tiempo completo o tiempo parcial, aunque no todas o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o cualquier ocupación trabajando a tiempo parcial y
- Ganar entre el 20 % y el 80 % de sus ingresos mensuales promedios indexados.

Si acepta un nuevo puesto de trabajo y realiza todas las funciones materiales y sustanciales a tiempo completo, no está parcialmente discapacitado.

Lincoln ofrece un beneficio de incentivo laboral durante los primeros tres meses que usted queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando. Continuará recibiendo el monto completo de su beneficio mensual durante los primeros tres meses si queda parcialmente discapacitado, a menos que su beneficio e ingresos actuales superen sus ingresos mensuales básicos anteriores a la discapacidad. Su beneficio mensual se reducirá por el monto excedido a fin de que el beneficio mensual más sus ingresos no superen el 100 % de su salario mensual promedio.

Luego de los primeros tres meses que queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando, el siguiente cálculo se utiliza para determinar su beneficio mensual para una discapacidad parcial.

CÁLCULO DE BENEFICIOS SI ESTÁ DISCAPACITADO Y TRABAJA	
$[(A - B) \div A] \times C = D$	
A	Su salario mensual promedio indexado
B	Sus ingresos mensuales parciales actuales
C	El beneficio mensual que le correspondería si estuviera totalmente discapacitado, menos otros beneficios o ingresos que reduzcan los beneficios por discapacidad a largo plazo del conductor de camión
D	Beneficio para pagar si está discapacitado y trabaja
*El "salario mensual promedio indexado" significa que sus ingresos mensuales previos a la discapacidad se incrementaron anualmente en 7 % o el cambio de porcentaje en el Índice de precios al consumidor, lo que sea menor.	

## SI FALLECE MIENTRAS RECIBE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

La cobertura de los planes de discapacidad a largo plazo para conductores de camión finaliza después de su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su último beneficio por discapacidad a largo plazo mensual bruto, el que sea superior, a su cónyuge/pareja sobreviviente. Si no lo sobrevive un cónyuge/pareja, el pago se realizará a sus hijos sobrevivientes en partes iguales, incluidos los hijastros y los hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si alguno de estos hijos es menor de edad o está incapacitado, el pago se realizará en su nombre al tutor legal de los bienes de los hijos designado por un tribunal. Si no lo sobreviven un cónyuge/pareja o hijos, el pago se realizará a sus herederos.

## Cuándo finalizan los pagos de los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Los pagos de beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión finalizan cuando se cumpla la primera de las siguientes opciones:

- La fecha en que no presente prueba de que continúa con la discapacidad y consulta regularmente a un médico
- La fecha en que no coopera con la administración de su reclamo. Por ejemplo, brindar información o documentos necesarios para determinar si se pagarán los beneficios y/o determinar el monto del beneficio
- La fecha en que se rehúsa a ser examinado o evaluado a intervalos razonables
- La fecha en que se rehúsa a recibir tratamiento adecuado disponible
- La fecha en que rechaza un trabajo similar en Walmart, que ofrece un salario comparable al suyo, en el cual se realizan modificaciones o ajustes en el lugar de trabajo para permitirle realizar su tarea
- En el momento en que pueda trabajar en su propia ocupación a tiempo parcial pero elija no hacerlo
- La fecha en que sus ganancias mensuales por discapacidad parcial superen el 80 % de sus salarios mensuales promedios indexados

- Cuando deje de coincidir con la definición de discapacidad del plan
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas a continuación) o
- La fecha de su fallecimiento.

### COBERTURA POR CINCO AÑOS

Los planes de cobertura por cinco años pagan beneficios durante 60 meses, a menos que la cantidad de tiempo que se muestra en la tabla [Máxima duración de los beneficios de discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#) de abajo dé como resultado una duración de beneficios de menos de 60 meses, en cuyo caso el beneficio mensual será pagadero por el período menor.

### COBERTURA POR DURACIÓN COMPLETA

La cobertura por duración completa paga beneficios por la cantidad de tiempo que se muestra en la tabla [Máxima duración de los beneficios de discapacidad a largo plazo para conductores de camión](#) de abajo.

### MÁXIMA DURACIÓN DE LA DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (como se indica a continuación)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 o más	18 meses

### EDAD NORMAL DE JUBILACIÓN SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Año de nacimiento	Edad normal de jubilación
1937 o antes	65
1938	65 + 2 meses
1939	65 + 4 meses
1940	65 + 6 meses
1941	65 + 8 meses
1942	65 + 10 meses
1943 hasta 1954	66
1955	66 + 2 meses
1956	66 + 4 meses
1957	66 + 6 meses
1958	66 + 8 meses
1959	66 + 10 meses
1960 o después	67



## SI LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UNA ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN

Para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo de conductores de camión durante más de 24 meses por las siguientes discapacidades, debe estar internado en un hospital u otro lugar autorizado para brindar atención médica:

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable)
- Cualquier afección que sea consecuencia de una enfermedad mental
- Alcoholismo y
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no está internado en un hospital u otra institución autorizada, tiene un beneficio de 24 meses para estas discapacidades, a menos que participe totalmente de un plan de tratamiento extendido para la afección que ocasionó la discapacidad, en cuyo caso el beneficio se paga hasta 36 meses.

## Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente

Si usted vuelve a trabajar durante menos de seis meses de trabajo activo a tiempo completo y se vuelve a incapacitar por la misma afección o una afección relacionada que causó el primer período de discapacidad, según lo determinado por Lincoln, lo que se conoce como una "recaída/reclamación sucesiva", la discapacidad sucesiva será parte de la misma discapacidad. Sus beneficios por discapacidad a largo plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará la máxima duración que figura en la tabla de la página anterior.

Si regresa al trabajo como asociado a tiempo completo por seis meses consecutivos o más, cualquier recurrencia de una discapacidad se tratará como una discapacidad nueva. Se deberá cumplir un nuevo período de espera de beneficios.

## Si está con licencia de ausencia o sujeto a cesantía temporal

Una vez que entra en vigencia su cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión, si no está trabajando activamente debido a una licencia de ausencia o cesantía temporal, su cobertura por discapacidad a largo plazo continúa durante 90 días desde el inicio de su licencia de ausencia o cesantía temporal. El derecho a la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión finaliza a los 91 días del inicio de la licencia de ausencia o de la cesantía temporal, pero se restablece si vuelve a trabajar en el plazo de un año. Para obtener más información, consulte el párrafo [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), que incluye detalles sobre el pago de la cobertura de los beneficios durante una licencia.

## Cuándo finaliza la cobertura por discapacidad a largo plazo

La cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión finaliza:

- El día siguiente al de su licencia voluntaria (tal y como se describe a continuación)
- El último día del período de pago en que su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas
- En la fecha en que pierde la elegibilidad
- Si no regresa a trabajar después del último día de una licencia de ausencia
- Cuando Walmart deja de ofrecer el beneficio, o
- En la fecha de su fallecimiento.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Tras un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza el día en que se da de baja voluntariamente. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es un conductor de camión a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección [Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

# Seguro de vida pagado por la compañía

Seguro de vida pagado por la compañía	228
Cómo nombrar a un beneficiario	228
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	228
Presentar un reclamo de seguro de vida pagado por la empresa	229
Cuándo no se pagan los beneficios	229
Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía	229
EstateGuidance®	229
Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía después de dejar de trabajar en Walmart o si pierde la cobertura	229
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	230

La información de este capítulo describe los beneficios del seguro de vida pagado por la compañía que pueden estar a su disposición si:

- Usted es un asociado a tiempo completo por hora o asalariado (gerencia), y
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, incluidos los requisitos de trabajo activo.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

# Seguro de vida pagado por la empresa

Walmart le brinda automáticamente seguro de vida sin costo. Para que pueda estar tranquilo al saber que sus seres queridos tendrán ayuda financiera si pasara lo impensable.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga más información sobre la cobertura</li> <li>• Solicite un beneficio acelerado</li> <li>• Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro</li> </ul>		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro de vida pagado por la compañía

- Si usted es un asociado elegible, Walmart le ofrece una cobertura de seguro de vida sin costo alguno para usted. No es necesario inscribirse, ni presentar una evidencia de buena salud.
- Su monto de cobertura es igual a su salario anualizado, incluidas las horas extras y bonificaciones, durante el período de un año previo a su fallecimiento, redondeado a los \$1,000 más cercanos, hasta un máximo de \$50,000.
- Está disponible un pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.
- El Certificado de seguro está disponible en línea en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o en [Prudential.com/Walmart](https://Prudential.com/Walmart). El certificado proporciona información detallada sobre el seguro de vida pagado por la compañía, además de los aspectos más destacados disponibles en este capítulo.

## Seguro de vida pagado por la compañía

El monto de cobertura que paga la compañía es igual a su salario anualizado, incluidas las horas extras y bonificaciones, durante el período de un año previo a su fallecimiento, redondeado a los \$1,000 más cercanos, hasta un máximo de \$50,000.

Si fallece fuera de un radio de 100 millas de su hogar, existe un beneficio para los gastos por trasladar su cuerpo de regreso a un lugar escogido dentro de los Estados Unidos o a su residencia en el momento del fallecimiento. El beneficio incluye los gastos de embalsamamiento, cremación, un ataúd y el transporte de los restos mortales. El beneficio consiste en el monto que sea menor por el costo de transporte de sus restos mortales o \$10,000.

## Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio de seguro de vida pagado por la compañía se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para ello visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea. No se aceptan formularios en papel.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de vida pagado por la compañía, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en [Si no nombra a un beneficiario](#) más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

## CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto. No se aceptan formularios en papel.

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

- Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
- Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
- Padres en partes iguales; si no viven, a sus
- Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
- Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal

Si tiene una enfermedad terminal, puede elegir recibir un “beneficio acelerado” en vida de hasta el 50 % del monto que sus beneficiarios hubieran recibido después de su fallecimiento (calculado el día que presente el comprobante de enfermedad terminal). El pago se realiza a usted en una sola vez. Después de su fallecimiento, sus beneficiarios reciben lo que resulte mayor de lo siguiente: (a) el 100 % de sus ganancias anuales, según el salario promedio más reciente durante los últimos 26 períodos de pago, menos el monto de los beneficios por enfermedad terminal pagados conforme a la opción de pago acelerado de beneficios por fallecimiento; o (b) el monto de seguro vigente antes del pago de los beneficios por enfermedad terminal, menos el monto de cualquier beneficio por enfermedad terminal pagado conforme a la opción de pago acelerado de beneficios por fallecimiento.

Si finaliza su relación laboral en Walmart después de recibir (o comenzar a recibir) el beneficio acelerado, necesitará convertir la póliza para que sus beneficiarios reciban el saldo después de su fallecimiento. Si no convierte su póliza al finalizar la relación laboral, no se pagará ningún beneficio a sus beneficiarios.

Consulte la sección **Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía después de dejar de trabajar en Walmart o si pierde la cobertura** en este capítulo para obtener detalles sobre la conversión.

Conforme a la póliza, se considera que tiene una enfermedad terminal si su expectativa de vida es de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o dolencia es terminal.

En algunas circunstancias, no se paga el beneficio acelerado. Llame a Prudential al **877-740-2116** para obtener más información.

Consulte a un profesional fiscal para que evalúe las consecuencias de este beneficio.

## Presentar un reclamo de seguro de vida pagado por la empresa

Se debe proporcionar la siguiente información a Prudential con respecto al asociado fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce).

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

The Prudential Insurance Company of America  
Group Life Claim Division  
P.O. Box 8517  
Philadelphia, Pennsylvania 19176

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Sus beneficiarios tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener información, llame a Prudential al **877-740-2116**.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios no se pagan a ningún beneficiario involucrado en un acto ilícito que haya producido el fallecimiento del asociado. En este caso, el beneficio podría transferirse a otro beneficiario designado elegible o, si los beneficiarios no están vivos, a un beneficiario que figure en la lista predeterminada, según se especifica en **Si no nombra a un beneficiario** que aparece anteriormente en este capítulo.

No se pagan beneficios si fallece antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía

La cobertura de su seguro de vida pagado por la compañía finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral
- El último día del período de pago en que su condición laboral cambia a asociado a tiempo parcial
- En la fecha de su fallecimiento
- En la fecha de pérdida de la elegibilidad.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar), o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.

Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

## EstateGuidance®

EstateGuidance le permite preparar el testamento en línea desde su computadora personal sin costo alguno para usted. El testamento garantiza que sus bienes se distribuirán según su voluntad y le permite designar a un tutor para sus hijos menores de edad. Para completar el cuestionario en línea, ingrese en [willguidance.com](http://willguidance.com), contraseña: Walmart.

**NOTA:** Su testamento no anulará la designación de beneficiarios en una póliza de seguro de vida o en una cuenta de jubilación, como un plan 401(k). Por esta razón, revise sus designaciones de beneficiarios, en especial luego de crear un testamento, para asegurarse de que sus designaciones se condigan con sus deseos. Si los beneficiarios que ha indicado en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

## Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía después de dejar de trabajar en Walmart o si pierde la cobertura

En la mayoría de los casos, tiene dos opciones para continuar con su seguro de vida pagado por la compañía si su cobertura de vida grupal finaliza. La primera opción, denominada **transferibilidad**, le permite continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential. La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir su cobertura total o parcialmente en una póliza individual de Prudential.

Usted debe solicitar la transferibilidad o la conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura pagada por la compañía. Si fallece dentro de los 31 días de una pérdida de cobertura que califique y antes de elegir la posibilidad de transferir o la conversión de su cobertura de seguro de vida, Prudential le pagará a su beneficiario un Beneficio de fallecimiento. El beneficio se pagará sobre la base del monto de la cobertura que estaba en vigencia antes de que ocurriera la pérdida de cobertura que califique, incluso si usted no solicitó la transferencia o conversión de su cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporal similar con Prudential luego de que termine su relación laboral siempre que se reúnan determinadas condiciones. Se exige evidencia de buena salud para transferir su cobertura. Si usted no lo presenta o no se lo aprueban, será elegible para convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual, como se describe a continuación.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- Su cobertura de vida pagada por la compañía finaliza por una razón que no sea que:
  - Abandona Walmart a causa de una discapacidad, o
  - Walmart cambia de compañía de seguros para el seguro de vida grupal y usted es elegible o pasa a ser elegible dentro de los 31 días siguientes.
- Está trabajando de manera activa el día que finaliza el seguro pagado por la compañía.
- Tiene menos de 80 años de edad.
- El monto de su seguro es de \$20,000, como mínimo, el día en que finaliza su seguro pagado por la compañía.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse.

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual si la cobertura finalizara porque deja de trabajar en la compañía o cambia de clase elegible. No debe presentar evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en su edad y en el monto convertido. Tiene 31 días a partir de la fecha del cese de la cobertura para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual. Si fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando la pierde debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otra póliza de seguro de vida grupal; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura, cuando se venza el período de continuación, puede convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual, como se describió anteriormente.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es un asociado a tiempo completo por hora o de la gerencia (incluidos los conductores de camión a tiempo completo pero no los conductores de camión a tiempo parcial), consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y regresar al trabajo afecta sus beneficios.



# Seguro de vida opcional para asociados

Seguro de vida opcional para asociados	234
Cómo nombrar a un beneficiario	234
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	235
Presentar una solicitud de seguro de vida opcional para asociados	235
Cuándo no se pagan los beneficios	235
Interrupción de la cobertura	235
Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida opcional para asociados	236
Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart o si pierde la cobertura	236
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	237

## La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro de vida asociado que pueden estar a su disposición si:

- Es usted un conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o un asociado asalariado (de la gerencia)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.



# Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados cuida a su familia ofreciéndoles protección financiera adicional durante momentos difíciles.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga más información</li> <li>• Solicite un beneficio acelerado</li> <li>• Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro</li> </ul>		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro de vida opcional para asociados

- Según el monto de cobertura que elija y cuándo se inscriba, debe presentar evidencia de buena salud.
- Está disponible un pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.
- El Certificado de seguro está disponible en línea en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o en [Prudential.com/Walmart](https://Prudential.com/Walmart). El certificado proporciona información detallada sobre el seguro de vida pagado por la compañía, además de los aspectos más destacados disponibles en este capítulo.

## Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados protege a su familia si usted fallece mientras rige la cobertura. Si tiene una enfermedad terminal, es posible que se le pague un beneficio adicional en vida.

Las opciones de cobertura para el seguro de vida opcional para asociados dependen de su clasificación laboral, tal como se indica en el sistema de nóminas de Walmart. Los montos de cobertura que puede elegir se muestran en la siguiente tabla.

ASOCIADOS PAGADOS POR HORA Y CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL		ASOCIADOS GERENCIALES	
\$25,000	\$100,000	\$25,000	\$200,000
\$50,000	\$150,000	\$50,000	\$300,000
\$75,000	\$200,000	\$75,000	\$500,000
		\$100,000	\$750,000
		\$150,000	\$1,000,000

Para obtener los detalles de las clasificaciones de puestos que son elegibles, consulte la sección [Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral](#) del capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Si usted fallece, sus beneficiarios pueden recibir el pago de una única suma por el monto de cobertura que usted seleccione.

El costo del seguro de vida opcional para asociados se basa en el monto de cobertura que selecciona, su edad y si usted es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco. Las primas de la cobertura del seguro de vida opcional para asociados no subsidian la cobertura conforme al seguro de vida pagado por la compañía.

### EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Debe presentar evidencia de buena salud para el seguro de vida opcional para asociados en caso de que:

- El monto de cobertura seleccionado supere los \$25,000 durante su período de inscripción inicial
- Se inscriba después de su período de inscripción inicial por cualquier monto, o
- Aumente su cobertura después de su período de inscripción inicial.

La evidencia de buena salud consiste en completar un cuestionario relacionado con su historia clínica y, posiblemente, hacerse un examen médico. El cuestionario de la evidencia de buena salud se pone a su disposición en el momento de su inscripción.

Si se requiere evidencia de buena salud, la cobertura no será efectiva hasta que Prudential la apruebe. Para obtener información, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio de seguro de vida se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios que recibirán el beneficio de su seguro de vida opcional para asociados si usted fallece. Para ello, visite [One.Walmart.com](#). Tenga en cuenta que solo se aceptan los formularios de beneficiarios realizados en línea. No se aceptan formularios en papel.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de vida opcional para asociados, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en [Si no nombra a un beneficiario](#) más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique algo distinto. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

### CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](#). Tenga en cuenta que solo se aceptan los formularios de beneficiarios realizados en línea. No se aceptan formularios en papel.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](#).

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

- Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
- Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
- Padres en partes iguales; si no viven, a sus
- Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
- Herederos.

## Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal

Si tiene una enfermedad terminal, puede elegir recibir un “beneficio acelerado” en vida de hasta el 50 % del monto de la cobertura que sus beneficiarios hubieran recibido después de su fallecimiento, hasta un máximo de \$250,000. El pago se realiza a usted en una sola vez. Después de su fallecimiento, sus beneficiarios reciben el monto total de cobertura vigente al momento de su fallecimiento, menos el monto de pagos anticipados que haya recibido antes de su muerte.

Si finaliza su relación laboral en Walmart después de recibir (o comenzar a recibir) el beneficio acelerado, necesitará convertir la póliza para que sus beneficiarios reciban el saldo después de su fallecimiento. Si no convierte su póliza al finalizar la relación laboral, no se pagará ningún beneficio a sus beneficiarios. Consulte la sección [Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart o si pierde la cobertura](#) más adelante en este capítulo para obtener detalles sobre la conversión.

Conforme a la póliza, se considera que tiene una enfermedad terminal si su expectativa de vida es de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o dolencia es terminal.

En algunas circunstancias, no se paga el beneficio acelerado. Llame a Prudential al **877-740-2116** para obtener más información.

Consulte a un profesional fiscal para que evalúe las consecuencias de este beneficio.

## Presentar una solicitud de seguro de vida opcional para asociados

Se debe proporcionar la siguiente información a Prudential con respecto al asociado fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce).

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

**The Prudential Insurance Company of America  
Group Life Claim Division  
P.O. Box 8517  
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Su beneficiario tiene el derecho de apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener más información, comuníquese con Prudential al **877-740-2116**.

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios a sus beneficiarios si usted se suicida, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no, durante los primeros dos años de cobertura. Si aumenta su cobertura y se suicida dentro de los dos años de la fecha en que aumentó su cobertura, sus beneficiarios recibirán el monto de cobertura anterior.

Si sus beneficiarios presentan un reclamo dentro de los primeros dos años de la fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de volver a evaluar el cuestionario evidencia de buena salud. Si se descubre que los hechos materiales sobre usted se establecieron de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar qué monto de cobertura debería haber regido, si correspondiera, y:

- Se puede rechazar el reclamo.
- Se pueden reembolsar las primas pagadas.

Si fallece antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura, no se pagará ningún beneficio.

## Interrupción de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro de vida opcional para asociados a fin de evitar la Interrupción de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o una interrupción de la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida opcional para asociados

Su cobertura del seguro de vida opcional para asociados finaliza:

- En la fecha en la que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe a continuación)
- El momento del cese de su relación laboral
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas
- En la fecha de su fallecimiento
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar) o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

## Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart o si pierde la cobertura

En la mayoría de los casos, tiene dos opciones para continuar con su seguro de vida opcional para asociados si su cobertura de vida grupal finaliza. La primera opción, denominada **transferibilidad**, le permite continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential.

La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir su cobertura total o parcialmente en una póliza individual de Prudential.

Usted debe solicitar la transferibilidad o conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura. Si fallece dentro de los 31 días de una pérdida de cobertura que califique y antes de elegir la posibilidad de transferir o la conversión de su cobertura de seguro de vida, Prudential le pagará a su beneficiario un Beneficio de fallecimiento. El beneficio se pagará sobre la base del monto de la cobertura que estaba en vigencia antes de que ocurriera la pérdida de cobertura que califique, incluso si usted no solicitó la transferencia o conversión de su cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporal similar con Prudential luego de que termine su relación laboral siempre que se reúnan determinadas condiciones. No se exige evidencia de buena salud para transferir su cobertura. Sin embargo, puede recibir tarifas preferidas similares a las tarifas que pagaba mientras era un asociado activo si presenta evidencia de buena salud y se lo aprueban. Si usted no presenta evidencia de buena salud o no se lo aprueban, sus tarifas se basarán en las tarifas de transferibilidad estándar de Prudential.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- Su cobertura de vida opcional del asociado finaliza por una razón que no sean las siguientes:
  - La falta de pago de las primas mientras es un asociado activo
  - Abandona Walmart a causa de una discapacidad, o
  - Walmart cambia de compañía de seguros para el seguro de vida grupal y usted es elegible o pasa a ser elegible dentro de los 31 días siguientes.
- Reúne el requisito de trabajo activo el día en que finaliza el seguro.
- Tiene menos de 80 años de edad.
- El monto de su seguro es de \$20,000, como mínimo, el día en que finaliza su seguro.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse. Prudential le notificará el monto de cobertura de transferibilidad ofrecida. El monto de la cobertura de seguro ofrecido no será mayor que lo que sea menor del monto de cobertura elegido conforme al plan o no más de cinco veces sus ingresos anuales, siempre y cuando, sin embargo, que el monto no será menor que \$20,000.

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual si la cobertura finalizara porque deja de trabajar en la compañía o cambia de clase elegible. No debe presentar evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en su edad y en el monto convertido. Debe solicitar el contrato individual y pagar la primera prima antes de lo que ocurra último entre:

- el 31º día después de haber dejado de estar asegurado, o
- el 15º día después de que se le haya notificado por escrito el privilegio de la conversión.

Si fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando la pierde debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otro plan de seguro de vida grupal; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura, cuando venza el período de continuación, puede convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual, hasta el monto de cobertura vigente en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha en que la continuación de la cobertura finalizaría para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

# Seguro de vida opcional para dependientes

Seguro de vida opcional para dependientes	240
Beneficios adicionales	240
Presentar una solicitud de seguro de vida opcional para dependientes	240
Cuándo no se pagan los beneficios	241
Interrupción de la cobertura	241
Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes	241
Continuación de la cobertura para cónyuges/parejas cuando deja Walmart o pierde la cobertura	241
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	243

La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro de vida para dependientes que pueden estar a su disposición si:

- Es usted un conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o un asociado asalariado (de la gerencia)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

# Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes puede ayudar a aliviar su situación financiera si pierde a alguien cercano a usted, como su cónyuge, pareja o hijo.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro de vida opcional para dependientes

- Los asociados por hora a tiempo completo y los asociados gerenciales pueden inscribir a sus cónyuges/parejas y/o a sus hijos; los asociados por hora a tiempo parcial y los conductores de camión a tiempo parcial pueden inscribir a sus hijos, pero no a su cónyuge/pareja.
- Deberá presentar un comprobante de buena salud para su cónyuge/pareja si se inscribe para una cobertura superior a \$5,000 durante su período de inscripción inicial o por cualquier monto de cobertura si se inscribe en otro momento. No se necesita comprobante de buena salud para sus hijos.
- Su dependiente no tiene derecho a la cobertura mientras esté en servicio activo en las fuerzas armadas, independientemente del país.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.
- El Certificado de seguro está disponible en línea en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o en [Prudential.com/Walmart](https://Prudential.com/Walmart). El certificado proporciona información detallada sobre el seguro de vida pagado por la compañía, además de los aspectos más destacados disponibles en este capítulo.

## Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes le paga un beneficio financiero si es un asociado inscrito y su dependiente fallece mientras la cobertura está vigente.

Cuando usted se inscribe en el seguro de vida opcional para dependientes, si su cónyuge/pareja y/o dependiente cubierto fallece, usted recibe el pago de una suma única por el monto de cobertura que seleccione. Las opciones de cobertura para el seguro de vida opcional para dependientes son las siguientes:

COBERTURA PARA CÓNYUGE/PAREJA*		COBERTURA PARA HIJOS
\$5,000	\$75,000	\$5,000
\$15,000	\$100,000	\$10,000
\$25,000	\$150,000	\$20,000
\$50,000	\$200,000	

\*No está disponible para asociados por hora a tiempo parcial, asociados temporales ni conductores de camión a tiempo parcial.

Según el monto de cobertura que elija y cuándo se inscriba, es posible que su cónyuge/pareja deba presentar una evidencia de buena salud.

Se asignará automáticamente al asociado (usted) como beneficiario principal de la cobertura del seguro de vida para dependientes. Si usted y su dependiente o dependientes con cobertura fallecen el mismo día, los beneficios se pagan a los herederos de sus dependientes o, según el criterio de Prudential, a un pariente vivo del dependiente.

El costo del seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja se basa en el monto de cobertura que seleccione, en su edad (la edad del asociado) y en si su cónyuge/pareja es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco. El costo de cobertura para sus hijos se basa en el monto de cobertura que seleccione. Las primas de la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes no subsidian la cobertura conforme al seguro de vida pagado por la compañía.

Su dependiente no tiene derecho a la cobertura mientras esté en servicio activo en las fuerzas armadas, independientemente del país.

Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está internado para recibir tratamiento médico (en su hogar u otro lugar), la fecha efectiva de cobertura se demora hasta que el cónyuge/pareja o hijo reciba el alta médica (no se aplica a un niño recién nacido).

Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

### EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Debe presentar una evidencia de buena salud para la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes de su cónyuge/pareja si:

- El monto de cobertura seleccionado supera los \$5,000 durante su período de inscripción inicial.

- Se inscribe después de su período de inscripción inicial por cualquier monto.
- Aumente su cobertura después de su período de inscripción inicial.

No se necesita una evidencia de buena salud para niños.

Dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que contrajo matrimonio/se constituyó la pareja de hecho, puede elegir brindarle cobertura a su cónyuge/pareja o cambiar el monto de su seguro para su cónyuge/pareja. En este caso, aunque esté fuera de su período de inscripción inicial, no se requiere que su cónyuge/pareja presente una evidencia de buena salud, a menos que seleccione un monto de cobertura superior a \$5,000.

La evidencia de buena salud consiste en completar un cuestionario relacionado con la historia clínica de su cónyuge/pareja y, posiblemente, que su cónyuge/pareja deba someterse a un examen médico. El cuestionario de la evidencia de buena salud se pone a su disposición en el momento de la inscripción de su cónyuge/pareja.

Si se requiere evidencia de buena salud, la cobertura no será efectiva hasta que Prudential la apruebe. Para obtener información, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Beneficios adicionales

Este tipo de beneficios se paga en las siguientes circunstancias:

- Si un hijo dependiente nace con vida y fallece dentro de los 60 días a partir de la fecha de nacimiento y era elegible, pero no fue inscrito en el seguro de vida opcional para dependientes antes de la pérdida (presentando los certificados de nacimiento y defunción) Prudential pagará un único beneficio de \$5,000.
- Si un hijo dependiente nace sin vida, Prudential pagará un beneficio de \$5,000 a los asociados que hayan cumplido el período de espera de elegibilidad para acceder al seguro de vida para dependientes. Para obtener información, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). Se define como hijo nacido sin vida al hijo de un asociado elegible, cuyo fallecimiento ocurre antes de la expulsión, extracción o parto, y cuyo peso fetal es 350 gramos o más; o bien, si se desconoce el peso fetal, cuya permanencia en el útero fue de 20 semanas completas de gestación o más. Si tanto la madre como el padre del hijo nacido sin vida trabajan en Walmart, cada asociado es elegible para presentar un reclamo de este beneficio por separado por un total de \$10,000.

## Presentar una solicitud de seguro de vida opcional para dependientes

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el dependiente fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce).



Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. Envíe el certificado de defunción por correo a:

**The Prudential Insurance Company of America**  
**Group Life Claim Division**  
**P.O. Box 8517**  
**Philadelphia, Pennsylvania 19176**

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener más información, comuníquese con Prudential al **877-740-2116**.

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se le pagan beneficios si su cónyuge/pareja se suicida, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no, durante los primeros dos años de cobertura. Si aumenta la cobertura de su cónyuge/pareja y su cónyuge/pareja se suicida dentro de los dos años desde la fecha en que aumentó la cobertura, recibirá el monto de la cobertura anterior.

Si presenta un reclamo por su cónyuge/pareja dentro de los primeros dos años de su fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de volver a evaluar el cuestionario de la evidencia de buena salud de su cónyuge/pareja. Si se descubre que los hechos materiales sobre su cónyuge/pareja se establecieron de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar qué monto de la cobertura debería haber regido, si correspondiera, y:

- Se puede rechazar el reclamo.
- Se pueden reembolsar las primas pagadas.

A menos que se disponga lo contrario, si su dependiente fallece antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, no se pagará ningún beneficio.

## Interrupción de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro de vida opcional para dependientes a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar la cobertura de vida opcional para dependiente hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes

Su cobertura del seguro de vida opcional de dependientes finaliza:

- En la fecha en la que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe a continuación)
- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- En la fecha de su fallecimiento
- En la fecha en que usted o su cónyuge/pareja o hijo pierden la elegibilidad (consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). No obstante, si su cónyuge/pareja deja de ser elegible porque usted pasa a ser asociado a tiempo parcial pagado por hora, asociado temporal o conductor de camión a tiempo parcial, se dará de baja la cobertura para su cónyuge/pareja el primer día del período de pago en que cambió su condición laboral.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar), o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Continuación de la cobertura para cónyuges/parejas cuando deja Walmart o pierde la cobertura

Si es un asociado a tiempo completo o un asociado gerencial y cuenta con seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja, tiene dos opciones para continuar con la cobertura de su cónyuge/pareja una vez que finalice la cobertura del seguro de vida colectivo. La primera opción, denominada **transferibilidad**, les permite a usted y a su cónyuge/pareja continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential. La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir total o parcialmente la cobertura de su cónyuge/pareja en una póliza individual de Prudential. Estas opciones no están disponibles para los asociados por hora a tiempo parcial, los asociados temporales ni los conductores de camión a tiempo parcial.

Debe solicitar la transferibilidad o la conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza la cobertura de su cónyuge/pareja. Si su cónyuge/pareja fallece dentro de los 31 días desde un siniestro de cobertura que califique y antes de elegir la posibilidad de transferencia o la conversión de la cobertura del seguro de vida, Prudential le pagará un beneficio por fallecimiento. El beneficio será el monto de la cobertura que su cónyuge/pareja podría haber convertido, incluso si su dependiente no solicitó la transferibilidad o la conversión de la cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporal similar para su cónyuge/pareja con Prudential una vez que finalice su cobertura de asociado o su cónyuge/pareja pierda la elegibilidad porque se divorcia o separa, si se cumplen ciertas condiciones.

No se exige una evidencia de buena salud para transferir la cobertura de su cónyuge/pareja. Sin embargo, usted puede recibir tarifas preferidas para la cobertura de su cónyuge/pareja similares a las tarifas que pagaba mientras era un asociado activo si su cónyuge/pareja presenta la evidencia de buena salud y se lo aprueban. Si no presenta la evidencia de buena salud para su cónyuge/pareja, o no se lo aprueban, sus tarifas se basarán en las tarifas de transferibilidad estándar de Prudential.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- La cobertura de vida opcional para dependientes finaliza debido a que su cobertura de vida opcional para asociados finaliza por algún motivo que no sean los siguientes:
  - La falta de pago de las primas mientras es un asociado activo
  - El final de su relación laboral a causa de su retiro por discapacidad; o
  - El final de su cobertura de seguro de vida opcional para todos los asociados cuando dicha cobertura sea remplazada por un seguro de vida grupal de cualquier compañía de seguro para la cual usted es elegible o pasa a ser elegible dentro de los 31 días siguientes.
- Usted solicita y se aprueba la cobertura de vida a plazo en virtud del plan de transferibilidad.
- Con respecto a un cónyuge/pareja dependiente, que esa persona tenga menos de 80 años.
- El dependiente queda cubierto para la cobertura de vida opcional para dependientes el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para asociados.
- El dependiente no está internado para recibir atención o tratamiento médico, en su hogar u otro lugar, en el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para asociados.

Su cónyuge/pareja también puede solicitar cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- La cobertura de su cónyuge/pareja finaliza debido a que se produce el divorcio o finaliza la relación de pareja.
- Su cónyuge/pareja es menor de 80 años.
- Su cónyuge/pareja no está internado/a para recibir atención o tratamiento médico, en su hogar u otro lugar, el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para dependientes.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse. Prudential le notificará el monto de cobertura de transferibilidad ofrecida. El monto de la cobertura del seguro que se ofrece no será mayor que el monto de la cobertura del cónyuge/pareja que eligió conforme al plan. Sin embargo, si su cónyuge/pareja presenta una evidencia de buena salud y Prudential lo acepta, puede aumentar el monto de la cobertura de su cónyuge/pareja a \$20,000 (o, si es inferior, según el monto de sus ingresos anuales).

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir la cobertura de seguro de vida de su dependiente en una póliza individual si la cobertura finalizara por cualquier motivo que no sea la falta de pago de las primas o la finalización de la cobertura de los dependientes para todos los asociados. No debe presentar evidencia de buena salud. Las tarifas se basan en la edad del dependiente y en el monto convertido. Tiene 31 días a partir de la fecha del cese de la cobertura para solicitar convertir la cobertura de dependiente en una póliza individual. Si su dependiente fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando se pierde la cobertura del dependiente debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura para dependiente por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otra póliza de seguro de vida grupal para el dependiente; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura para su dependiente, cuando venza el período de continuación, puede convertir la cobertura de seguro de vida del dependiente en una póliza individual, hasta el monto de cobertura vigente en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha en que la continuación de la cobertura finalizaría para solicitar convertir la cobertura del dependiente en una póliza individual. Además, si pierde la cobertura por cualquier motivo que no sea una reducción de las horas laborales o la finalización de la relación laboral (que no sea por una falta de conducta grave), puede convertir hasta alcanzar el monto de la cobertura que estaba en vigencia conforme al plan.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

# Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	246
Cómo nombrar a un beneficiario	246
Presentar un reclamo del seguro contra accidentes durante viajes de negocios	246
Cuándo se pagan los beneficios	247
Beneficios adicionales	248
Cuándo no se pagan los beneficios	248
Cuándo finaliza la cobertura del seguro contra accidentes durante viajes de negocios	248
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	248
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	249

La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro contra accidentes en viaje de negocios que pueden estar a su disposición si:

- Usted es un asociado elegible, y
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, incluidos los requisitos de trabajo activo.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y las pólizas emitidas por los aseguradores correspondientes conforme a este capítulo respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de las pólizas. Puede obtener una copia de estas pólizas si se comunica con el Plan.

# Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Si realiza un viaje de negocios autorizado, este seguro les brinda protección financiera a usted y a sus seres queridos en caso de sufrir un accidente que le provoque ciertos tipos de lesiones o la muerte.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite <a href="http://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a>	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Presente un reclamo del seguro contra accidentes durante viajes de negocios		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Obtenga más información sobre el seguro médico para accidentes durante viajes de negocios internacionales a través de GeoBlue	Visite <a href="http://geo-blue.com">geo-blue.com</a>	Llame a GeoBlue al <b>888-412-6403</b> Fuera de los EE. UU., llame al <b>610-254-5830</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro contra accidentes durante viajes de negocios

- Walmart ofrece a todos los asociados un seguro contra accidentes durante viajes de negocios. No implica costo alguno y no es necesario inscribirse.
- El seguro contra accidentes durante viajes de negocios paga un beneficio de suma única si pierde la vida, una extremidad, la visión, el habla o la audición, o queda paralizado debido a un accidente que tiene lugar mientras realiza un viaje de negocios autorizado por la compañía.
- El monto de su cobertura por accidentes durante un viaje es tres veces sus ingresos anuales básicos hasta cubrir \$1 millón como máximo.
- Este seguro pagado por la compañía se proporciona a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- El seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales está disponible para viajeros de negocios a través de GeoBlue.

## Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Para brindarle protección mientras se encuentra en un viaje de negocios, Walmart les proporciona a todos los asociados un seguro contra accidentes durante viajes de negocios. No implica costo alguno y no es necesario inscribirse. Si sufre una lesión cubierta, la cual deriva en la pérdida de una extremidad o la muerte mientras está en un viaje de negocios autorizado por la compañía, se paga un beneficio de suma única a usted o sus beneficiarios de hasta tres veces sus ingresos anuales básicos, con un máximo de \$1 millón y un mínimo de \$200,000 (a menos que se especifique lo contrario).

Los ingresos anuales básicos se definen del siguiente modo:

- **Para asociados por hora:** Pago por hora anualizado según se muestra en el sistema de nómina de Walmart desde la fecha de fallecimiento o pérdida.
- **Para asociados administrativos y directivos:** Salario básico según se muestra en el sistema de nómina de Walmart desde la fecha de fallecimiento o pérdida.
- **Para conductores de camión:** Pago diario promedio anualizado desde la fecha de fallecimiento o pérdida según lo determine el Departamento de Finanzas Logísticas.

Tenga en cuenta que cualquier bono que reciba no se incluye en los ingresos anuales básicos.

## Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio del seguro contra accidentes durante viajes de negocios se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para ello visite [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). No se aceptan formularios en papel. Usted (el asociado) o su beneficiario recibirán los beneficios que se paguen por las lesiones que se indican en [Cuándo se pagan los beneficios](#) más adelante en este capítulo.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de viajero durante viajes de negocios, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en [Si no nombra a un beneficiario](#) más adelante en esta página.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará, y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

## CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto. No se aceptan formularios en papel.

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## Presentar un reclamo del seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Dentro de los 12 meses posteriores a la lesión o la muerte del asociado con cobertura, o dentro de los 90 días posteriores al vencimiento de cualquier pago periódico (como los pagos periódicos por coma), se debe proporcionar la siguiente información con respecto al asociado:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Suceso, tipo y extensión de la lesión
- Fecha de la lesión o el fallecimiento y
- Causa de la lesión o el fallecimiento (si se conoce).

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

**The Prudential Insurance Company of America**  
**Group Life Claim Division**  
**P.O. Box 8517**  
**Philadelphia, Pennsylvania 19176**

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción, si corresponde. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los beneficios se pueden pagar en una única suma o, mediante solicitud por escrito, en cuotas mensuales. Sólo se pagará un beneficio, el más alto, si usted sufre más de una pérdida como resultado de un único accidente.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Sus beneficiarios tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener información, llame a Prudential al **877-740-2116**.

## Cuándo se pagan los beneficios

Los beneficios se pagan si sufre una lesión accidental durante un viaje de negocios autorizado por la compañía o como resultado de una agresión delictiva mientras trabaja; sus lesiones son la causa directa y única de un siniestro cubierto; y usted presenta una prueba del siniestro accidental y cubierto a Prudential.

Un viaje de negocios incluye viajar con una empresa de transportes común o cualquier medio de transporte que le pertenezca y opere Walmart. Una lesión accidental incluye una exposición a factores climáticos. "Causa directa y única" significa que el siniestro cubierto ocurre dentro de los 12 meses de la fecha de la lesión accidental como resultado directo de esta, independientemente de otras causas.

## MONTO DEL BENEFICIO

UNA LESIÓN CUBIERTA SE PRODUCE:	MONTO DEL BENEFICIO
Durante un viaje de negocios autorizado por la compañía	Tres veces sus ingresos anuales básicos hasta cubrir \$1,000,000 como máximo  Beneficio mínimo: \$200,000
Como resultado de una agresión delictiva mientras trabaja	Hasta \$10,000

## SINIESTROS CUBIERTOS QUE SE PAGAN COMO BENEFICIO COMPLETO

- Cuadriplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores y superiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.
- Pérdida de ambas manos, pies o de la visión de ambos ojos: amputación por la articulación de las muñecas o de los tobillos, o sobre estas, o pérdida total e irrecuperable de la visión.
- Pérdida de una mano y un pie: amputación por la articulación de la muñeca o del tobillo, o sobre esta.
- Pérdida del habla y de la audición de ambos oídos: pérdida total del habla o de la audición que persista, como mínimo, durante seis meses consecutivos luego del accidente.
- Pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo: amputación por la articulación de la muñeca o del tobillo, o sobre esta, con pérdida total e irrecuperable de la visión en un ojo.

## 50 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida de un pie o una mano: amputación permanente en la muñeca o encima de esta, pero debajo del codo, o amputación permanente en el tobillo o encima de este, pero debajo de la rodilla.
- Lesión cerebral: Daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca discapacidad total para llevar a cabo todas las funciones y actividades materiales y sustanciales de la vida cotidiana. Dicho daño se debe manifestar dentro de los 30 días de la lesión accidental, requerir hospitalización de al menos cinco días y persistir por 12 meses consecutivos.
- Pérdida de la visión en un ojo: pérdida total y permanente de la visión de un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida total del habla o de la audición que persista, como mínimo, durante seis meses consecutivos luego del accidente.

## 25 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano: amputación de cada uno por la articulación más cercana a la muñeca o sobre esta.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

"Parálisis" significa perder el uso, sin amputación, de una extremidad. Un médico debe determinar que la pérdida es completa e irreversible. (Amputación significa separación completa y desmembramiento de una extremidad del cuerpo).

## BENEFICIO POR ESTADO COMATOSO

Si está en coma o entra en coma dentro de los 365 días como resultado de un accidente cubierto, se pagará un beneficio por estado comatoso mensual equivalente al 2 % del monto del beneficio completo o \$100 durante 50 meses como máximo. El beneficio se pagará después de 31 días consecutivos de haber entrado en coma.

Estar en “Coma” significa un estado profundo de inconsciencia del cual el individuo no puede despertar, incluso mediante estimulación potente, según lo determina el médico del individuo. Dicho estado debe comenzar dentro de los 365 días de la lesión accidental y debe continuar por 31 días consecutivos, además debe ser total, continuo y permanente una vez que finalice el período de 31 días.

El monto máximo que el seguro contra accidentes durante viajes de negocios le pagará por todos los siniestros cubiertos que resulten de un accidente cubierto es el monto del beneficio completo. Si más de un asociado sufre un siniestro como resultado del mismo accidente, el monto máximo que pagará la póliza de seguro contra accidentes de viajes de negocios por todos los siniestros es de \$10 millones por accidente y, si es necesario, los beneficios se pagarán prorrateados entre los asociados afectados que sufran un siniestro durante el accidente. El pago total máximo aumenta a \$20 millones si el accidente cubierto se produce mientras viaja hacia o desde Walmart, o mientras asiste a la Reunión Anual de Accionistas de Walmart, a la reunión anual para las fiestas o a la reunión anual de inicio de año.

## Beneficios adicionales

El seguro contra accidentes durante viajes de negocios brinda estos beneficios adicionales:

- Beneficio por el uso del cinturón de seguridad: si pierde la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usaba el cinturón de seguridad, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio por el uso de la bolsa de aire: si pierde la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usaba el cinturón de seguridad y se despliega una bolsa de aire que funciona correctamente en el asiento que estaba ocupando, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio para gastos funerarios: si pierde la vida dentro de 365 días como resultado de un accidente cubierto, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$5,000.
- Beneficio por evacuación médica: si, como resultado de un accidente cubierto, es necesario realizar una evacuación médica y se encuentra al menos a 100 millas de su hogar, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$15,000.
- Traslado y acompañamiento de familiares: si su cónyuge/ pareja o hijo dependiente sufre un siniestro cubierto mientras se encuentra en un viaje de negocios con usted (o mientras viaja para encontrarse con usted), se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$100,000 por los siniestros que sufra su cónyuge/pareja y de \$10,000 por los siniestros que sufra cada hijo dependiente.

Todos estos beneficios adicionales están sujetos a los criterios de elegibilidad adicionales establecidos por Prudential. Comuníquese con Prudential, si le podría corresponder alguno de estos beneficios, para solicitar más información.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios del seguro contra accidentes durante viajes de negocios no se pagarán por ningún siniestro que resulte de las siguientes circunstancias:

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de causarse tales lesiones;
- Enfermedad, ya sea que la pérdida resulte directa o indirectamente de la enfermedad;
- Tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, ya sea que el siniestro sea ocasionado directa o indirectamente por el tratamiento;
- Cualquier infección bacteriana o viral, excepto una infección piógena que resulte de un corte o herida o una infección bacteriana producida por la ingestión accidental de una sustancia contaminada;
- Guerra o actos de guerra (declarada o no declarada), incluso resistencia a agresión armada o un accidente mientras está en servicio activo en las fuerzas armadas durante más de 30 días (esto no incluye el servicio activo para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional);
- Viajar en una aeronave sin licencia;
- Volar como miembro de la tripulación de una aeronave, excepto uno que sea propiedad de Walmart y esté operado por ella;
- Cometer o intentar cometer una agresión o un delito;
- Operar un vehículo terrestre, acuático o aéreo en estado de ebriedad legal; o
- Estar bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, según se establece en el Título II de la Ley de Control y Prevención Integral del Abuso de Drogas (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act) de 1970 y todas sus modificaciones, a menos que dicha sustancia haya sido recetada y administrada de acuerdo con las instrucciones del médico del asegurado.

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Su cobertura del seguro contra accidentes durante viajes de negocios finaliza en su último día de empleo.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Cualquier cobertura que estuviera en vigencia (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de la terminación del empleo se restablecerá cuando se reincorpore al trabajo.



## Seguro médico durante viajes de negocios internacionales

El seguro médico durante viajes de negocios internacionales está disponible a través de una póliza con GeoBlue para los asociados que viajan al exterior para hacer negocios.

GeoBlue proporciona servicios de asistencia durante viajes a usted y a sus dependientes elegibles si necesita un tratamiento médico de emergencia mientras está de viaje por negocios autorizados por la compañía. Walmart paga esta cobertura en su totalidad; es sin cargo y no es necesario que se inscriba. La cobertura es válida para un viaje que dura hasta 180 días. La cobertura no está disponible para viajes personales, incluso si su viaje personal coincide con un viaje de negocios.

No es elegible para realizar contribuciones a una cuenta de ahorro de salud durante ningún mes en los que está viajando fuera de los EE. UU. por negocios de Walmart y están cubiertas conforme a la póliza de GeoBlue. Si tiene cobertura del Plan Saver, se le recomienda consultar con su asesor fiscal si tiene preguntas sobre el monto para reducir las contribuciones a la HSA en función de sus circunstancias individuales.

### SERVICIOS DE GEOBLUE

El seguro médico durante viajes de negocios a través de GeoBlue proporciona cobertura para tratamientos médicos de emergencia, incluida la cobertura para la internación, las consultas médicas y los medicamentos con receta médica (excepto los medicamentos de venta libre).

GeoBlue tiene una red de médicos y centros médicos en más de 180 países, y también puede programar citas en su nombre y acordar la facturación directa. Se recomienda que los asociados se comuniquen con el Servicio de Atención al Cliente al **888-412-6403** antes de someterse a un tratamiento médico a fin de asegurarse de que el tratamiento esté cubierto.

GeoBlue proporciona los siguientes servicios:

- Reembolso por los gastos médicos elegibles
- Asistencia para localizar un médico, un centro de salud y para programar citas médicas
- Facturación directa y garantías de pago
- Coordinar una evaluación médica de emergencia en el centro médico adecuado más cercano para el asociado y un miembro de su familia como acompañante y
- Repatriación de restos.

Si incurre en gastos médicos elegibles, envíelos a GeoBlue para obtener un reembolso. No se deberían cargar en la tarjeta de crédito corporativa ni enviar para obtener un reembolso a través del sistema de viajes y gastos.

Antes de viajar por negocios, se recomienda que los asociados se registren en [geo-blue.com](http://geo-blue.com) con el código de acceso grupal **QH9999WALM**. Al registrarse, puede acceder a los servicios y beneficios, entre los que se incluyen los siguientes:

- Capacidad para imprimir su tarjeta de identificación del seguro, en caso de que la pierda
- Localizador de médicos y centros de salud
- Controlador de síntomas
- Traducir términos médicos y medicamentos e
- Información sobre los riesgos de salud y seguridad.

**Descargar la aplicación de GeoBlue:** Una vez que se registre, descargue la aplicación de GeoBlue e inicie sesión con la dirección de correo electrónico y la contraseña que creó cuando se registró en el sitio web. La aplicación le permite acceder fácilmente a su tarjeta de identificación y a las herramientas de autoservicio de GeoBlue, incluida la función de localización del centro médico o proveedor aprobado más cercano, programar citas, etc.

**Tarjetas de identificación para miembros de GeoBlue:** Las tarjetas tienen el logotipo de Blue Cross Blue Shield y están disponibles en el Departamento de Viajes. Las tarjetas adicionales o de reemplazo se pueden descargar a través de [geo-blue.com](http://geo-blue.com).

**Reclamos:** Por lo general, los formularios para reclamos no se requieren para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede comunicarse con GeoBlue o presentar un reclamo. Para enviar un reclamo por correo electrónico o por fax, descargue un formulario de reclamo y consulte las instrucciones detalladas en el Centro para Miembros en [geo-blue.com](http://geo-blue.com). Envíe su reclamo por correo electrónico a [claims@geo-blue.com](mailto:claims@geo-blue.com) o por fax al **610-482-9623**.

También puede enviar reclamos por correo postal. Descargue un formulario de reclamo del Centro para Miembros en [geo-blue.com](http://geo-blue.com) y envíe el formulario completo a:

**GeoBlue  
Claims Department  
P.O. Box 1748  
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748**

Los reclamos y las apelaciones se determinan conforme a los plazos y los requisitos establecidos en la póliza de GeoBlue. Comuníquese con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los EE. UU., llame por cobrar al: **610-254-5830**.

# Seguro contra accidentes

Seguro contra accidentes	252
Beneficios del seguro contra accidentes	252
Cómo nombrar a un beneficiario	255
Presentar un reclamo al seguro por accidentes	255
Cuándo no se pagan los beneficios	256
Interrupción de la cobertura	256
Cuándo finaliza la cobertura del seguro contra accidentes	256
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	257

## La información de este capítulo describe los beneficios por accidente a los que puede acceder si:

- Es usted un conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o un asociado asalariado (de la gerencia)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Allstate Benefits respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan. Allstate Benefits es el nombre comercial de American Heritage Life Insurance Company, la compañía aseguradora y subsidiaria de The Allstate Corporation.

# Seguro contra accidentes

Este seguro lo ayuda si tiene un accidente fuera del trabajo. Si el accidente está cubierto, puede cubrir los gastos de tratamiento de atención inmediata, hospitalización, fisioterapia, transporte y alojamiento. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que desee que se paguen al proveedor.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga información detallada	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> o <a href="https://AllstateBenefits.com/Walmart">AllstateBenefits.com/Walmart</a>	Llame a Allstate Benefits al <b>800-514-9525</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro contra accidentes

- Usted puede adquirir un seguro contra accidentes para ayudarlo a usted y su familia en caso de que usted o su dependiente cubierto tenga un accidente cubierto que requiera atención médica.
- El seguro contra accidentes paga un beneficio fijo en una suma única, según la naturaleza del accidente y la atención requerida.
- No se requiere una evidencia de buena salud para ningún nivel de cobertura.
- La cobertura se brinda a través de Allstate Benefits. El Certificado de Seguro disponible en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://AllstateBenefits.com/Walmart) proporciona información detallada sobre el seguro contra accidentes, además de los puntos importantes disponibles en este capítulo.

## Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes le brinda beneficios si usted o sus dependientes cubiertos reciben un tratamiento cubierto debido a un accidente que sufrió fuera del trabajo. Los beneficios incluidos en esta póliza no se reducen debido a ningún otro beneficio que usted pueda recibir.

### SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en un seguro contra accidentes, además selecciona a los miembros elegibles de la familia que desea cubrir:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados por hora a tiempo parcial, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)
- Asociado + hijos o
- Asociado + familia (excepto para asociados por hora a tiempo parcial, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)

Si tiene cobertura para asociado únicamente o asociado + cónyuge/pareja y usted (o su cónyuge/pareja) da a luz un hijo, su hijo recién nacido recibirá cobertura automáticamente por 60 días después del nacimiento. Debe cambiar su nivel a asociado + hijo(s) o asociado + familia si desea continuar con la cobertura de su hijo después de los 60 días. Consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener información sobre cuándo y cómo modificar su elección.

El costo de la cobertura se calcula según los dependientes elegibles a los que desea incluir en la cobertura.

Todas las lesiones que se producen mientras sea un miembro activo del servicio militar, la Fuerza Naval o las Fuerzas Aéreas de un país o de una combinación de países. Cuando se reciba la notificación y el comprobante de servicio en esas fuerzas, Allstate devolverá la parte proporcional a la prima pagada durante el período de ese servicio.

## Beneficios del seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes paga un beneficio si usted o un dependiente cubierto sufre una lesión causada por un accidente fuera del trabajo, que resulta en cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de la siguiente página.

Las lesiones deben ser diagnosticadas por un médico. Por lo general, un accidente está cubierto si se produce mientras usted o su dependiente cubierto no están trabajando en ningún empleo remunerado o con beneficios y es el resultado de un evento repentino, imprevisto e inesperado que ocurre sin el consentimiento del individuo cubierto y que resulta en lesiones a usted o a su dependiente cubierto. Ciertos accidentes no están cubiertos. Para obtener información, consulte [Cuándo no se pagan los beneficios](#) más adelante en este capítulo.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos del Certificado de Seguro disponible en [One.Walmart.com](#) o [AllstateBenefits.com/Walmart](#). También puede llamar a Allstate Benefits al **800-514-9525** para solicitar una copia y la cual se proporcionará sin costo. La cobertura debe ser efectiva antes de que se produzca el accidente para que tal evento quede cubierto. No se pagan beneficios por cualquier accidente que ocurra antes de su fecha efectiva de cobertura. Si usted falleciera antes de la fecha efectiva, no se pagarán a sus beneficiarios los beneficios del seguro contra accidentes.

El seguro contra accidentes paga los beneficios que se describen en el siguiente cuadro por las lesiones resultantes de un accidente cubierto y los servicios relacionados, sujeto a los términos del Certificado de Seguro.

SERVICIOS/LESIONES	MONTO DEL BENEFICIO	LIMITACIONES
Ambulancia	\$400 por ambulancia terrestre o \$4,000 por ambulancia aérea si un individuo cubierto requiere transporte en ambulancia a un hospital o centro de emergencia como resultado de un accidente cubierto.	El transporte debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto.
Aparato para ayudar con la locomoción o movilidad personal	\$200 si el individuo cubierto, como consecuencia de un accidente cubierto y por consejo de un médico, requiere el uso de un aparato médico	Los aparatos médicos cubiertos incluyen: muletas, sillas de ruedas, aparato ortopédico para la pierna, aparato ortopédico para la espalda, andador y bota ortopédica. Se paga una vez por individuo cubierto, por accidente cubierto.
Sangre, plasma y/o plaquetas	\$100 si un individuo cubierto, como resultado de un accidente cubierto, requiere sangre, plasma y/o plaquetas	No se paga por inmunoglobulina. Se paga una vez por individuo cubierto, por accidente cubierto.
Quemaduras	Entre \$100 y \$10,000, dependiendo del grado de la quemadura y el tamaño de la zona afectada, cuando un individuo cubierto sufre una quemadura como resultado de un accidente cubierto.	Si en el comprobante de siniestro no se especifica la extensión de la quemadura, se pagará el monto del beneficio más bajo. El tratamiento por parte de un médico debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto. Las lesiones que se deban a quemaduras por el sol no están cubiertas.
Estado comatoso	\$10,000 si un individuo cubierto está en coma como consecuencia de un accidente cubierto	El estado comatoso debe persistir al menos siete días consecutivos y requerir intubación para fines de asistencia respiratoria. Se excluye el coma médicamente inducido.
Conmoción cerebral	\$50 si un individuo cubierto sufre una conmoción cerebral como resultado de un accidente cubierto	
Dislocación	Entre \$188 y \$3,750, dependiendo de la articulación dislocada, cuando un individuo cubierto sufre una dislocación como resultado de un accidente cubierto	Se paga solamente por la primera dislocación de una articulación. El monto del beneficio se reduce si un médico reduce la gravedad de una dislocación cubierta. Se pagan hasta dos dislocaciones cubiertas por persona cubierta, por accidente.
Servicios odontológicos de emergencia	\$50 para dientes rotos que resulten en extracciones y \$150 para reparación de piezas dentarias rotas con coronas	Se paga una vez por individuo cubierto, por accidente cubierto.
Lesión ocular	\$250 para reparación quirúrgica; \$50 para la extracción de un cuerpo extraño	Para servicios prestados por un médico.
Alojamiento de la familia en caso de ingreso en un hospital que no sea local	\$100 por noche para una habitación de hotel/motel para un familiar directo del individuo cubierto	Se paga hasta 30 días por accidente cubierto, y solamente durante los días cuando un individuo cubierto está ingresado en un hospital que no sea local.
Tratamiento de seguimiento (no está cubierto por la fisioterapia)	\$50 por visita de seguimiento para un tratamiento de seguimiento necesario después de recibir un tratamiento de emergencia por el que se paga un beneficio en virtud del beneficio de atención inmediata	El tratamiento de seguimiento debe ser administrado por un médico en un consultorio o en un hospital y debe comenzar dentro de los 30 días siguientes al tratamiento inicial cubierto. Se paga un tratamiento de seguimiento por día hasta un máximo de seis tratamientos por individuo cubierto, por accidente cubierto. No se pagan los tratamientos por los que se paga el beneficio de fisioterapia.
Fracturas	Entre \$375 y \$3,750, dependiendo de la ubicación de la fractura, cuando la misma se corrige mediante una reparación abierta o cerrada; 25 % para las fracturas por astillamiento u otras fracturas que no se corrijan mediante una reparación abierta o cerrada	No se pagan más de dos fracturas por individuo cubierto, por accidente cubierto.
Hospitalización	Beneficio diario de \$300 por una hospitalización continua de al menos 18 horas, hasta 365 días, por accidente cubierto.	La hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto. No se paga el mismo día que se paga el beneficio de rehabilitación. Se paga además del beneficio de la hospitalización inicial.
Atención inmediata (honorarios del médico, radiografías y departamento de emergencia)	\$170 para el tratamiento médico necesario de un individuo cubierto como consecuencia de un accidente cubierto	Servicio pagadero a honorarios del médico, radiografías y sala de emergencia. Los tratamientos se deben recibir dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto. Se paga una sola vez por todos los tratamientos que surjan en un período de 24 horas, por individuo cubierto y por accidente cubierto.

(Continúa en la página siguiente)

SERVICIOS/LESIONES	MONTO DEL BENEFICIO	LIMITACIONES
Hospitalización inicial	\$1,500 que se pagan la primera vez que un individuo cubierto es hospitalizado por al menos 24 horas; \$2,250 si ingresa directamente a una unidad hospitalaria de cuidado intensivo	La hospitalización debe comenzar dentro de los 30 posteriores al accidente cubierto. Solamente se paga una vez por hospitalización continua por año calendario, por persona cubierta.
Hospitalización en unidad de cuidado intensivo (ICU)	\$900 por día, hasta 15 días por cada accidente	La hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto. Se paga además del beneficio por hospitalización.
Desgarros	\$25-\$400, según la extensión del desgarro	El tratamiento debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto. Si en el comprobante de siniestro no se especifica la extensión del desgarro, se pagará el monto del beneficio más bajo.
Exámenes de diagnóstico complejos	\$400 por los siguientes: Tomografía computada, resonancia magnética o electroencefalograma	Debe realizarse en un hospital, consultorio médico o centro quirúrgico ambulatorio. Un pago por persona cubierta, por año calendario.
Fisioterapia (no está cubierta por el tratamiento de seguimiento)	\$50 por día por la fisioterapia recibida como consecuencia de un accidente cubierto	La terapia debe ser prescrita por un médico y comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto o al alta del hospital y efectuarse dentro de los seis meses posteriores al accidente cubierto o al alta. Se paga un tratamiento por día, hasta 10 tratamientos por accidente cubierto, por individuo cubierto. No se pagan los tratamientos para los que se paga el beneficio de tratamiento de seguimiento.
Trastorno de estrés postraumático (PTSD)	\$100 por día para asesoramiento por PTSD	Se paga solo una vez por día, por individuo cubierto, hasta un máximo de seis días por año calendario.
Prótesis	\$1,000 por una prótesis necesaria como consecuencia de un accidente cubierto	No se paga por audífonos, pelucas y dispositivos odontológicos (incluidas piezas dentadura postiza). Se paga una vez por individuo cubierto, por accidente cubierto.
Rehabilitación interna (después de la hospitalización)	\$100 por día si el individuo cubierto está internado en una unidad de rehabilitación como resultado de un accidente cubierto	Debe haber sido hospitalizado inmediatamente antes de ser trasladado a la unidad de rehabilitación. Se paga por cada día en que se incurra en gastos por tener una habitación, hasta 30 días por persona cubierta, por período continuo de hospitalización; máximo de 60 días. No se pagan los días en los que se paga el beneficio de hospitalización.
Injertos de piel	El 50 % del monto del beneficio por quemaduras, si un individuo cubierto recibe uno o más injertos de piel por una quemadura cubierta.	Se paga además del beneficio por quemaduras.
Hospitalización en una unidad de cuidados intermedios de ICU	\$200 al día por hospitalización de al menos 18 horas	Se paga por persona cubierta, por accidente cubierto, además de cualquier beneficio de hospitalización. Se paga hasta 15 días por persona cubierta, por accidente cubierto.
Procedimientos quirúrgicos	\$350-\$1,400, según el procedimiento quirúrgico	Dos o más procedimientos quirúrgicos que se realicen a través de la misma incisión o punto de entrada se consideran una sola operación. Se deben realizar dentro del año posterior al accidente cubierto. Requiere anestesia general y no debe estar cubierta por ningún otro beneficio quirúrgico específico de la lista. Se pagan una vez cada 24 horas a pesar de que se realice más de una cirugía o procedimiento.
Transporte para recibir tratamiento en un hospital que no sea local	\$400 por viaje de ida y vuelta para el tratamiento en un hospital que no sea local, como resultado de un accidente cubierto; \$400 adicionales por viaje de ida y vuelta para uno de los padres o el tutor legal si la persona que está recibiendo tratamiento es el hijo dependiente	El médico debe recetar el tratamiento. Se pagan hasta tres viajes de ida y vuelta por año calendario y por persona cubierta. No se paga el transporte en ambulancia.

## Cómo nombrar a un beneficiario

Si fallece mientras tiene cobertura de seguro contra accidentes, sus beneficiarios recibirán cualquier beneficio adeudado en el momento de su fallecimiento. Debe nombrar a los beneficiarios que recibirán su beneficio del seguro contra accidentes si usted fallece. Para ello visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Allstate Benefits no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario.

Se asignará automáticamente a usted (el asociado) como beneficiario principal de la cobertura contra accidentes de sus dependientes cubiertos. Si usted y su dependiente fallecen al mismo tiempo, los beneficios se pagarán como si no se hubiera designado a ningún beneficiario. Consulte [Si no nombra a un beneficiario](#) a continuación.

## CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se designa ningún beneficiario o el beneficiario que usted designó no le sobrevive, el pago de los beneficios que se deban a su fallecimiento se efectuará en el siguiente orden:

- Su cónyuge/pareja; si no vive, a sus
- Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
- Padres en partes iguales; si no viven, a sus
- Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
- Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Todos los cambios de beneficiario deben completarse en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## Presentar un reclamo al seguro por accidentes

Dentro de los 60 días de que se produzca o comience un accidente cubierto, debe enviar lo antes posible una notificación de reclamo a:

**Allstate Benefits**  
**Attn: Walmart Claims Unit**  
**P.O. Box 41488**  
**Jacksonville, Florida 32203-1488**

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: [AllstateBenefits.com/mybenefits](https://www.allstatebenefits.com/mybenefits)  
 por teléfono: **800-514-9525**  
 Por fax: **877-423-8804**

Incluir la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha en que se produjo el accidente cubierto

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://www.allstatebenefits.com/walmart) para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

Se le pedirá que presente una prueba escrita de su reclamo a Allstate. Por lo general, debe presentar una prueba escrita de su reclamo dentro de los 90 días posteriores al servicio o a la pérdida, o lo más pronto que sea razonablemente posible después de la pérdida si no es posible presentarla dentro de los 90 días. En cualquier caso, por lo general, debe presentar las pruebas necesarias del reclamo a Allstate dentro de los 15 meses, o se rechazará su reclamo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Usted o su beneficiario tienen derecho a apelar un reclamo rechazado. Para obtener información, consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagará ningún beneficio por un accidente que se produzca como consecuencia de:

- Una lesión que se produce como resultado de un accidente que sucedió en el trabajo;
- Una lesión que se produce antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura
- Cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, o participación en disturbios, insurrección o rebeliones;
- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Una lesión que se produce mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol o de narcóticos, a menos que se administren según recomendación de un médico
- Cirugía odontológica o plástica para fines cosméticos, excepto cuando la cirugía sea necesaria para el tratamiento de una lesión o la corrección de un problema del funcionamiento normal del cuerpo que fuera causado por una lesión
- Cometer o intento de cometer un ataque o un delito; o
- Las lesiones que se producen mientras el individuo cubierto es miembro activo del servicio militar, la fuerza naval o las fuerzas aéreas de un país o de una combinación de países.

## Interrupción de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro contra accidentes a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o una interrupción de la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro contra accidentes

Su cobertura de seguro contra accidentes finaliza en el momento en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

- En la fecha en la que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe a continuación)
- En la fecha en que termine el empleo
- El último día hasta el cual se pagaron las primas requeridas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- En la fecha de su fallecimiento
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar) o
- Cuando Walmart deja de ofrecer el seguro contra accidentes.

La cobertura de seguro contra accidentes de su cónyuge/ pareja finaliza:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro contra accidentes.
- El primer día del período de pago en que su condición laboral cambia a asociado a tiempo parcial, temporal o conductor de camión a tiempo parcial.
- En la fecha en que usted y su cónyuge se separen legalmente
- En la fecha en que usted y su cónyuge se divorcien o se finalice la relación de pareja, o
- Al momento del fallecimiento de su cónyuge/pareja.

La cobertura del seguro contra accidentes para su(s) hijo(s) dependiente(s) finaliza en la fecha más temprana de las siguientes:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro contra accidentes.
- En la fecha en que su hijo dependiente pierde su elegibilidad o
- Al momento del fallecimiento de su hijo elegible.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción Anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.



## CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CUANDO FINALIZA

Si su cobertura del seguro contra accidentes finaliza como se ha descrito anteriormente (excepto por falta de pago de las primas o por fallecimiento), usted y sus dependientes cubiertos pueden seguir teniendo la cobertura del seguro contra accidentes directamente de Allstate Benefits a través de la cobertura de transferibilidad. Los beneficios, los términos y las condiciones de la cobertura de portabilidad serán los mismos que los previstos en el seguro contra accidentes disponible en el Plan en el momento de la terminación del empleo. Para recibir la cobertura de transferibilidad, debe informar su deseo de continuar con la cobertura a Allstate Benefits y enviar la primera prima dentro de los 60 días de la fecha en que termine su cobertura del seguro contra accidentes.

La cobertura de transferibilidad entrará en vigencia el día siguiente a la finalización de la cobertura del Plan y finalizará en la fecha más temprana de las siguientes:

- La fecha en la que usted vuelve a tener derecho a un seguro contra accidentes conforme al Plan.
- El último día hasta el cual se pagaron las primas requeridas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- Para sus dependientes cubiertos, en la fecha de finalización de su cobertura o en la fecha en que el dependiente deja de serlo.

Cualquier dependiente elegible que esté cubierto por un seguro contra accidentes en el momento en que tal cobertura finalice como consecuencia de haber alcanzado la edad máxima para tener derecho a la misma, también podrá recibir la cobertura de portabilidad bajo los términos descritos anteriormente. Para obtener información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

Las primas para la cobertura de transferibilidad se deben pagar antes de recibir la cobertura de cada mes, el primer día del mes calendario. Las primas tienen la misma tarifa que esté vigente para el seguro por enfermedades graves para los asociados activos que tengan la misma cobertura.

Para obtener más información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

# Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D)	260
Cómo nombrar a un beneficiario	260
Monto de cobertura por AD&D	261
Cuándo se pagan los beneficios por AD&D	261
Beneficios por AD&D adicionales	262
Presentar un reclamo al seguro AD&D	264
Cuándo no se pagan los beneficios	264
Interrupción de la cobertura	264
Cuándo finaliza la cobertura del seguro por AD&D	264
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	265

La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro por muerte accidental y desmembramiento que pueden estar a su disposición si:

- Es usted un conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o un asociado asalariado (de la gerencia)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

# Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Los beneficios de la cobertura por AD&D pueden ayudar a pagar los costos de atención médica, cuidado de niños y gastos de educación si sufre una lesión grave o fallece en un accidente.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite <a href="https://www.one.walmart.com">One.Walmart.com</a>	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al <b>877-740-2116</b>

## Lo que debe saber sobre el seguro por AD&D

- No se exige presentar una evidencia de buena salud para el seguro por AD&D, independientemente del monto de cobertura que elija.
- Si se produce un siniestro cubierto, el seguro por AD&D paga un beneficio en una suma única según la naturaleza del siniestro y el monto de la cobertura que elija. Se pueden pagar otros beneficios, dependiendo de las circunstancias en las que se produzca el siniestro cubierto.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- El certificado de seguro está disponible en [One.Walmart.com](https://www.one.walmart.com) o en [Prudential.com/Walmart](https://www.prudential.com/walmart). El certificado proporciona información detallada sobre el seguro de vida pagado por la compañía, además de los aspectos más destacados disponibles en este capítulo.

## Seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D)

El seguro por AD&D paga un beneficio en una suma única para usted o sus beneficiarios si usted o un dependiente con cobertura tienen un siniestro cubierto. El monto de su beneficio depende del tipo de siniestro que sufre, tal como se describe más adelante en este capítulo.

Debe tomar dos decisiones acerca de la cobertura por AD&D. Debe elegir a quién desea cubrir y el monto de cobertura.

Puede elegir estos tipos de cobertura:

- Asociado solo
- Asociado + dependientes

Si es un asociado a tiempo parcial pagado por hora, un asociado temporal o un conductor de camión a tiempo parcial y elige la cobertura para asociado + dependientes, podrá brindarles cobertura a sus hijos dependientes, pero no a su cónyuge/pareja.

El monto de cobertura para sus dependientes será un porcentaje del monto de cobertura que elija para usted (consulte [Monto de cobertura por AD&D](#) más adelante en este capítulo). Los montos disponibles para que elija como su monto de cobertura de asociado son:

- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Los asociados gerenciales también pueden elegir los siguientes montos adicionales de cobertura:

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

El costo del seguro por AD&D se basa en el monto de cobertura que seleccione y si elige cobertura únicamente para el asociado o para el asociado y sus dependientes.

## Cómo nombrar a un beneficiario

Para garantizar que su beneficio por AD&D se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para ello visite [One.Walmart.com](#). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](#). No se aceptan formularios en papel.

Usted (el asociado) recibirá todos los beneficios pagaderos para sus dependientes cubiertos.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio por AD&D, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en [Si no nombra a un beneficiario](#) en la siguiente columna.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará, y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

## CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](#). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](#). No se aceptan formularios en papel.

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge/pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario.

## Monto de cobertura por AD&D

Cuando se inscribe en el seguro por AD&D, el monto de la cobertura que selecciona es el monto que se aplica a usted, el asociado. Si se inscribe en una cobertura para asociado + dependientes, el monto de la cobertura para ellos será un porcentaje del monto de su cobertura como asociado. El monto de su cobertura para dependientes depende del tipo de dependientes que estén cubiertos. Consulte la tabla [Monto del beneficio completo](#) a continuación para obtener información sobre el monto de cobertura para sus familiares.

## Cuándo se pagan los beneficios por AD&D

Si eligió la cobertura de asociado + dependientes y usted o su dependiente sufre una lesión accidental como la única causa directa de un siniestro cubierto, los beneficios del seguro por AD&D se pagan cuando se hayan presentado las pruebas de la lesión accidental y el siniestro cubierto a Prudential.

Prudential considera un siniestro como el resultado directo de una lesión accidental si esta es provocada por una exposición inevitable a factores climáticos.

“Causa directa y única” significa que el siniestro cubierto ocurre dentro de los 12 meses de la fecha de la lesión accidental como resultado directo de esta, independientemente de otras causas.

## SINIESTROS CUBIERTOS QUE SE PAGAN COMO BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán como beneficio completo:

- Pérdida de la vida: se supondrá que ha perdido la vida si no se encuentra su cuerpo dentro de un año de que haya desaparecido, haya quedado varado, se haya hundido o haya naufragado cualquier vehículo en el cual usted era ocupante.
- Pérdida de ambas manos por encima de las muñecas, pérdida de ambos pies por encima de la línea de los tobillos; pérdida total y permanente de la visión en ambos ojos; pérdida del habla y de la audición en ambos oídos que continúa durante al menos los seis meses consecutivos posteriores al accidente.
- Pérdida de una mano y un pie: amputación en las articulaciones de la muñeca y del tobillo, o por encima de estas.
- Pérdida de un brazo o una pierna: amputación en el codo o la rodilla, o por encima de estos.
- Pérdida de una mano o un pie y la visión de un ojo: amputación en la articulación de la muñeca o del tobillo, o por encima de esta, con pérdida total y permanente de la visión en un ojo.
- Cuadriplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores y superiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.

MONTO DEL BENEFICIO COMPLETO				
Monto de cobertura del asociado	Si el único dependiente cubierto es su cónyuge/ pareja	Si los dependientes cubiertos son cónyuge/ pareja y los hijos		Si los únicos dependientes son hijos
El asociado: 100 %	Cónyuge/pareja: 50 %	Cónyuge/pareja: 40 %	Hijos: 10 %	Hijos: 25 %
\$25,000	\$12,500	\$10,000	\$2,500	\$6,250
\$50,000	\$25,000	\$20,000	\$5,000	\$12,500
\$75,000	\$37,500	\$30,000	\$7,500	\$18,750
\$100,000	\$50,000	\$40,000	\$10,000	\$25,000
\$150,000	\$75,000	\$60,000	\$15,000	\$37,500
\$200,000	\$100,000	\$80,000	\$20,000	\$50,000
<b>Asociados gerenciales únicamente:</b>				
\$300,000	\$150,000	\$120,000	\$30,000	\$75,000
\$500,000	\$250,000	\$200,000	\$50,000	\$125,000
\$750,000	\$375,000	\$300,000	\$75,000	\$187,500
\$1,000,000	\$500,000	\$400,000	\$100,000	\$250,000

## 50 % DEL BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán al 50 % del beneficio completo:

- Lesión cerebral: Daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca discapacidad total para llevar a cabo todas las funciones y actividades regulares materiales y sustanciales de la vida cotidiana. Dicho daño debe manifestarse dentro de los 30 días de la lesión accidental, requerir hospitalización de más de cinco días consecutivos dentro de los 30 días posteriores al accidente y persistir durante 12 meses consecutivos.
- Pérdida de un pie o una mano: amputación en la muñeca o el tobillo, o por encima de estos.
- Pérdida de la visión en un ojo: pérdida total y permanente de la visión de un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: Pérdida total y permanente del habla o de la audición (es decir, que persiste, como mínimo, seis meses consecutivos luego del accidente).

## 25 % DEL BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán al 25 % del beneficio completo:

- Pérdida de la audición en un oído: Pérdida total y permanente de la audición (es decir, que persiste, como mínimo, seis meses consecutivos luego del accidente).
- Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano: amputación en el punto donde se unen con la mano, o por encima de este.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

“Parálisis” significa perder el uso, sin amputación, de una extremidad. Un médico debe determinar que la pérdida es completa e irreversible. “Amputación” significa la separación completa y el desmembramiento de una extremidad del cuerpo.

## BENEFICIO POR ESTADO COMATOSO

Si usted o un dependiente con cobertura están en coma o entran en coma dentro de los 365 días como resultado de un accidente, se pagará un beneficio por coma igual al 1 % del monto del beneficio completo durante 11 meses consecutivos a usted, a su cónyuge/pareja, a sus hijos o a un tutor legal. El beneficio se pagará después de 31 días consecutivos de haber entrado en coma. Si usted o un dependiente con cobertura permanecen en coma más de 11 meses, se le pagará a usted o a su beneficiario designado la suma completa de la cobertura, menos cualquier beneficio por AD&D que ya se haya pagado.

Estar en “Coma” significa un estado profundo de inconsciencia del cual el individuo no puede despertar, incluso mediante estimulación potente, según lo determina el médico del individuo. Dicho estado debe comenzar dentro de los 365 días de la lesión

accidental y debe continuar por 31 días consecutivos, además debe ser total, continuo y permanente una vez que finalice el período de 31 días.

El monto máximo que pagará el seguro por AD&D por todos los siniestros cubiertos de un individuo como resultado de un accidente cubierto es el monto del beneficio completo.

## Beneficios por AD&D adicionales

Es posible que el Plan pague beneficios adicionales:

- Beneficio por el uso del cinturón de seguridad: Si usted y/o el dependiente cubierto pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre usando cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio para motociclista seguro: Si usted y/o el dependiente cubierto pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre usando casco, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de reembolso de matrícula (solo para asociados por hora a tiempo completo y asociados gerenciales): Si usted (el asociado) pierde la vida, es posible que se pague un beneficio de educación a su cónyuge/pareja.
- Reembolso de matrícula y beneficio por cuidado de niños: Si usted (el asociado) o su cónyuge/pareja con cobertura pierden la vida, es posible que se pague un beneficio por el cuidado de niños y/o un beneficio de educación para los hijos.
- Beneficio para reforma del hogar y modificación del vehículo: Si usted o sus dependientes cubiertos sufren un siniestro cubierto que requiere una reforma del hogar o modificación del vehículo, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de prima médica mensual de COBRA: Si usted (el asociado) sufre una lesión física accidental cubierta que produce su muerte o el cese de la relación laboral después de una licencia de ausencia, es posible que se pague un beneficio adicional para ayudar a la continuación de sus beneficios médicos del Plan Médico para Asociados.
- Beneficio de rehabilitación mensual: Si usted o sus dependientes cubiertos sufren una lesión física accidental cubierta que requiere rehabilitación médicamente necesaria, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio común por accidente: Si usted (el asociado) o su cónyuge/pareja con cobertura pierden la vida a causa del mismo accidente o a causa de accidentes que sucedan en un plazo de 48 horas de diferencia, se puede pagar un beneficio común por accidente.

Todos los beneficios adicionales del seguro por AD&D están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Si alguno de estos beneficios se podría aplicar en su caso, comuníquese con Prudential para obtener información.

BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Monto del beneficio	Limitaciones
<b>Beneficio por el uso del cinturón de seguridad</b>	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona llevaba puesto el cinturón de seguridad al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
<b>Beneficio para motociclista seguro</b>	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando el equipo de seguridad necesario al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
<b>Reembolso de matrícula para el cónyuge/pareja</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>la matrícula real que se cobra por el programa;</li> <li>el 10 % del monto del seguro (del asociado); y</li> <li>\$25,000</li> </ul>	Se paga hasta por 4 años. Debe estar inscrito en un programa profesional o comercial dentro de los 30 meses siguientes a la fecha de su fallecimiento. <i>Solo para asociados por hora a tiempo completo y asociados gerenciales.</i>
<b>Reembolso de la matrícula de un hijo</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>la matrícula anual real, sin incluir el alojamiento y la comida que cobra la escuela;</li> <li>el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y</li> <li>\$25,000</li> </ul>	Se paga todos los años por hasta 4 años consecutivos, pero no después que el hijo cumpla los 26 años. El hijo debe estar matriculado como estudiante a tiempo completo en la fecha de su fallecimiento; o, si está en el 12° grado en la fecha del fallecimiento, debe pasar a ser un estudiante a tiempo completo.
<b>Beneficio por el cuidado de niños</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>el costo real que cobra un centro de cuidado infantil por año;</li> <li>el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y</li> <li>\$12,500</li> </ul>	Se paga todos los años por hasta 5 años consecutivos, pero no después de que el hijo cumpla los 13 años. El hijo debe estar inscrito en la fecha de su fallecimiento o dentro de los 90 días siguientes a la fecha de su fallecimiento.
<b>Beneficio para reforma del hogar y modificación del vehículo</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>el costo real que se cobra por la reforma o modificación;</li> <li>el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y</li> <li>\$10,000</li> </ul>	Se paga un monto que no supere los \$10,000.
<b>Beneficio de la prima del seguro médico para el asociado (COBRA)</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>el monto de la prima del seguro médico;</li> <li>el 5 % del monto del seguro (del asociado); y</li> <li>\$500</li> </ul>	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliza la continuación de la inscripción en el AMP.</li> <li>Obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal.</li> <li>El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.</li> </ul>
<b>Beneficio de la prima del seguro médico para el dependiente (COBRA)</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>el monto real de la prima del seguro médico; y</li> <li>\$10,000</li> </ul>	Se paga todos los años hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliza la continuación de la inscripción de sus dependientes en el AMP.</li> <li>El dependiente obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal.</li> <li>El beneficio se pagó por 3 años consecutivos.</li> </ul> <i>El beneficio de primas para cónyuge/pareja solo está disponible para asociados por hora a tiempo completo y asociados gerenciales.</i>
<b>Beneficio de rehabilitación mensual</b>	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y</li> <li>\$250</li> </ul>	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Un médico determina que la persona ya no necesita rehabilitación.</li> <li>La persona no presenta ninguna de las pruebas necesarias para continuar recibiendo rehabilitación.</li> <li>La persona no se somete a ningún examen médico obligatorio.</li> <li>El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.</li> </ul>
<b>Beneficio común por accidente</b>	Un monto equivalente a la diferencia entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por pérdida de la vida; y</li> <li>el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por la pérdida de la vida de su cónyuge/pareja de hecho.</li> </ul>	

## Presentar un reclamo al seguro AD&D

La siguiente información se debe proporcionar a Prudential con respecto al reclamante:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha de la lesión o el fallecimiento
- Causa de la lesión o el fallecimiento (si se conoce).

Prudential le enviará un paquete de reclamo a la dirección que figura en su legajo. La información que se exige debe completarse y enviarse con los formularios de reclamo y un original o una copia certificada del certificado de defunción, si corresponde, a:

**The Prudential Insurance Company of America  
Group Claim Life Division  
P.O. Box 8517  
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Los beneficios se pagan en una suma única. Si usted o un dependiente cubierto sufren más de una pérdida cubierta debido a una lesión accidental, el monto abonado, a nombre de cualquiera de las personas lesionadas, no excederá el monto total del beneficio.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Usted o su beneficiario tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

## Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios de la cobertura por AD&D no se pagan por ningún siniestro que ocurra antes de su inscripción en el plan ni por ningún siniestro causado o relacionado con los siguientes motivos:

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de causarse tales lesiones;
- Enfermedad, ya sea que la pérdida resulte directa o indirectamente de la enfermedad;
- Tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, ya sea que el siniestro sea ocasionado directa o indirectamente por el tratamiento;
- Infección bacteriana o viral, pero no se incluye lo siguiente:
  - Infección piógena ocasionada por un corte o una herida accidentales; o
  - Infección bacteriana ocasionada por la ingestión accidental de una sustancia contaminada.
- Participación en una insurrección;
- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Un accidente que ocurre mientras la persona presta servicio activo a tiempo completo durante más de 30 días en cualquiera de las fuerzas armadas (no incluye servicio activo para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional);

- Viajar o volar en un vehículo usado para la navegación aérea si viaja como pasajero en un avión que no esté destinado o no tenga licencia para el transporte de pasajeros (incluye entrar y subir a dichos vehículos, y salir y bajar de ellos);
- Cometer o intentar cometer una agresión o un delito;
- Operar un vehículo terrestre, acuático o aéreo en estado de ebriedad legal; o
- Estar bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, según se establece en el Título II de la Ley de Control y Prevención Integral del Abuso de Drogas de 1970 y todas sus modificaciones, a menos que dicha sustancia haya sido recetada y administrada de acuerdo con las instrucciones del médico del asegurado.

## Interrupción de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro por AD&D a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro por AD&D

Su cobertura por AD&D finaliza:

- En la fecha en que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe en la siguiente página)
- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día de la cobertura para la que se pagaron las primas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas
- En la fecha de su fallecimiento
- En la fecha en que usted o su cónyuge/pareja, o hijo dependiente pierdan la elegibilidad.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar), o



- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio. La cobertura por AD&D no se puede cambiar por una cobertura individual después de la finalización de la cobertura.

Asimismo, si elige una cobertura de asociado + dependientes y pasa a ser un asociado a tiempo parcial pagado por hora, asociado temporal o conductor de camión a tiempo parcial, se dará de baja la cobertura para su cónyuge/pareja el primer día del período de pago en que cambió su estado laboral.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

Después de un evento de cambio de elección: la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

- En la Inscripción Anual: la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) del capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección [Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

# Seguro por enfermedades graves

Seguro por enfermedades graves	268
Beneficios por enfermedades graves	268
Cómo nombrar a un beneficiario	269
Solicitar un seguro por enfermedades graves	270
Cuándo no se pagan los beneficios	270
Interrupción de la cobertura	271
Cuándo finaliza la cobertura del seguro por enfermedades graves	271
Si deja Walmart y lo contratan nuevamente	272

## La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro por enfermedades graves que pueden estar a su disposición si:

- Es usted un conductor de camión por hora, temporal, a tiempo parcial, o un asociado asalariado (de la gerencia)
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura tenga vigencia, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura entre en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

---

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Allstate Benefits respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan. Allstate Benefits es el nombre comercial de American Heritage Life Insurance Company, la compañía aseguradora y subsidiaria de The Allstate Corporation.

## Seguro por enfermedades graves

Si se inscribe a sí mismo y a sus dependientes en el seguro por enfermedad grave, usted o su beneficiario tendrán derecho a un beneficio directo en efectivo para ayudar a pagar los gastos relacionados con las enfermedades graves cubiertas.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga información detallada	Visite <a href="https://One.Walmart.com">One.Walmart.com</a> o <a href="https://AllstateBenefits.com/Walmart">AllstateBenefits.com/Walmart</a>	Llame a Allstate Benefits al <b>800-514-9525</b>

### Lo que debe saber sobre el seguro por enfermedades graves

- Usted puede adquirir un seguro por enfermedades graves que los ayude a usted y a su familia en caso de que a usted o a su dependiente cubierto se le diagnostique una enfermedad grave a una persona cubierta.
- Puede elegir montos de cobertura de \$5,000, \$10,000, \$15,000 o \$20,000.
- Si a usted o a una persona con cobertura se le diagnostica una enfermedad grave cubierta, el seguro por enfermedades graves paga un porcentaje del monto de cobertura en una suma única, según la naturaleza de la afección.
- No se requiere una evidencia de buena salud para ningún nivel de cobertura.
- El Certificado de Seguro disponible en línea en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://AllstateBenefits.com/Walmart) proporciona información detallada sobre el seguro por enfermedades graves, además de los puntos importantes disponibles en este capítulo.

## Seguro por enfermedades graves

El seguro por enfermedades graves brinda un beneficio directo si a usted o a sus dependientes cubiertos se les diagnostica una enfermedad para la que tiene cobertura. La póliza paga beneficios independientemente de cualquier otro seguro que tenga, y además de este.

La cobertura está disponible en incrementos de \$5,000 hasta un límite máximo de \$20,000 sin la necesidad de presentar un comprobante de buena salud.

### SELECCIÓN DE UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en un seguro por enfermedades graves, además puede seleccionar los miembros elegibles de la familia que desea cubrir.

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados a tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión a tiempo parcial)
- Asociado + hijos o
- Asociado + familia (excepto los asociados a tiempo parcial pagados por hora, los asociados temporales y los conductores de camión a tiempo parcial).

Si tiene cobertura para asociado únicamente o asociado + cónyuge/pareja y usted (o su cónyuge/pareja) da a luz un hijo, su hijo recién nacido recibirá cobertura automáticamente por 60 días después del nacimiento. Debe cambiar su elección a asociado + hijo(s) o asociado + familia si desea continuar con la cobertura de su hijo después de los 60 días. Consulte el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener información sobre cuándo y cómo modificar su elección.

El costo de la cobertura se basa en los montos de cobertura que usted elija, los dependientes elegibles que decida que sean cubiertos, su edad y si usted (y/o su cónyuge/pareja cubierto) es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco.

## Beneficios por enfermedades graves

Los beneficios se pagan si se le diagnostica una de las condiciones que se mencionan a continuación, sujeto a los términos del Certificado de Seguro disponible en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://www.allstatebenefits.com/walmart). También puede llamar a Allstate Benefits al **800-514-9525** para solicitar una copia. La cobertura debe ser efectiva antes de la fecha de diagnóstico para que la afección o enfermedad esté cubierta por la póliza.

No se pagan beneficios por ninguna enfermedad diagnosticada antes de la fecha efectiva de cobertura. Si usted fallece antes de la fecha efectiva, no se pagarán a sus beneficiarios los beneficios del seguro por enfermedades graves.

Se pagarán los beneficios del 100 % del monto de la cobertura que usted elija si se producen las siguientes enfermedades graves, de acuerdo con los detalles completos que figuran en el Certificado de Seguro:

- Cáncer invasivo
- Enfermedad de Alzheimer (implica la pérdida de tres actividades de la vida diaria)

- Cirugía de revascularización coronaria (excluye la angioplastia con balón, la embolectomía con láser, la aterectomía, la colocación de stents y otros procedimientos que no sean quirúrgicos)
- Insuficiencia renal terminal
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson (demanda la pérdida de tres actividades de la vida diaria)
- Pérdida total e irreversible de la audición en ambos oídos que continúe durante los seis meses consecutivos siguientes a la enfermedad que la causó y que no pueda corregirse mediante el uso de ningún audífono o dispositivo
- Pérdida permanente e incorregible de la visión en uno o ambos ojos debido a una enfermedad
- Cuadruplejía
- Paraplejía
- Pérdida de al menos un pie, una mano, un brazo o una pierna
- Tumor cerebral benigno, distinto de los tumores de cráneo, los adenomas hipofisarios o los germinomas, que provoque deficiencias neurológicas persistentes
- Coma (no inducido médicamente) que dure al menos siete días consecutivos debido a una enfermedad subyacente o a una lesión cerebral traumática
- Anemia drepanocítica
- Lupus sistémico
- Tuberculosis o
- Trasplante de uno de los órganos mayores o inscripción en la Lista nacional de trasplantes como candidato activo o inactivo a un trasplante de órgano mayor (consulte la siguiente nota).

Si deben realizarle el trasplante de un órgano vital, según se especifica en la cláusula correspondiente del certificado de seguro, recibirá el 100 % del monto de cobertura que elija. Si está inscrito en el Plan Saver, no es elegible para dicha cláusula incluida en el seguro por enfermedades graves.

Los siguientes beneficios se pagan a menos del 100 por ciento del monto de cobertura que elija:

- Carcinoma in situ: 25% del monto de la cobertura
- Pérdida completa de uno o más dedos de la mano y/o uno o más dedos del pie: 25% del monto de la cobertura
- Ataques isquémicos transitorios (TIA): 25% del monto de la cobertura
- Aneurisma (ruptura o disección): 25% del monto de la cobertura
- Enfermedades específicas: 50% del monto de la cobertura
  - Enfermedad de Addison
  - Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
  - Meningitis cerebroespinal (bacteriana)
  - Parálisis cerebral
  - Fibrosis quística
  - Difteria
  - Encefalitis
  - Corea de Huntington

- Enfermedad del legionario (confirmación mediante cultivo o esputo)
- Malaria
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- Miastenia gravis
- Fascitis necrotizante
- Osteomielitis
- Poliomielitis
- Rabia
- Esclerosis sistémica (esclerodermia)
- Tétanos.

Todos los beneficios descritos anteriormente suelen pagarse solo una vez, conforme al beneficio inicial de enfermedades graves.

Los siguientes beneficios de Recurrencia de enfermedad grave se pagan por un segundo diagnóstico:\*

- Tumor cerebral benigno
- Cáncer invasivo
- Carcinoma in situ
- Ruptura o disección de un aneurisma
- Estado comatoso
- Rabia
- Cirugía de derivación de la arteria coronaria
- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco

\*Los beneficios en caso de tener una Recurrencia de enfermedad grave se pagarán por segunda vez al 100 % del monto de la cobertura si:

- La reaparición se produce al menos 181 días después de la aparición inicial.
- Para una recurrencia del mismo tipo de cáncer, debe estar libre de síntomas y de tratamiento durante 181 días después de la ocurrencia inicial. (Los medicamentos de mantenimiento y las visitas de seguimiento no cuentan como tratamiento.)

Otros beneficios que se pagan:

- Ambulancia: \$400 por ambulancia terrestre o \$4,000 por ambulancia aérea si un individuo cubierto requiere transporte en ambulancia a un hospital o centro de emergencia debido a una enfermedad cubierta.
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD): \$100 por cada día que una persona cubierta recibe asesoramiento por PTSD; se paga una vez al día por persona cubierta y se limita a seis días por año calendario.
- Beneficio en caso de cáncer de piel: \$500 después del diagnóstico positivo de cáncer de piel (carcinoma de piel de células basales y carcinoma escamoso) realizado por un

doctor en medicina autorizado y certificado por la Junta Americana de Patología para practicar anatomía patológica o por un patólogo osteopático basado en el examen microscópico de muestras de biopsia de piel. Este beneficio no se paga por melanoma maligno (que está cubierto por el beneficio de cáncer invasivo). Tampoco incluye ninguna afección que se considere precancerosa, como leucoplasia; queratosis actínica; carcinoma; hiperplasia; policitemia; melanoma benigno; lunares; u otras enfermedades o lesiones similares. Se paga solo una vez por individuo cada año calendario.

- Evaluación del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) o del Centro de excelencia de Walmart: cuando se evalúa para determinar el tratamiento apropiado de una enfermedad cubierta con diagnóstico previo, \$500 por evaluación; \$250 por transporte y alojamiento si el centro NCI o la instalación de los Centros de excelencia de Walmart se encuentra a más de 100 millas de su casa. Se paga una vez por cada aparición inicial o reaparición de una enfermedad cubierta.
- Beneficio de alojamiento: \$60 por día cuando un individuo cubierto recibe tratamiento para una enfermedad cubierta de forma ambulatoria en un centro de tratamiento situado a más de 100 millas del domicilio del individuo cubierto. Este beneficio está limitado a 60 días por año calendario y no se paga en caso de que el alojamiento sea por más de 24 horas antes o después del tratamiento.
- Beneficio de transporte: \$0.50 por milla para los vehículos personales, hasta \$1,500, o hasta \$1,500 para transporte de ida y vuelta para tarifas económicas en una empresa de transportes común. Se debe solicitar un medio de transporte para el tratamiento de una enfermedad grave cubierta en un hospital (atención hospitalaria o ambulatoria), centro de radioterapia, clínica oncológica o de quimioterapia, o cualquier otro centro de tratamiento especializado independiente. Si el tratamiento es para un niño con cobertura y se necesita una empresa de transporte común, se pagará el beneficio hasta dos adultos para que acompañen al niño. Este beneficio no se pagará si el individuo cubierto vive dentro de las 100 millas del lugar de tratamiento.

## Cómo nombrar a un beneficiario

Si fallece mientras tiene cobertura de seguro por enfermedades graves, sus beneficiarios recibirán cualquier beneficio adeudado en el momento de su fallecimiento. Debe nombrar a los beneficiarios que recibirán su beneficio del seguro por enfermedades graves si usted fallece. Para ello, visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea. No se aceptan formularios en papel.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

Se necesita la siguiente información para cada beneficiario que designe:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta un total de 100 %.

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Allstate Benefits no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario.

Se asignará automáticamente a usted (el asociado) como beneficiario principal de la cobertura del seguro por enfermedades graves de sus dependientes cubiertos. Si usted y su dependiente fallecen al mismo tiempo, los beneficios se pagarán como si no se hubiera designado a ningún beneficiario. Consulte **Si no nombra a un beneficiario** a continuación.

## CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se designa ningún beneficiario o el beneficiario que usted designó no le sobrevive, el pago de los beneficios que se deban a su fallecimiento se efectuará en el siguiente orden:

- Su cónyuge/pareja; si no vive, a sus
- Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
- Padres en partes iguales; si no viven, a sus
- Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
- Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Todos los cambios de beneficiario deben completarse en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

## Solicitar un seguro por enfermedad grave

Dentro de los 60 días en que se produzca o comience un accidente cubierto, debe enviar lo antes posible una notificación de reclamo a:

**Allstate Benefits**  
**Attn: Walmart Claims Unit**  
**P.O. Box 41488**  
**Jacksonville, Florida 32203-1488**

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: [AllstateBenefits.com/mybenefits](https://AllstateBenefits.com/mybenefits)  
 por teléfono: **800-514-9525**  
 Por fax: **877-423-8804**

Asegúrese de incluir la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha en que comenzó la enfermedad cubierta

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://AllstateBenefits.com/Walmart) para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Usted o su beneficiario tienen derecho a apelar un reclamo rechazado. Para obtener información, consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

## Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagará ningún beneficio por ninguna enfermedad grave que se deba o resulte directa o indirectamente de:

- Una enfermedad grave que ocurra antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura,
- Cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, o participación en disturbios, insurrección o rebeliones;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- Participación en una ocupación ilegal o intento de cometer un delito;
- Intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Encontrarse bajo los efectos de narcóticos o de cualquier sustancia química controlada a menos que se administre según recomendación de un médico;
- Participación en cualquier forma de aeronáutica excepto como pasajero que abona pasaje en una aeronave autorizada de una empresa de transportes común y que opera entre aeropuertos establecidos definitivamente; o
- Abuso de alcohol o alcoholismo, drogadicción o dependencia de cualquier sustancia controlada.

## Interrupción de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas del seguro por enfermedades graves para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con una licencia de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). El incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o una interrupción de la cobertura.

Para más detalles sobre cómo una interrupción de la cobertura puede afectarlo y sobre cómo realizar los pagos personales para continuar con la misma, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

### SI SE TOMA UNA LICENCIA DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de una licencia de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience la licencia de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo realizar los pagos durante una licencia, consulte la sección [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

## Cuándo finaliza la cobertura del seguro por enfermedades graves

Su cobertura de seguro por enfermedades graves finaliza en el momento en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

- En la fecha en la que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe en esta página)
- En la fecha en que termine su empleo
- El último día hasta el cual se pagaron las primas requeridas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- En la fecha de su fallecimiento
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar) o
- Cuando Walmart deja de ofrecer el seguro por enfermedades graves.

La cobertura del seguro por enfermedad grave para su cónyuge/ pareja finaliza en la fecha más temprana de las siguientes:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro.
- El primer día del período de pago en que su condición laboral cambia a asociado a tiempo parcial, temporal o conductor de camión a tiempo parcial.
- En la fecha en que usted y su cónyuge se separen legalmente
- En la fecha en que usted y su cónyuge se divorcien o se termine su relación de pareja, o
- Al momento del fallecimiento de su cónyuge/pareja.

La cobertura del seguro por enfermedad grave para su(s) hijo(s) dependiente(s) finaliza en la fecha más temprana de las siguientes:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro.
- En la fecha en que su hijo dependiente pierde su elegibilidad o
- Al momento del fallecimiento de su hijo elegible.

Si cancela voluntariamente la cobertura después de un evento de cambio de elección o en la Inscripción Anual, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

Después de un evento de cambio de elección: la cobertura finaliza en la fecha efectiva del evento. Para obtener más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

- En la Inscripción Anual: la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

### CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CUANDO FINALIZA

Si su cobertura del seguro por enfermedad grave finaliza como se ha descrito anteriormente (excepto por falta de pago de las primas o por fallecimiento), usted y sus dependientes cubiertos pueden seguir teniendo la cobertura del seguro por accidentes directamente de Allstate Benefits a través de la cobertura de transferibilidad. Los beneficios, los términos y las condiciones de la cobertura de portabilidad serán los mismos que los previstos en el seguro por enfermedad grave en el Plan en el momento de la terminación del empleo. Para recibir la cobertura de transferibilidad, debe informar su deseo de continuar con la cobertura a Allstate Benefits y enviar la primera prima dentro de los 60 días de la fecha después de que finalice su cobertura del seguro por enfermedades graves.

La cobertura de transferibilidad entrará en vigencia el día siguiente a la finalización de la cobertura del Plan y finalizará en la fecha más temprana de las siguientes:

- La fecha en la que usted vuelve a tener derecho a un seguro de enfermedad grave conforme al Plan.
- El último día hasta el cual se pagaron las primas requeridas, si no pagó las primas dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento de estas.
- Para sus dependientes cubiertos, en la fecha de finalización de su cobertura o en la fecha en que el dependiente deja de serlo.

Cualquier dependiente elegible que esté cubierto por un seguro de enfermedad grave en el momento en que tal cobertura finalice como consecuencia de haber alcanzado la edad máxima para tener derecho a la misma, también podrá recibir la cobertura de portabilidad bajo los términos descritos anteriormente. Para obtener información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

Las primas para la cobertura de transferibilidad se deben pagar antes de recibir la cobertura de cada mes, el primer día del mes calendario. Las primas tienen la misma tarifa que esté vigente para el seguro por enfermedades graves para los asociados activos que tengan la misma cobertura.

Para obtener más información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

## Si deja Walmart y lo contratan nuevamente

Si es usted un asociado por hora a tiempo parcial o temporal que está sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días, una sola vez y anualmente para los beneficios médicos, consulte la sección **Asociados por hora a tiempo parcial y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos** del capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para obtener detalles sobre cómo el hecho de terminar el empleo con Walmart y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o conductor de camión, consulte la sección **Si se va de Walmart y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en Walmart y volver a hacerlo afecta sus beneficios.





# Reclamos y apelaciones

Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales	276
Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad	276
Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de excelencia, dentales y de la visión	276
Proceso de apelaciones internas	279
Procedimientos de apelación especiales para los Centros de excelencia	281
Revisión voluntaria	284
Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de excelencia	285
Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, de farmacia, de Centros de excelencia, dental, de la visión y por discapacidad a corto plazo	285
Derechos de subrogación y reembolso del Plan	286
Reclamos para los beneficios y derecho a apelar decisiones sobre reducciones, reembolsos y subrogaciones	287
Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan HMO	289
Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan PPO	289
Proceso de reclamos para el seguro contra accidentes y por enfermedades graves	289
Proceso de reclamos para el seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro contra accidentes durante viajes de negocios y seguro por AD&D	291
Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad a corto plazo	293
Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad a largo plazo	297
Mis recursos de salud mental	299
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	299

# Reclamos y apelaciones

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados, tiene derecho a apelar una decisión sobre la elegibilidad y los beneficios del Plan. En este capítulo se describen el proceso y los plazos para apelar una determinación relativa a su estado de inscripción o elegibilidad o un reclamo de los siguientes beneficios que haya sido denegada parcial o totalmente: médico, farmacia, dental, de la visión, opciones del Plan HMO y PPO, discapacidad y seguro de vida, AD&D, enfermedad grave o accidente.

RECURSOS	
Encuentre lo que necesita	
Presentar un reclamo de beneficios	Para presentar reclamos médicos, farmacéuticos, dentales y de la visión, consulte su tarjeta de identificación del plan para conocer la dirección donde debe presentar su reclamo o llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Envíe sus reclamos de Centros de excelencia al administrador, tal como se indica en la tabla <b>Centros de excelencia</b> más adelante en el capítulo. Envíe los demás reclamos a los administradores de terceros del Plan o a la compañía aseguradora, si corresponde, tal como se indica más adelante en este capítulo.
Apelar un reclamo rechazado	Presente apelaciones a las direcciones y dentro de los plazos previstos en este capítulo. En su carta de rechazo inicial también se debe especificar dónde y cuándo presentar una apelación.
Apelar una decisión sobre elegibilidad con respecto a la cobertura o al estado de inscripción	<p>Escriba a:</p> <p><b>Mail Stop 3610</b>  <b>Associates' Health and Welfare Plan</b>  <b>Attn: Internal Appeals</b>  <b>508 SW 8th Street</b>  <b>Bentonville, Arkansas 72716-3610</b></p> <p>○ por fax al <b>888-715-4154</b></p> <p><b>NOTA: Debe enviar su solicitud a la dirección específica indicada anteriormente, incluida la Dirección interna. Si no envía su solicitud a esta dirección, el administrador del plan tardará en recibirla.</b></p> <p>○ bien, para apelaciones de COBRA, escriba a:  <b>WageWorks (COBRA Appeals)</b>  <b>P.O. Box 226591</b>  <b>Dallas, Texas 75222-6591</b></p>
Designar a un representante autorizado para que presente apelaciones en su nombre	Llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan o llame a Servicios al personal al <b>800-421-1362</b> para solicitar el formulario de representante autorizado del plan.

## Lo que debe saber sobre reclamos y apelaciones

- Tiene derecho a apelar una decisión de inscripción o elegibilidad desfavorable que afecte su cobertura.
- Tiene derecho a apelar una decisión de autorización previa desfavorable sobre los beneficios solicitados.
- Tiene derecho a apelar un reclamo de beneficios que se haya rechazado en su totalidad o en parte.
- Puede designar a otra parte para que realice la apelación en su nombre al completar el formulario de representante autorizado del Plan.
- Una vez que se haga una decisión final de una apelación por un reclamo médico, de farmacia o de los Centros de excelencia, usted puede tener derecho a solicitar una revisión externa independiente de la decisión si el reclamo se deniega por criterio médico o por la determinación de que el reclamo no está sujeto a las protecciones de facturación sorpresa.
- Las decisiones sobre inscripción, estado y preguntas sobre elegibilidad relacionadas con los períodos de espera de elegibilidad no son elegibles para revisiones externas, pero son elegibles para una revisión voluntaria conforme al Plan. Además, para los planes médicos, dentales y de la visión, las apelaciones rechazadas por motivos administrativos no médicos (p. ej., porque excedió los límites de visitas del Plan) son elegibles para una revisión voluntaria conforme al Plan.
- Tiene derecho a iniciar acciones legales si se rechaza un reclamo en una apelación, pero únicamente después de haber agotado los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan.
- **Debe enviar su solicitud a la dirección específica indicada anteriormente, incluida la Dirección interna. Si no envía su solicitud a esta dirección, el administrador del plan tardará en recibirla.**

## Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales

### Su reclamo debe enviarse al Plan dentro de los 18 meses.

A menos que se especifique lo contrario en el capítulo que describe el beneficio correspondiente, o en este capítulo, los reclamos iniciales de beneficios conforme al Plan se deben presentar dentro de los 18 meses a partir de la fecha de servicio u otra fecha en la que surja el derecho a reclamar por primera vez. Debido a que los procedimientos para presentar un reclamo o una apelación varían de acuerdo con los diferentes planes de beneficios y administradores de terceros, consulte la sección correspondiente de este capítulo para obtener información detallada.

### Debe cumplir todos los plazos de reclamo y apelación y “agotar” sus recursos administrativos antes de poder emprender otras acciones legales.

Debe completar los procesos de reclamos y apelaciones requeridos que se describen en el capítulo titulado **Reclamamos y apelaciones** antes de que inicie una acción legal o, en el caso de ciertos reclamos médicos, farmacéuticos, dentales o de Centros de excelencia, antes de solicitar una revisión externa. No puede iniciar acciones legales por los beneficios si el reclamo o la apelación inicial no se realizan dentro de los plazos establecidos en los procedimientos descritos en este capítulo. Puede designar a otra parte para que realice un reclamo o apelación en su nombre al completar el formulario de representante autorizado del Plan.

**Tiene un tiempo limitado para presentar una demanda en reclamo de beneficios.** Si ha efectuado todos los reclamos y apelaciones requeridos y desea presentar una demanda, las acciones legales por beneficios deben iniciarse dentro de los 180 días después de la decisión final sobre una apelación (ya sea que dicha decisión haya sido tomada por el Plan o por los responsables de la revisión externa). No puede iniciar acciones legales una vez que finalice el período de 180 días. Si solicita una revisión voluntaria o una revisión externa, si corresponde, el tiempo que lleva la revisión voluntaria o la revisión externa no perjudicará los 180 días de los que dispone para iniciar acciones legales. No obstante, no es necesario que solicite que el Plan realice una revisión voluntaria o que se realice una revisión externa de la decisión sobre la apelación antes de iniciar acciones legales.

## NO SE PUEDEN CEDER LOS BENEFICIOS

No puede ceder sus derechos legales, como el derecho a presentar una apelación, el derecho a solicitar copias de determinados documentos relacionados con el Plan, el derecho a presentar cualquier tipo de acción judicial en su nombre, incluidos, entre otros, las acciones judiciales para el pago de los beneficios, el derecho a presentar una acción judicial por incumplimiento de las obligaciones fiduciarias, el derecho a presentar una acción judicial para obtener una reparación equitativa, o el derecho a presentar una acción judicial para recuperar cualquier sanción legal, o sus derechos a cualquier pago en virtud de este Plan. No obstante, el Plan puede optar por remitir los pagos de beneficios directamente a los proveedores de atención médica respecto de los servicios cubiertos, pero solo para su comodidad y únicamente si autoriza al Plan a hacerlo. En virtud de este Plan, los proveedores de atención de la salud no son “participantes” ni “beneficiarios”, ni se deberán considerar como tal, y no tienen derecho a recibir los beneficios del Plan ni a iniciar acciones legales o apelaciones en nombre de (o en lugar de) usted o sus dependientes cubiertos en ninguna circunstancia.

## Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad

Esta sección describe el proceso de apelación que se aplica a las determinaciones de inscripción y elegibilidad, incluso si usted ha cumplido con los períodos de espera aplicables para que la cobertura sea efectiva. Para obtener detalles específicos sobre la solicitud de una exención del período de espera de 12 meses para los servicios de trasplante, consulte la sección **Procedimientos de apelación especiales para los Centros de excelencia** de este capítulo. El AMP no permite la exención del período de espera de 12 meses aplicable a la cirugía de pérdida de peso.

Si no está de acuerdo con la determinación del Administrador del Plan en cuanto a su estado de inscripción o elegibilidad, tiene 365 días a partir del evento de inscripción de elegibilidad para apelar por escrito a Beneficios Totales de Recompensas, con atención a Apelaciones Interna, a la dirección que figura en la tabla **Recursos** al comienzo de este capítulo.

Los participantes de COBRA deben enviar la apelación, por escrito, a WageWorks a la dirección que figura en la tabla **Recursos** al comienzo de este capítulo.

Su apelación se procesará dentro de los 60 días a partir de la fecha de recepción (30 días en el caso de las apelaciones de COBRA), a menos que se necesite una prórroga.

El período de 60 días se puede extender si se determina que es necesaria una prórroga por situaciones ajenas al Plan. Si se requiere una prórroga o información adicional, se lo notificarán antes de que finalice el período de 60 días.

Las apelaciones por decisiones sobre inscripción o elegibilidad no reúnen los requisitos para someterse a revisiones externas, pero sí para someterse a revisiones voluntarias. Consulte la sección **Revisión voluntaria** más adelante en este capítulo.

## Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de excelencia, dentales y de la visión

En esta sección, se describe el proceso de reclamos que se seguirá solamente para los siguientes beneficios:

- Beneficios médicos, de farmacia y de Centros de excelencia, excepto para los planes HMO y PPO; consulte **Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan HMO** y **Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan PPO** más adelante en este capítulo
- Beneficios dentales (a través de Delta Dental)
- Beneficios de la visión (a través de VSP) y
- Cancelación de la cobertura con una fecha de entrada en vigencia retroactiva, excepto cuando se deba a que no se pagaron puntualmente las contribuciones o primas obligatorias.

Si en forma voluntaria decide notificar previamente al administrador de terceros (“TPA”) sobre un servicio médico programado antes de recibir el tratamiento, y no se requiere la autorización previa para el servicio médico, la respuesta del administrador de terceros no es vinculante en el Plan y no se encuentra sujeta a apelación. Sin embargo, si las condiciones o políticas del Plan, tal como las aplica su administrador de terceros, requiere que usted o su proveedor autoricen previamente los servicios y su solicitud de autorización previa

es rechazada, esa decisión está sujeta a apelación. Consulte el capítulo [El Plan Médico](#) para obtener más información sobre las disposiciones de notificación previa voluntaria y de autorización previa obligatoria. Si desea averiguar si un servicio requiere autorización previa, comuníquese con su administrador de terceros.

Consulte los respectivos capítulos en ese Libro de Beneficios para Asociados para obtener información adicional sobre cómo presentar su reclamo inicial. En muchos casos, los reclamos iniciales serán presentados en su nombre por su proveedor de atención de la salud. Los reclamos iniciales serán determinados por el TPA que figura en la siguiente tabla. A estos TPA se les ha delegado la autoridad para hacer determinaciones acerca de los reclamos. En algunos casos, el TPA puede contratar a una parte externa para hacer determinaciones acerca de los reclamos.

## PERÍODOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS

El plazo de determinación de su reclamo depende del tipo de reclamo que presente.

**Reclamos anteriores al servicio.** Consulte la sección [Autorización previa](#) del capítulo [El Plan Médico](#) correspondiente a los servicios que requieren autorización previa. También debe consultar a su TPA para determinar si se requiere autorización previa para un servicio. Si se requiere autorización previa para un servicio

específico, usted o su proveedor deben presentar una solicitud de aprobación para ese servicio antes de recibir el tratamiento, de lo contrario, es posible que no se pague su solicitud. Estos se llaman reclamos “anteriores al servicio”.

**Reclamos de atención de urgencia.** Si su reclamo anterior al servicio es urgente, entonces se decidirá según los plazos correspondientes a la atención de reclamos de urgencia. Un reclamo es urgente si su determinación según un plazo normal podría poner en peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar el máximo de las funciones vitales o, según la opinión de un médico que conoce la afección médica, lo sometería a usted a un dolor intenso que no podría aliviarse en forma adecuada sin los cuidados o sin el tratamiento que son el motivo del reclamo.

**Reclamos posteriores al servicio.** Si presenta un reclamo después de haber recibido los servicios, su reclamo se considera un reclamo posterior al servicio. Si su reclamo surge cuando hay una reducción en la atención actual, su reclamo es un reclamo de atención concurrente.

**Reclamos de atención concurrente.** Si su reclamo surge cuando hay una reducción de la atención en curso, como una reducción de la duración de una internación previamente aprobada o una reducción del número de sesiones de fisioterapia previamente aprobadas, o si solicita una extensión de un tratamiento en curso, su reclamo se considera un “reclamo de atención concurrente”.

### ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS: MÉDICOS, DE FARMACIA, ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS DE RUTINA

<b>Médico</b>	<p><b>Su administrador de terceros (TPA)</b></p> <p><b>Plan Premier, Contribution y Saver y beneficios de formación de familia conforme al programa de los Centros de excelencia</b> (vea su tarjeta de identificación del plan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aetna Life Insurance Company (Aetna)*</li> <li>• BlueAdvantage Administrators of Arkansas (BlueAdvantage)*</li> <li>• UMR</li> </ul> <p><b>OPCIONES DE PLANES LOCALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan local Mercy Arkansas—UMR</li> <li>• Plan local Banner, Aetna</li> </ul> <p>*Si su TPA es Aetna o BlueAdvantage y su lugar de trabajo está en AL, AK, AZ, CO, IL, IN, IA, KY, MN, MO, NC, SC, TN, VA, WV o WI, los reclamos previos al servicio pueden ser determinados por Included Health o un tercero en nombre de Included Health. No obstante, debe ponerse en contacto con su TPA para cualquier solicitud antes del servicio (“autorización previa”).</p>
<b>Farmacia</b>	OptumRx
<b>Dental</b>	Delta Dental
<b>De la vista</b>	VSP

### ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS: CENTROS DE EXCELENCIA

**NOTA:** Si está inscrito en un plan local, comuníquese con su asesor de atención médica para que se lo dirija al administrador correspondiente.

<b>Cirugía cardíaca</b>	Contigo Health
<b>Revisión de la historia clínica de cáncer</b>	HealthSCOPE Benefits
<b>Revisión de la historia clínica de la diálisis renal ambulatoria o de la ESRD</b>	HealthSCOPE Benefits
<b>Tratamiento y servicios para la formación de familia</b>	Su administrador de terceros (TPA)
<b>Reemplazo de cadera y rodilla</b>	Contigo Health
<b>Cirugía de columna</b>	Contigo Health
<b>Trasplante</b>	HealthSCOPE Benefits
<b>Cirugía para la pérdida de peso</b>	Contigo Health

La tabla de la página siguiente [Procesos y plazos de reclamos](#) muestra los plazos para establecer determinaciones para estos tipos de reclamos.

## PROCESOS Y PLAZOS DE RECLAMOS

### Reclamos urgentes

Todo reclamo de atención de la salud o tratamiento para los cuales su determinación según un plazo normal podría poner en peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar el máximo de las funciones vitales o, según la opinión de un médico que conoce la afección médica, lo sometería a usted a un dolor intenso que no podría aliviarse en forma adecuada sin los cuidados o sin el tratamiento que son el motivo del reclamo.

Se le notificará lo antes posible teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero a más tardar a las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo. La notificación se enviará independientemente de que el reclamo sea aprobado o rechazado.

Se le puede notificar verbalmente, en cuyo caso se proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres días posteriores a la notificación verbal. Si se determina que el reclamo urgente está incompleto, recibirá una notificación a este efecto dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo y, a partir de entonces, tendrá 48 horas para proporcionar información adicional.

Si solicita una extensión de los beneficios de atención de urgencia más allá del período determinado inicialmente y si hace la solicitud por lo menos 24 horas antes de que se venza la determinación original, se lo notificará dentro de las 24 posteriores a la recepción del pedido.

### Reclamos anteriores al servicio

Reclamo de servicios aún no prestados y para los cuales el Plan requiere autorización previa.

Si su reclamo anterior al servicio se presenta correctamente, se enviará una determinación de reclamo dentro de un plazo razonable apropiado para las circunstancias médicas, pero a más tardar a los 15 días de recibido el reclamo.

Si se necesita una extensión debido a asuntos que el Plan no puede controlar, este período se puede extender 15 días. Recibirá una notificación antes de la extensión que indica las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el plan espera presentar una determinación. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. El Plan luego tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que el Plan reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

Si su reclamo anterior al servicio se presenta incorrectamente, se le notificará dentro de los cinco días posteriores a la recepción del reclamo.

### Reclamos posteriores al servicio

Reclamo de servicios ya prestados o para los cuales el Plan no requiere autorización previa.

Se enviará una notificación de rechazo de un reclamo posterior al servicio dentro de un plazo razonable, pero a más tardar a los 30 días de recibido el reclamo.

Si se necesita una extensión debido a asuntos que el Plan no puede controlar, este período se puede extender 15 días. Recibirá una notificación antes de la extensión que indica las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el plan espera presentar una determinación. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. El Plan luego tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que el Plan reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

### Reclamos de atención concurrente

Un reclamo relacionado con una reducción de servicios en curso o una solicitud de extensión de un tratamiento en curso.

Se le notificará con anticipación sobre cualquier decisión relacionada con la reducción o la cancelación de la cobertura de la atención actual para que pueda apelar la decisión y obtener una determinación antes de que la cobertura se reduzca o cancele, a menos que dichas acciones se deban a que se modificó o canceló el Plan.

## NOTIFICACIÓN DE RECHAZO DE RECLAMO

Si su reclamo es rechazado, dicho rechazo incluirá la siguiente información:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Información relacionada con los plazos para la apelación;
- Una descripción de la información adicional necesaria para contemplar su reclamo y los motivos por los cuales dicha información es necesaria;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitaciones similares, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite); y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

Para beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de excelencia y de la visión, el rechazo también incluirá:

- Información suficiente para identificar el reclamo, incluida (si corresponde) la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y el monto del reclamo;
  - Si lo solicita por escrito, el Plan le suministrará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus correspondientes significados) asociados a un reclamo o una apelación rechazados.
- El código del rechazo y su significado
- Una descripción de la norma del Plan para rechazar el reclamo
- Información sobre apelaciones internas y externas disponibles, incluido cómo iniciar una apelación, e
- Información de contacto de la correspondiente oficina de asistencia para el consumidor de seguros de salud o defensor del consumidor que lo asistirá en el proceso de apelaciones internas y externas.

## ALGUNOS TIPOS DE CONFLICTOS DE PAGO NO SON “RECHAZOS” DE RECLAMOS

No todas las situaciones en las que exista un conflicto de pago entre el Plan y su proveedor de atención de la salud se considerarán un reclamo de beneficios en virtud de los procedimientos de reclamos que dan lugar a una notificación de rechazo o a un derecho de apelación. Si una decisión se limita a

una cuestión sobre el importe que el Plan debe a un proveedor y no afecta el importe que usted puede deber al proveedor, el conflicto generalmente no entrará en estos procedimientos. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando un proveedor de la red reclama el importe negociado pagado por el administrador de la red subcontratado o cuando un proveedor fuera de la red reclama un pago del administrador de la red subcontratado con respecto a un servicio por el que el proveedor tiene prohibido, según la ley estatal o federal, facturarle a usted el saldo de los importes no pagados. El proveedor puede reclamar por separado este pago al administrador de la red subcontratado o al Plan, pero no constituye un reclamo de sus beneficios del Plan en virtud de estos procedimientos.

## Proceso de apelaciones internas

### CÓMO APELAR UN RECLAMO QUE SE RECHAZÓ DE FORMA PARCIAL O TOTAL

Si se rechaza un reclamo presentado por usted (o en su nombre), puede solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere su apelación, esta debe:

- Presentarse por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse dentro de los 365 días posteriores a la fecha del rechazo inicial (para reclamos médicos, de Centros de excelencia y dental) o 180 días (para reclamos farmacéuticos y de la visión);
- Contener cualquier información o documentación que usted desea que se tome en consideración.

Si su apelación implica un reclamo urgente, comuníquese con su TPA (administrador de terceros) para obtener información acerca de cómo presentar la apelación en forma oral.

Aetna, OptumRx y VSP permiten dos apelaciones (es decir, dos niveles de revisión). La segunda apelación debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del rechazo de la primera. Todos los otros TPA tienen un nivel de apelación.

Al realizar una apelación, debe enviar por escrito su solicitud para la revisión del reclamo inicial al TPA que administra sus reclamos, tal como se indica en la tabla a continuación, o según se indique lo contrario en la carta de denegación.



El aviso de denegación de la solicitud proporcionará información específica sobre cómo apelar una solicitud denegada.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LAS APELACIONES

<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	
<p>(Incluye los servicios realizados en un Centro de excelencia pero que no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia)  <i>Si no puede localizar la dirección para las apelaciones en el aviso de denegación del reclamo, llame a su TPA al número que aparece a continuación. Consulte su tarjeta de identificación del plan para saber el nombre de su TPA.</i></p>	
<b>Aetna</b>	<p><b>855-548-2387</b>  <b>800-525-6257</b> (área metropolitana de Chicago y sur de FL)  <b>833-554-1544</b> (AZ, TN, MN, CO)  <b>800-626-9170</b> (GA, OH)</p>
<b>BlueAdvantage</b>	<b>866-823-3790</b>
<b>UMR (Planes Premier, Contribution y Saver)</b>	<b>855-870-9177</b>
<b>UMR (Plan local Mercy)</b>	<b>800-804-1272</b>
<b>SERVICIOS DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA</b>	
<p><i>Tenga en cuenta que existe un proceso especial de reclamos y apelaciones para determinados beneficios de los Centros de excelencia. Consulte los detalles más adelante en este capítulo.</i></p>	
<p><b>Contigo Health</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cardíaca</li> <li>• Cirugía de columna</li> <li>• Reemplazo de cadera y rodilla</li> <li>• Cirugía para la pérdida de peso</li> </ul>	<p><b>Contigo Health</b>  <b>Centers of Excellence: Walmart Attn: Appeals Coordinator</b>  <b>300 Executive Pkwy Ste 100</b>  <b>Hudson, Ohio 44236</b></p>
<p><b>HealthSCOPE Benefits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía para la pérdida de peso en el Plan Local Mercy AR</li> <li>• Revisión de los expedientes de cáncer</li> <li>• Revisión de los registros de riñón/enfermedad renal en etapa terminal</li> <li>• Apelaciones por trasplante en Mayo Clinic</li> </ul>	<p><b>HealthSCOPE Benefits</b>  <b>P.O. Box 2359</b>  <b>Little Rock, Arkansas 72203</b></p>
<p><b>Su administrador de terceros (TPA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento y servicios para la formación de familia</li> </ul>	Vea su tarjeta de identificación del plan
<b>FARMACIA</b>	
<b>OptumRx</b>	<p><b>OptumRx</b>  <b>Attn: Appeals Coordinator</b>  <b>P.O. Box 2975</b>  <b>Mission, Kansas 66201</b></p>
<b>DENTAL</b>	
<b>Delta Dental of Arkansas</b>	<p><b>Delta Dental of Arkansas Appeals Committee</b>  <b>P.O. Box 15965</b>  <b>Little Rock, Arkansas 72231-5965</b></p>
<b>DE LA VISTA</b>	
<b>VSP</b>	<p><b>VSP</b>  <b>Member Appeals</b>  <b>3333 Quality Drive</b>  <b>Rancho Cordova, California 95670</b></p>



**NOTA:** Algunos tipos de beneficios ofrecidos a través de los Centros de excelencia, incluidos los trasplantes, la cirugía de columna y el reemplazo de cadera y rodilla, están sujetos a procedimientos de apelación especiales, como se describe más adelante en este capítulo. Si desea apelar una decisión relacionada con un beneficio ofrecido a través de una de las instalaciones de los Centros de excelencia, consulte dichos procedimientos.

Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su reclamo inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Lo que significa que la apelación será una determinación independiente con respecto al reclamo. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. El TPA, en nombre del Plan, le proporcionará toda prueba nueva o adicional o los fundamentos considerados



en el marco de su reclamo, con tiempo suficiente antes de la fecha de la determinación de las apelaciones, a fin de darle una oportunidad razonable de responder.

Si su reclamo involucra una cuestión de criterio médico, el Plan consultará a un profesional de atención de la salud calificado con la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Cuando lo solicite, el Plan le proporcionará la identificación de todo experto médico cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en conexión con su apelación.

La decisión final sobre una apelación se tomará dentro de los plazos especificados en el cuadro que se encuentra a continuación, según el tipo de reclamo:

PROCESO Y PLAZOS DE APELACIONES	
<b>Reclamos urgentes</b>	Se le notificará la determinación lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero antes de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo (36 horas para cada una de las dos apelaciones de Aetna O Optum ).
<b>Reclamos anteriores al servicio</b>	Se le notificará la determinación dentro de un plazo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero antes de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo (15 días para cada una de las dos apelaciones de Aetna o Optum).
<b>Reclamos posteriores al servicio</b>	Se le notificará la determinación dentro de un plazo razonable, pero antes de los 60 días posteriores a la recepción del reclamo (30 días para cada una de las dos apelaciones de Aetna, Optum o VSP).

Si su reclamo se rechaza en la apelación, recibirá una notificación de rechazo que incluirá:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando lo solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite)
- Una descripción de cualquier procedimiento de revisión voluntario disponible; y

- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

Para beneficios médicos, farmacéuticos y de Centros de excelencia, el rechazo también incluirá lo siguiente:

- Información suficiente para identificar el reclamo, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y el monto del reclamo (si corresponde)
  - Si lo solicita por escrito, el Plan le suministrará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus correspondientes significados) asociados a un reclamo o una apelación rechazados.
- El código del rechazo y su significado
- Una descripción de la norma del Plan para rechazar el reclamo
- Información sobre apelaciones internas y externas disponibles, incluido cómo iniciar una apelación, e
- Información de contacto de la correspondiente oficina de asistencia para el consumidor de seguros de salud o defensor del consumidor que lo asistirá en el proceso de apelaciones internas y externas.

## Procedimientos de apelación especiales para los Centros de excelencia

Los beneficios para trasplantes, cirugía de columna vertebral, sustitución de cadera y rodilla en el marco del programa de los Centros de excelencia, o para renunciar al periodo de espera de 12 meses (cuando proceda) están sujetos a procedimientos especiales de reclamo y apelación. Estos procedimientos especiales se describen a continuación. Si está presentando una solicitud de excepción o una apelación por el rechazo de un reclamo relacionado con uno de estos beneficios, revise atentamente estos procedimientos.

### BENEFICIOS DE TRASPLANTE: SOLICITE UNA EXENCIÓN DEL PERIODO DE ESPERA DE 12 MESES

**NOTA:** Tal y como se indica en las secciones **Centros de excelencia** y **Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP** del capítulo **El Plan Médico**, los servicios de trasplante de córnea e intestino no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia, pero pueden ser servicios cubiertos según las condiciones del AMP que sean aplicables. Para todos los servicios de trasplante (aquellos cubiertos por el programa de los Centros de excelencia y aquellos cubiertos por las condiciones del AMP que se apliquen de otro modo), debe estar inscrito en el AMP durante al menos 12 meses antes de tener derecho recibir los beneficios. En cuanto al periodo de espera de 12 meses únicamente, los procedimientos para solicitar una exención del periodo de espera descritos en esta sección se aplican a todos los servicios de trasplante, incluidos los de córnea e intestino, a pesar de que los servicios de trasplante de córnea e intestino no están cubiertos por el programa de los Centros de excelencia.

Si el médico de tratamiento certifica que, sin el trasplante, la muerte del individuo es inminente dentro de 48 horas, es posible anular el periodo correspondiente de espera de 12 meses para los beneficios de trasplante. Debe presentar una solicitud de autorización previa para solicitar esta exención.

Envíe su solicitud y la documentación de respaldo a:

Por correo electrónico: [ghappeal@wal-mart.com](mailto:ghappeal@wal-mart.com)  
 Por fax: **888-715-4154**  
 Por correo postal: **Mail Stop 3610–  
 Benefits Total Rewards Team  
 Attn: Internal Appeals  
 508 SW 8th Street  
 Mail Stop #3610  
 Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Su solicitud se considerará como un reclamo urgente o anterior al servicio. Consulte la tabla [Proceso y plazos de apelaciones](#) anteriormente en este capítulo para obtener información detallada sobre los plazos en los cuales el Administrador del Plan le notificará acerca de su determinación en respuesta a su solicitud.

## SERVICIOS DE TRASPLANTE: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA RED PARA LA COBERTURA FUERA DEL PROGRAMA DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

Tal como se describió en el capítulo [El Plan Médico](#), todos los receptores de trasplantes conforme al programa de los Centros de excelencia se deben someter a un examen previo al trasplante en Mayo Clinic. Mayo Clinic recomendará servicios de trasplante en Mayo Clinic. Puede solicitar una excepción para que le realicen un trasplante en un centro que no sea Mayo Clinic. Si se concede la excepción, el AMP pagaría los servicios de trasplante cubiertos bajo condiciones que de otra forma fuesen aplicables. En esta sección se describen los procedimientos que debe seguir para solicitar una excepción para que el AMP pague los servicios de trasplante cubiertos en un centro distinto al de Mayo Clinic, según las condiciones aplicables.

### Solicitud de excepción previa al servicio para someterse a un trasplante en un centro que no sea Mayo Clinic

Puede presentar una solicitud de excepción previa al servicio (un reclamo "previo al servicio") para recibir un trasplante en un centro distinto a Mayo Clinic y hacer que el AMP pague los beneficios de los servicios cubiertos según las condiciones aplicables de otro modo, en el caso de que exista un riesgo significativo de que el viaje a Mayo Clinic pueda provocar la muerte, cuando Mayo Clinic determine que no recomendará ni realizará un trasplante porque no es un tratamiento médico adecuado o porque usted no es un candidato apropiado, o cuando Mayo Clinic no recomienda que los servicios de trasplante de médula ósea, células madre o células T con CAR sean médicamente necesarios antes del período de espera de 12 meses.

Envíe su solicitud de excepción previa al servicio por escrito a:

Por correo electrónico: [ghappeal@wal-mart.com](mailto:ghappeal@wal-mart.com)  
 Por fax: **888-715-4154**  
 Por correo postal: **Mail Stop 3610–  
 Benefits Total Rewards Team  
 Attn: Internal Appeals  
 508 SW 8th Street  
 Mail Stop #3610  
 Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Una Organización de Revisión Independiente designada por el Administrador del Plan examinará su solicitud. La Organización de Revisión Independiente no incluirá asociados de Walmart, Mayo Clinic ni un TPA del Plan. La Organización de Revisión

Independiente revisará los expedientes médicos relevantes que revisó o generó Mayo Clinic, y el resto de los materiales que usted presente. También considerará suafección, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que el trasplante tendría.

Si va a presentar una solicitud de excepción previa al servicio por los servicios prestados en otra instalación diferente de Mayo Clinic porque existe un riesgo importante que indique que el traslado a Mayo Clinic podría provocar la muerte, debe presentarlo cuanto antes. Si va a presentar una solicitud de excepción previa al servicio debido a que Mayo Clinic determinó que el trasplante no es un tratamiento médico adecuado, el Plan debe recibir su solicitud en el plazo de 120 días calendario a partir del rechazo inicial del trasplante por Mayo Clinic.

Si la solicitud es urgente, la Organización de Revisión Independiente tomará su determinación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud (de lo contrario, la Organización de Revisión Independiente tomará su determinación dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud). Si se determina que la solicitud de excepción previa al servicio urgente está incompleta, recibirá una notificación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de dicha solicitud y tendrá 48 horas para proporcionar información adicional.

En lo que respecta a las solicitudes no urgentes, la fecha límite para decidir la solicitud puede extenderse 15 días y la Organización de Revisión Independiente enviará una notificación que explique dicha extensión, si es necesario. Si es necesaria una extensión para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que la Organización de Revisión Independiente reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

### Apelación interna de la denegación de una solicitud de excepción previa al servicio para someterse a un trasplante en un centro que no sea Mayo Clinic

Si su solicitud de excepción previa al servicio se deniega, dispondrá de 180 días para apelar la denegación y solicitar a una Organización de Revisión Independiente que realice una revisión interna de la misma. El aviso de denegación proporcionará información sobre cómo solicitar una apelación.

O bien, puede enviar su apelación a:

Por correo electrónico: [ghappeal@wal-mart.com](mailto:ghappeal@wal-mart.com)  
 Por fax: **888-715-4154**  
 Por correo postal: **Mail Stop 3610–  
 Benefits Total Rewards Team  
 Attn: Internal Appeals  
 508 SW 8th Street  
 Mail Stop #3610  
 Bentonville, Arkansas 72716-3610**

La Organización de Revisión Independiente resolverá la apelación. La Organización de Revisión Independiente no incluirá asociados de Walmart, Mayo Clinic ni un TPA del Plan. Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su solicitud de excepción

previa al servicio inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Lo que significa que la apelación será una determinación independiente con respecto a la solicitud inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su solicitud.

La Organización de Revisión Independiente tomará una decisión sobre una solicitud de apelación urgente dentro de las 72 horas y de una apelación no urgente dentro de los 30 días de recibirla.

Si su apelación interna se deniega, puede apelar al proceso de apelación externa que se describe más adelante en este capítulo si la denegación se basó en el criterio médico.

Los trasplantes de córnea y de intestino se decidirán de acuerdo con los procedimientos regulares de reclamo y apelación médica que se describieron anteriormente en este capítulo.

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PRÓTESIS DE CADERA Y RODILLA: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA RED PARA LA COBERTURA FUERA DEL PROGRAMA DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

Tal como se describe en el capítulo [El Plan Médico](#), la cirugía de columna y el reemplazo de cadera y rodilla que son elegibles para realizarse en una instalación de los Centros de excelencia deben tener autorización previa por el administrador del programa y se deben llevar a cabo a una instalación de los Centros de excelencia a fin de que se paguen los beneficios cubiertos del Centro de excelencia. Puede solicitar una excepción para que le realicen una intervención en un centro que no sea un Centro de excelencia. Si se concede la excepción, el AMP pagaría los servicios cubiertos bajo condiciones que de otra forma fuesen aplicables. En esta sección se describen los procedimientos para solicitar una excepción para que el AMP pague los servicios cubiertos realizados en un centro que no sea un Centro de excelencia en las condiciones aplicables.

### Solicitud de excepción previa al servicio para recibir servicios de un centro no perteneciente a los Centros de excelencia

Puede presentar una solicitud de excepción previa al servicio (un reclamo “previo al servicio”) para el AMP para pagar los beneficios para los servicios cubiertos facilitados en una instalación que no sea de los Centros de excelencia conforme a los términos que de otra forma serían aplicables si existe un riesgo importante que indique que el traslado podría provocar una parálisis o la muerte o si la instalación del Centro de excelencia determina que el procedimiento no es un tratamiento médico adecuado o que el paciente no es un candidato adecuado para someterse a la cirugía.

Envíe por escrito su solicitud de excepción previa al servicio solicitado para la cirugía de columna o de reemplazo de cadera o rodilla a:

**Centers of Excellence: Walmart**  
**Attn: Appeals Coordinator**  
**300 Executive Pkwy Ste 100**  
**Hudson, Ohio 44236**

Contigo Health, el administrador de los Centros de excelencia para la cirugía de columna vertebral y el reemplazo de cadera y rodilla, considerará sus solicitudes de excepción previa al servicio. Contigo Health utilizará una Organización de Revisión Independiente que no incluirá a ningún asociado de Walmart ni ninguna instalación de los Centros de excelencia para la cirugía de columna ni el reemplazo de cadera o rodilla, o un TPA del Plan. La Organización de Revisión Independiente revisará los expedientes médicos pertinentes que revisó o generó el correspondiente Centro de excelencia, y todo otro material que usted presente, y considerará varios factores, entre los que se incluyen su afección, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que tendría el procedimiento quirúrgico.

Si va a presentar una solicitud de excepción anterior al servicio para los servicios en una instalación que no pertenezca a los Centros de excelencia porque existe un riesgo importante que indique que el traslado podría provocar una parálisis o la muerte, debe presentarlo cuanto antes. Si va a presentar una solicitud de excepción anterior al servicio porque una instalación de los Centros de excelencia determinó que la cirugía no es un tratamiento médico adecuado, el Plan debe recibir su reclamo dentro de los 120 días calendario luego del rechazo inicial por parte de la instalación de los Centros de excelencia.

Si la solicitud de excepción anterior al servicio reclamo es urgente, la Organización de Revisión Independiente diseñada por Contigo Health tomará su determinación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo (de lo contrario, la Organización de Revisión Independiente tomará su determinación dentro de los 15 días posteriores a la recepción del reclamo). Si se determina que la solicitud de excepción previa al servicio urgente está incompleta, recibirá una notificación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de dicha solicitud y tendrá 48 horas para proporcionar información adicional.

En lo que respecta a los reclamos no urgentes, la fecha límite para decidir el reclamo puede extenderse 15 días, y Contigo Health enviará una notificación que explique dicha extensión. Si es necesaria una extensión para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que Contigo Health reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

## Solicitud de excepción posterior al servicio para recibir servicios de un centro que no sea uno de los Centros de excelencia

Si ya recibió tratamiento quirúrgico debido a que sus circunstancias exigían una cirugía inmediata, sin la cual podría haber muerto o sufrido una parálisis, puede solicitar que el AMP pague los beneficios para los servicios cubiertos que recibió en una instalación que no pertenece a los Centros de excelencia bajo términos que de otra forma estarían cubiertos (un reclamo “posterior al servicio”).

Envíe su solicitud por escrito para obtener una excepción posterior al servicio a los términos de cobertura del Plan para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla a:

Por correo electrónico: [ghappeal@wal-mart.com](mailto:ghappeal@wal-mart.com)  
 Por fax: **888-715-4154**  
 Por correo postal: **Mail Stop 3610–  
 Benefits Total Rewards Team  
 Attn: Internal Appeals  
 508 SW 8th Street  
 Mail Stop #3610  
 Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Una Organización de Revisión Independiente designada por el Administrador del Plan examinará su solicitud de excepción posterior al servicio. La Organización de Revisión Independiente no incluirá a los asociados de Walmart, a la instalación de los Centros de excelencia para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla, ni al TPA del Plan. La Organización de Revisión Independiente revisará los expedientes médicos pertinentes que revisó o generó el correspondiente Centro de excelencia, y todo otro material que usted presente, y considerará varios factores, entre los que se incluyen su afección, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que tendría el procedimiento quirúrgico.

Debe presentar su solicitud de excepción dentro de los 120 días calendario luego de la fecha de servicio.

Si presenta una solicitud de excepción posterior al servicio, la Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de dicha solicitud posterior al servicio. La fecha límite para decidir el reclamo puede extenderse 15 días y la Organización de Revisión Independiente enviará una notificación que explique dicha extensión, si es necesario. Si es necesaria una extensión para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que la Organización de Revisión Independiente reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

## Apelación interna de la denegación de una solicitud de excepción previa o posterior al servicio para recibir servicios de una instalación no perteneciente a los Centros de excelencia

Si su solicitud se rechaza (ya sea un reclamo anterior al servicio considerado por Contigo Health o un reclamo posterior al servicio considerado por una Organización de Revisión Independiente), tendrá 180 días para apelar el rechazo que una Organización de Revisión Independiente realice una revisión interna del rechazo. El aviso de denegación proporcionará información sobre cómo solicitar una apelación.

O bien, puede enviar su apelación a:

Por correo electrónico: [ghappeal@wal-mart.com](mailto:ghappeal@wal-mart.com)  
 Por fax: **888-715-4154**  
 Por correo postal: **Mail Stop 3610–  
 Benefits Total Rewards Team  
 Attn: Internal Appeals  
 508 SW 8th Street  
 Mail Stop #3610  
 Bentonville, Arkansas 72716-3610**

La Organización de Revisión Independiente resolverá la apelación. La Organización de Revisión Independiente no incluirá a los asociados de Walmart, a la instalación de los Centros de excelencia para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla, ni al TPA del Plan. Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su solicitud de excepción inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Lo que significa que la apelación será una determinación independiente con respecto a la solicitud inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su solicitud.

La Organización de Revisión Independiente decidirá si la solicitud necesita una apelación urgente de una solicitud de excepción anterior al servicio dentro de las 72 horas luego de la recepción, una apelación no urgente de una solicitud de excepción anterior al servicio dentro de los 30 días luego de la recepción y una apelación de una solicitud de excepción posterior al servicio dentro de los 60 días luego de la recepción.

Si su apelación interna se deniega, puede apelar al proceso de apelación externa que se describe más adelante en este capítulo si la denegación se basó en el criterio médico.

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## Revisión voluntaria

En las siguientes situaciones, usted puede solicitar una revisión voluntaria de una apelación rechazada. La revisión voluntaria es opcional. *No está obligado a solicitar una revisión voluntaria para que se considere que ha agotado los recursos administrativos.*

### CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN QUE FUE RECHAZADA: DETERMINACIONES DE ESTADO DE INSCRIPCIÓN O DE ELEGIBILIDAD (INCLUIDA LA LEY COBRA)

Si tiene información adicional que no figuraba en su apelación, puede pedir una revisión voluntaria de la decisión sobre su apelación dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de rechazo de la apelación. Los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su apelación se aplican por lo general a este nivel de revisión voluntario.

Envíe una solicitud de apelación voluntaria por escrito sobre el estado de la inscripción o de elegibilidad a:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**

**Attn: Voluntary Appeals**

**508 SW 8th Street**

**Mail Stop #3610**

**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

○ por fax al **888-715-4154**

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN RECHAZADA POR RAZONES ADMINISTRATIVAS: APELACIONES MÉDICAS, DENTALES Y DE LA VISIÓN

Usted puede solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre su apelación de un reclamo de beneficio médico, dental o de la visión si la apelación fue rechazada por un motivo administrativo, tal como un exceso de la cantidad de visitas permitidas, y no por un motivo de criterio médico. Usted debe presentar su solicitud dentro de 180 días a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su apelación se aplican por lo general a este nivel de revisión voluntario.

Envíe una solicitud de apelación voluntaria por escrito por rechazo administrativo a:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**

**Attn: Voluntary Appeals**

**508 SW 8th Street**

**Mail Stop #3610**

**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

○ por fax al **888-715-4154**

## Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de excelencia

Puede tener derecho a apelar de nuevo su reclamo en un proceso de revisión externa independiente si su apelación interna para los beneficios médicos, de farmacia o de los Centros de excelencia del Plan se deniega por criterio médico o por la determinación de que el reclamo no está sujeto a las protecciones de facturación sorpresa. El aviso de denegación contendrá información sobre el proceso de apelaciones externo.

La apelación externa será llevada a cabo por una Organización de Revisión Independiente que no tenga afiliación con el Plan. Si esta Organización de Revisión Independiente anula la decisión del Plan, la decisión de la Organización de Revisión Independiente será vinculante para el Plan y se aplicará de inmediato, aunque el Plan podrá solicitar una revisión posterior por parte de un tribunal en los casos que corresponda. Su notificación de rechazo de la apelación interna incluirá información sobre su derecho a presentar una solicitud de revisión externa e información de contacto. Usted debe presentar la solicitud de revisión externa dentro de los cuatro meses de haber recibido la determinación final sobre la apelación interna. La presentación de una solicitud de revisión externa no afectará su capacidad de iniciar acciones legales en un tribunal. Cuando presente una solicitud de revisión

externa, se le pedirá que autorice la divulgación de los registros médicos cuya consulta podría necesitarse a los fines de tomar una decisión sobre la revisión externa.

Envíe por escrito una solicitud de apelación médica externa (incluidas las solicitudes de excepción relacionadas con los beneficios de los Centros de excelencia) a:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**

**Attn: External Appeals**

**508 SW 8th Street**

**Mail Stop #3610**

**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

**800-421-1362**

○ por fax al **888-715-4154**

Envíe una solicitud de apelación farmacéutica externa por escrito a:

**OptumRx**

**Attn: Appeals Coordinator**

**P.O. Box 2975**

**Mission, Kansas 66201**

## Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, de farmacia, de Centros de excelencia, dental, de la visión y por discapacidad a corto plazo

### DERECHO DEL PLAN A SOLICITAR ARCHIVOS MÉDICOS

El Plan tiene derecho a solicitar archivos médicos para cualquier individuo cubierto.

### DERECHO DEL PLAN DE RECUPERAR UN PAGO EXCESIVO

Los pagos se realizan de acuerdo con las disposiciones del Plan. Si se determina que el pago se realizó por un cargo no elegible o que otro plan o seguro se consideró primario, o que se ha producido cualquier otra circunstancia que dio lugar a que el Plan pague beneficios mayores a los permitidos o requeridos según los términos del Plan, el Plan tiene derecho a recuperar el pago excesivo. El Plan (o el administrador de terceros u otro proveedor de servicios que actúe en nombre del Plan) procurará recuperar el pago excesivo de la parte a quien se le realizó el pago. No obstante, el Plan se reserva el derecho de solicitar la recuperación del pago excesivo de los participantes, beneficiarios o dependientes. Además, el Plan tiene derecho a involucrar a una agencia de cobros externa para recuperar los pagos excesivos a nombre del Plan si los esfuerzos de cobro no tienen éxito. El Plan también puede iniciar acciones legales para hacer cumplir sus derechos de recuperar los pagos excesivos.

Si los pagos excesivos se realizan a un proveedor, el Plan (o los administradores de terceros que actúen en nombre del Plan) puede reducir, compensar o rechazar los beneficios, en el monto del pago excesivo, por los servicios que de otra manera estarían cubiertos para los reclamos actuales o futuros con el proveedor en nombre de los participantes, beneficiarios o dependientes del Plan. Si un proveedor a quien se le realizó un pago excesivo tiene pacientes que participan en otros planes de salud y bienestar administrados por el administrador de terceros, este puede reducir o compensar los pagos adeudados al proveedor correspondientes a los otros planes de salud por el monto del pago excesivo.

## SU DERECHO A RECUPERAR PAGOS EXCESIVOS

Si paga en exceso sus contribuciones o sus primas para cualquier cobertura conforme al Plan (excepto COBRA), el Plan le reintegrará las contribuciones o las primas que pagó en exceso cuando lo solicite. En este caso, todo reembolso que reciba se puede deducir de los beneficios que el Plan pagó durante este período si usted o un dependiente no eran elegibles para dicha cobertura. Si paga en exceso las primas de la cobertura COBRA del Plan, deberá solicitar el reembolso de esas primas en exceso al administrador de COBRA del Plan.

## DERECHO DEL PLAN A REALIZAR AUDITORÍAS

El Plan tiene derecho a realizar auditorías de sus reclamos, incluidos los reclamos de los proveedores médicos. El Plan (o el correspondiente administrador de terceros) puede reducir o rechazar los beneficios por los servicios que de otra manera estarían cubiertos para todos los reclamos actuales o futuros ante el proveedor que se brindaron a su nombre o de un participante a través de otro plan de salud y bienestar administrado por el administrador de terceros en función de los resultados de una auditoría. El Plan también puede reducir o rechazar los beneficios por servicios que de otra manera estarían cubiertos para todos los reclamos actuales o futuros que presente.

## DERECHO DEL PLAN A DESCONTAR DEL SUELDO O DEL SALARIO

En la medida en que el Plan pueda cobrarle a usted o a sus dependientes los beneficios pagados anteriormente, en su totalidad o en parte, por ejemplo, por beneficios pagados en exceso o a los que no tenía derecho según las condiciones del Plan, se considerará, en virtud de su inscripción en el Plan, que usted ha acordado que la compañía puede deducir tales importes de su sueldo o salario y pagarlo al Plan hasta que la recuperación sea completa. Si se inscribe para la cobertura del Plan, se asumirá que usted ha prestado consentimiento para las deducciones de su sueldo aplicables a dicha cobertura. Además, si usted no se inscribe ni se reinscribe durante la Inscripción Anual, el Plan asumirá que usted ha prestado consentimiento para la reinscripción automática que se describe en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), incluidas las deducciones del sueldo que correspondan.

## Derechos de subrogación y reembolso del Plan



**NOTA:** Esta sección se aplica a los beneficios autofinanciados del Plan. No se aplica a los beneficios asegurados. Los aseguradores de los beneficios asegurados pueden tener derechos de subrogación y reembolso independientes aplicables a los beneficios que aseguran. Consulte la póliza respectiva y el certificado de cobertura aplicable a cualquier beneficio asegurado en el que pueda estar inscrito.

Si usted o un dependiente cubierto (una persona cubierta) sufre una lesión o cualquier otro daño debido a la conducta de otra persona y el Plan paga los beneficios autofinanciados como resultado de dicha lesión o daño, el Administrador del Plan tiene derecho a recuperar por parte de la persona cubierta o de cualquier parte responsable de compensar a la persona cubierta por sus enfermedades o lesiones, los pagos que realiza en nombre de la persona cubierta. El término legal que se utiliza para hacer referencia a este derecho de recuperación es “subrogación”. El Plan gozará de un derecho de retención de preferencial contra cualquier importe que la persona cubierta recupere por parte de otra parte responsable o aseguradora por el monto total de los beneficios que se paguen a la persona cubierta o en su beneficio como resultado de la lesión o daño de un tercero, y el Plan tendrá derecho a compensar dichos montos de beneficios contra beneficios futuros exigibles en virtud del Plan.

El Plan tiene derecho a realizar cualquiera de las siguientes acciones para hacer valer su gravamen y derecho de reembolso y recuperación:

- Reducir o rechazar beneficios que de lo contrario paga el Plan, y
- Recuperar o subrogar el 100 % de los beneficios que pagó o pagará el Plan por las personas cubiertas, hasta el punto de contemplar cada uno de los siguientes pagos:
  - Cualquier sentencia, liquidación o pago que se haya realizado o que se esté por realizar a causa de un accidente o mala práctica (excepto si la mala práctica provoca una paraplejía o cuadriplejía, quemaduras graves clasificadas como de tercer grado o más, discapacidad mental o física total y permanente, o la muerte), independientemente de la forma en que se califique la sentencia, el acuerdo o el pago, incluidos los pagos de cualquier otro seguro, ya sea que proporcione cobertura a terceros o a titulares
  - Cualquier cobertura o beneficio de seguro de automóvil o casa rodante, incluida la cobertura de automovilistas no asegurados o asegurados por menos del valor real
  - Pagos o coberturas de seguro médico, comercial o de responsabilidad civil, y
  - Honorarios de los abogados.

El gravamen del Plan existe cuando el Plan paga cualquier beneficio a o en favor de una persona cubierta. Si una persona cubierta presenta una solicitud de quiebra, dicha persona acepta que el gravamen del Plan existía antes de la creación de la masa de la quiebra.

Recuerde además que:

- El término “persona cubierta” hace referencia a cualquier participante (de acuerdo con la definición de ERISA) o dependiente de un participante que tiene derecho a recibir beneficios del Plan
- El Plan tiene máxima prioridad de derecho a la reducción, al reembolso y a la subrogación
- El Plan tiene el derecho a recuperar el interés sobre el importe que el Plan pagó a causa del accidente
- El Plan tiene derecho a un reembolso del 100 % en una suma única
- El Plan no está sujeto a ninguna ley estatal o doctrina equitativa, incluida la doctrina del fondo común, lo cual exigiría que el Plan reduzca su cobertura a cualquier porción de honorarios y costos de abogados de una persona cubierta
- El Plan no se hace responsable de los gastos, costos y honorarios de abogados de la persona cubierta
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación se basa en las disposiciones del Plan vigentes al momento del fallo, pago o liquidación
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación del Plan se aplica a cualquier fondo recuperado de otra parte, por parte de los herederos de cualquier persona cubierta o en su nombre, y
- El derecho del Plan a tener máxima prioridad no se reducirá debido a la negligencia cometida por la persona cubierta.

El plan no procurará reducción, reembolso ni subrogación en los casos en que la lesión o la enfermedad que sea la base de la recuperación de costos por parte de la persona cubierta por cualquier tercero tenga como consecuencia:

- Paraplejía o tetraplejía
- Quemaduras graves clasificadas como de tercer grado o más
- Discapacidad mental o física total y permanente, o
- Fallecimiento

El Administrador del Plan tiene la autoridad, a su entera discreción, de decidir limitar o no continuar con los derechos del Plan con respecto a la reducción, el reembolso o la subrogación. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Plan.

El hecho de que una persona cubierta tenga o no una “discapacidad mental o física total y permanente” se decidirá sobre la base de criterios desarrollados y aplicados por el Administrador del Plan, a su entera discreción. Una manera de demostrar la discapacidad física o mental total y permanente es que la persona cubierta demuestre que tiene derecho a los beneficios de ingresos por discapacidad del Seguro Social, o que ha satisfecho los requisitos para tener derecho a los ingresos por discapacidad del Seguro Social. El Administrador del Plan considerará los reclamos por discapacidad mental y física, incluso si la persona cubierta no reúne las condiciones para recibir beneficios de ingresos por discapacidad de Seguridad Social, conforme a los criterios desarrollados por el Administrador del Plan.

Incluso en circunstancias en las que no se prohíbe que el Plan procure reducción, reembolso o subrogación en función de las excepciones descritas anteriormente, el derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación se limitará a no más del 50 % del monto total recuperado por la persona cubierta, o en nombre de ella, de cualquier tercero (que no se reducirá por costos u honorarios de abogados de la persona cubierta). El Plan exige la colaboración de todas las personas cubiertas y

sus representantes para garantizar el reembolso al Plan de los beneficios de terceros. Si no se cumple con esta disposición, el Plan tendrá derecho a retener los beneficios que se adeuden conforme al Plan. Ni la persona cubierta ni sus representantes deben hacer nada para dificultar el reembolso del pago excesivo al Plan una vez que la persona cubierta o sus representantes hayan aceptado los beneficios.

Los derechos del Plan a la reducción, el reembolso y la subrogación se aplican independientemente de cualquier asignación o designación de la liquidación o la adjudicación aplicable (por ejemplo, alivio del dolor y el sufrimiento, o beneficios médicos) e independientemente de los reclamos o causas de acción específicos que se liquidan o adjudican. Los derechos del Plan se aplican independientemente de si la persona cubierta ha sido resarcida o compensada totalmente por las lesiones de la persona cubierta y sin tener en cuenta ninguna ley estatal o doctrina equitativa, como la doctrina de resarcimiento, que limitaría el derecho de recuperación del Plan en función de si la persona cubierta ha sido resarcida, siendo la intención que el derecho de recuperación del Plan sea un derecho de recuperación del primer pago.

Además, el Plan tiene derecho a presentar una demanda en nombre de la persona cubierta por la afección relacionada con los gastos médicos para recuperar los beneficios que pagó o que pagará el Plan.

Para ayudar a que el Plan haga cumplir su derecho a la reducción, la recuperación, el reembolso y la subrogación, una persona cubierta o su representante designado deben, a pedido y a criterio del Plan:

- Tomar las medidas necesarias para que el Plan pueda ejercer sus derechos de recuperación.
- Brindar información; o
- Proporcionar al Plan cualquier información solicitada relacionada con el reclamo en cuestión, incluida la información con respecto a otros seguros, juicios, pagos o acuerdos.

La falta de colaboración con el Plan y el incumplimiento de tales solicitudes pueden dar lugar a la retención o recuperación por parte del Plan de los beneficios, servicios, pagos o créditos que se adeudan o se pagan conforme al Plan.

## Reclamos para los beneficios y derecho a apelar decisiones sobre reducciones, reembolsos y subrogaciones

La decisión del Plan de procurar reducción, reembolso o subrogación es una determinación de beneficios conforme al Plan y se la puede apelar de acuerdo con los procedimientos que aparecen a continuación.

A los fines de los procedimientos de reclamos que se especifican a continuación, un “reclamo de beneficios” se refiere al pedido por parte de un participante, beneficiario o dependiente (“reclamante”) de tener los beneficios provistos conforme al Plan no reducidos por la aplicación del derecho del Plan a la reducción, el reembolso o la subrogación.

## RECLAMO INICIAL DE BENEFICIOS

Si un reclamante recibe una notificación en la que se indica qué beneficios están sujetos a reducción, reembolso o subrogación, y el reclamante considera que el caso encuadra dentro de una de las excepciones o limitaciones al derecho del Plan a la reducción, el reembolso o la subrogación, puede presentar un reclamo de beneficios ante el Plan.

También puede designar a un representante autorizado para que presente reclamos de beneficios o apelaciones en su nombre.

Para que se tome en consideración un reclamo inicial de beneficios, este debe:

- Presentarse por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse dentro de los 12 meses a partir de la fecha de la notificación de que un beneficio está sujeto a reducción, reembolso o subrogación
- Identificar la excepción o la limitación al derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación que el reclamante considera que se aplica a su caso, y
- Incluir documentación que ayude al Plan a tomar su decisión (por ejemplo, archivos médicos u hospitalarios, cartas de médicos, etc.).

Envíe por escrito una solicitud de revisión del reclamo inicial de beneficios a:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**  
**Attn: Subrogation Review**  
**508 SW 8th Street**  
**Mail Stop #3610**  
**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Dentro de un plazo prudencial, pero a más tardar 30 días después de que se realice el reclamo inicial de beneficios, el Plan le notificará por escrito la decisión que tome. Si el reclamo de beneficios se rechaza en su totalidad o en parte, la notificación incluirá la siguiente información:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria que sustenten el reclamo de beneficios y una explicación de por qué es necesario dicho material o dicha información
- Una declaración en la cual se establece que el reclamante tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basó la determinación del Plan
- Una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y de los límites de tiempo para apelar, y
- Una notificación relacionada con el derecho del reclamante de iniciar acciones legales después del rechazo de una apelación.

El período de 30 días se puede extender 15 días si se determina que es necesaria una prórroga por situaciones ajenas al Plan. El Plan notificará al reclamante antes de que finalice el período de 30 días si se requiere una prórroga o información adicional. Si se le solicita que proporcione información adicional, el

reclamante tendrá 45 días a partir de la fecha de la notificación para proporcionarla. El momento de tomar una determinación se suspenderá hasta que el reclamante proporcione la información solicitada (o hasta la fecha límite para proporcionar la información, si fuera anterior).

## DERECHO A APELAR UN RECLAMO RECHAZADO

Si un reclamo relacionado con una decisión de reducción, reembolso o subrogación se rechaza de forma total o parcial, el reclamante puede solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere la apelación, esta debe:

- Presentarse por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del rechazo inicial, y
- Contener cualquier información o documentación adicional que el reclamante desee que se tome en consideración.

Envíe una solicitud de apelación por escrito a:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**  
**Attn: Internal Appeals**  
**508 SW 8th Street**  
**Mail Stop #3610**  
**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

O por fax al **888-715-4154**

La apelación se llevará a cabo independientemente de la decisión inicial y estará a cargo de una persona que no sea la parte que decidió el reclamo inicial de beneficios. El reclamante tiene derecho a pedir copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relevante para su reclamo de beneficios. El reclamante también tiene derecho a presentar comentarios, documentos, archivos y otra información por escrito, que el Plan tendrá en cuenta al tomar su decisión sobre la apelación. Al decidir acerca de un reclamo de beneficios que se basa en un criterio médico, de forma total o parcial, el fiduciario de reclamos del Plan consultará a un profesional de atención de la salud que tenga la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina asociado con el criterio médico. El profesional de atención de la salud será una persona a quien no se haya consultado en relación con la decisión del Plan sobre el reclamo de beneficios inicial ni un subordinado de dicho profesional de atención de la salud. Si se obtiene el asesoramiento de un profesional de atención de la salud para decidir sobre una apelación y el reclamante solicita el nombre de dicho profesional, se le proporcionará la información solicitada independientemente de si el Plan se basó en dicho asesoramiento. El Plan debe notificar por escrito al reclamante acerca de su decisión sobre la revisión en el plazo de 60 días a partir de que el Plan reciba su apelación.

Si el reclamo de beneficios se rechaza durante la apelación, el Plan proporcionará una notificación de rechazo, que incluirá:

- Las razones específicas para el rechazo de su reclamo
- Referencia específica a las cláusulas del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Una declaración que describe el derecho del reclamante a pedir copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relevante para su reclamo de beneficios



- Una declaración en la cual se establece que el reclamante tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basó la determinación
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria disponibles, de haberlos, y
- Una notificación relacionada con el derecho del reclamante de iniciar acciones legales después del rechazo de una apelación.

## UN RECLAMO DE BENEFICIOS ES LA ÚNICA FORMA DE SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN AL DERECHO DE REDUCCIÓN Y RECUPERACIÓN DEL PLAN

El único método por el que un reclamante puede solicitar al Plan que no reduzca los beneficios en virtud de los derechos de reducción y recuperación del Plan es presentar un reclamo de beneficios, siguiendo el proceso descrito anteriormente. El reclamante debe completar el proceso obligatorio de apelaciones y reclamos que se describe en estos procedimientos para reclamos antes de iniciar una acción legal. El reclamante no puede iniciar acciones legales por beneficios si su apelación o reclamo inicial de beneficios no se realiza dentro de los plazos establecidos en estos procedimientos de reclamos. Toda acción legal por los beneficios debe ser iniciada por el reclamante dentro de los 180 días después de la decisión de apelación. No puede iniciar acciones legales pasado el período de 180 días.

## Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan HMO

En algunos lugares, Walmart ofrece cobertura de seguro de salud a través de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) como parte del Plan de Salud y Bienestar para Asociados. Si participa en una HMO, esta le proporcionará un folleto con los beneficios que, junto con este documento, servirá como descripción resumida del Plan para la cobertura de la HMO y describirá los procedimientos de reclamos y apelaciones. Para obtener más información, comuníquese con su HMO.

## Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan PPO

En algunos lugares, Walmart ofrece el Plan PPO como parte del Plan de salud y bienestar para asociados. Si participa en el Plan PPO, Aetna, el administrador de terceros del Plan, le entregará un folleto con los beneficios que, junto con este documento, servirá como descripción resumida del Plan para la cobertura del Plan PPO y describirá los procedimientos de reclamos y apelaciones. Para obtener más información, comuníquese con Aetna.

## Proceso de reclamos para el seguro contra accidentes y por enfermedades graves

Los reclamos del seguro contra accidentes y por enfermedades graves deben enviarse dentro de los 60 días de ocurrido el accidente o comenzada la enfermedad grave que están cubiertos, o en cuanto sea razonablemente posible, a la siguiente dirección:

**Allstate Benefits  
Walmart Claims Unit  
P.O. Box 41488  
Jacksonville, Florida 32203-1488**

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: [allstatebenefits.com/mybenefits](https://allstatebenefits.com/mybenefits)

por teléfono: **800-514-9525**

Por fax: **877-423-8804**

Asegúrese de incluir la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de identificación de Walmart (WIN), y
- Fecha en que se produjo o comenzó la enfermedad cubierta o el accidente.

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com) o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://AllstateBenefits.com/Walmart) para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

Allstate Benefits tiene derecho a recuperar cualquier pago en exceso que se haya hecho debido a un fraude o a un error que cometan al procesar un reclamo. Usted o su beneficiario deberán reembolsar a Allstate Benefits todos los montos adeudados. Si usted o su beneficiario no pueden reembolsar financieramente a Allstate Benefits al pagar una suma global, Allstate Benefits colaborará con usted o con su beneficiario para desarrollar un método razonable de reembolso.

## SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Cuando usted presenta un reclamo a Allstate Benefits, la determinación del reclamo se hará dentro de un período de tiempo razonable, pero no más tarde de 90 días después de que Allstate Benefits reciba el reclamo. Si Allstate Benefits determina que se necesita una extensión debido a circunstancias especiales, este plazo puede extenderse 90 días más. En tal caso, usted recibirá un aviso por escrito de la extensión antes de que finalice el período de 90 días, el cual contiene detalles de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que Allstate Benefits espera tomar una decisión.

Si su reclamo se rechaza, recibirá un aviso de rechazo que consistirá en una explicación por escrito, que incluirá:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó el rechazo

- Una descripción del material o la información adicional, si los hubiese, que sean necesarios para sustentar el reclamo y las razones por las que ese material o esa información son necesarios, e
- Información sobre los procedimientos de revisión de reclamos y los plazos de apelación, incluida una declaración respecto de que tiene derecho a presentar una demanda tras una denegación en apelación.

El comprobante escrito debe entregarse a Allstate Benefits dentro de los 90 días siguientes al accidente cubierto. Si no se puede proporcionar un comprobante escrito dentro de ese plazo, Allstate no reducirá ni negará ningún reclamo por esta razón, siempre y cuando el comprobante se presente tan pronto como sea razonablemente posible. Independientemente del caso, el comprobante requerido deberá entregarse a Allstate Benefits en un plazo máximo de 15 meses a partir del momento indicado, a menos que la persona cubierta esté legalmente incapacitada.

Su beneficiario debe cooperar razonablemente durante cualquier investigación y/o determinación de un reclamo. Esto incluye dar autorización para la divulgación de historiales médicos y otra información.

Allstate Benefits tiene derecho, a sus expensas, a que cualquier persona cubierta sea examinada por un médico de su elección, tantas veces como sea razonablemente necesario mientras un reclamo esté pendiente. Asimismo, Allstate Benefits puede hacer que se realice una autopsia mientras el reclamo está pendiente, cuando la ley lo permita.

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE SEGURO POR ACCIDENTES QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Puede apelar cualquier rechazo de un reclamo para beneficios presentando un pedido por escrito con:

**Allstate Benefits**  
**P.O. Box 41488**  
**Jacksonville, Florida 32203-1488**

Su apelación debe presentarse dentro de un plazo de 60 días a partir de la recepción del aviso escrito de la denegación de una solicitud. También puede acompañar su apelación con comentarios, documentos, archivos e información que considere que respaldan su reclamo, aún si no presentó antes tal documentación. Usted puede solicitar, sin cargo, todos los documentos que sean relevantes (según lo establece ERISA) para su reclamo. Puede tener representación durante el procedimiento de revisión.

La decisión final sobre la apelación se tomará dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 60 días después de recibir su apelación por escrito. Si Allstate Benefits determina que se necesita una extensión debido a circunstancias especiales, este plazo puede extenderse 60 días más. En tal caso, usted recibirá un aviso por escrito de la extensión antes de que finalice el período de 60 días, el cual contiene detalles de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que Allstate Benefits espera tomar una decisión.

Si se rechaza su apelación, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó el rechazo

- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria ofrecidos por el Plan y su derecho a obtener información sobre tales procedimientos, y
- Una declaración sobre su derecho a presentar una acción en virtud del artículo 502 (a) de ERISA.

Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a presentar una acción en un tribunal federal de acuerdo con la sección 502(a) de la ley ERISA, pero únicamente después de haber cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan. Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES

Cuando usted presenta un reclamo a Allstate Benefits, la determinación del reclamo se hará dentro de un período de tiempo razonable, pero no más tarde de 30 días después de que Allstate Benefits reciba el reclamo. Si Allstate Benefits determina que se necesita una prórroga debido a situaciones ajenas al Plan, este período se puede extender a un período adicional de 15 días. En tal caso, usted recibirá un aviso por escrito de la extensión antes de que finalice el período de 30 días, el cual contiene detalles de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que Allstate Benefits espera tomar una decisión. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. Allstate Benefits tomará su decisión dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha en que reciba la información o, en caso de que sea antes, la fecha límite para presentarla.

Si se rechaza su reclamo, el rechazo consistirá en una explicación escrita que incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Una descripción del material o la información adicional, si los hubiese, que sean necesarios para sustentar el reclamo y las razones por las que ese material o esa información son necesarios
- Una descripción de los procedimientos de revisión de los reclamos y los plazos aplicables para tales procedimientos, incluida una declaración de su derecho a iniciar acciones legales conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de un rechazo de su reclamo
- La divulgación de cualquier norma, directriz o protocolo interno en el que se haya basado la denegación del reclamo o una declaración de que tiene derecho a obtener, previa solicitud y de forma gratuita, tal información, y
- Si la denegación se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental o limitaciones similares, una explicación del criterio científico o clínico para la determinación o una declaración de que tiene derecho a obtener, previa solicitud y de forma gratuita, tal información.

Se debe entregar un comprobante escrito a Allstate Benefits dentro de los 90 días siguientes a cada enfermedad grave cubierta. Si no se puede proporcionar un comprobante escrito dentro de ese plazo, Allstate no reducirá ni negará ningún reclamo por esta razón, siempre y cuando el comprobante se presente tan pronto como sea razonablemente posible. Independientemente del caso, el comprobante requerido deberá entregarse a Allstate Benefits en un plazo máximo de 15 meses a partir del momento indicado, a menos que la persona cubierta esté legalmente incapacitada.

Su beneficiario debe cooperar razonablemente durante cualquier investigación y/o determinación de un reclamo. Esto incluye dar autorización para la divulgación de historiales médicos y otra información.

Allstate Benefits tiene derecho, a sus expensas, a que cualquier persona cubierta sea examinada por un médico de su elección, tantas veces como sea razonablemente necesario mientras un reclamo esté pendiente. Asimismo, Allstate Benefits puede hacer que se realice una autopsia mientras el reclamo está pendiente, cuando la ley lo permita.

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Puede apelar cualquier rechazo de un reclamo para beneficios por enfermedades graves presentando un pedido por escrito a Allstate:

**Allstate Benefits  
Walmart Claims Unit  
P.O. Box 41488  
Jacksonville, Florida 32203-1488  
Attention: Appeals**

Su apelación debe presentarse dentro de un plazo de 180 días a partir de la recepción del aviso escrito de la denegación de una solicitud. También puede acompañar su apelación con comentarios, documentos, archivos e información que considere que respaldan su reclamo, aún si no presentó antes tal documentación. Usted puede solicitar, sin cargo, todos los documentos que sean relevantes (según lo establece ERISA) para su reclamo. La apelación la llevará a cabo una persona distinta de la que tomó la decisión inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Puede tener representación durante el procedimiento de revisión.

Si el reclamo involucra una cuestión de criterio médico, Allstate Benefits consultará a un profesional de atención de la salud que tenga las calificaciones, la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Si lo solicita, Allstate Benefits le proporcionará la identificación de cualquier experto médico cuyo asesoramiento se haya obtenido en relación con la apelación.

La decisión final sobre la apelación se tomará dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 60 días después de recibir su apelación por escrito.

Si se rechaza su apelación, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas del rechazo
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó el rechazo
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria ofrecidos por el Plan y su derecho a obtener información sobre tales procedimientos
- La divulgación de cualquier norma, directriz o protocolo interno en el que se haya basado la denegación del reclamo o una declaración de que tiene derecho a obtener, previa solicitud y de forma gratuita, tal información
- Si la denegación se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental o limitaciones similares, una explicación del criterio científico o clínico para la determinación o una declaración de que tiene derecho a obtener, previa solicitud y de forma gratuita, tal información, y
- Una declaración sobre su derecho a presentar una acción en virtud del artículo 502 (a) de ERISA.

Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a presentar una acción en un tribunal federal de acuerdo con la sección 502(a) de la ley ERISA, pero únicamente después de haber cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan. Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## Proceso de reclamos para el seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro contra accidentes durante viajes de negocios y seguro por AD&D

Los reclamos por el seguro de vida pagado por la empresa, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro contra accidentes durante viajes de negocios y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) se pueden iniciar llamando por teléfono a Prudential al **877-740-2116**. Consulte el capítulo correspondiente para saber qué información debe facilitar a Prudential al presentar un reclamo. Los reclamos de beneficios asegurados por Prudential también pueden presentarse enviando el reclamo a la siguiente dirección:

**The Prudential Insurance Company of America  
Group Life Claim Division  
P.O. Box 8517  
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Las solicitudes de beneficios conforme al seguro de vida deben presentarse en los 90 días siguientes a la fecha de la pérdida.

Las solicitudes de beneficios conforme al seguro por accidentes en viajes de negocios deben presentarse en los 365 días siguientes a la fecha de la pérdida.

Las solicitudes de beneficios conforme al seguro de muerte accidental y desmembramiento deben presentarse en los 90 días siguientes a la fecha de la pérdida.

## SEGURO DE VIDA, POR ACCIDENTE EN VIAJE DE NEGOCIOS O POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Cuando presente un reclamo de seguro de vida a Prudential, se hará una determinación el reclamo en un plazo de 45 días. Este plazo puede extenderse 30 días más si es necesario por causas ajenas a Prudential. Dentro del periodo inicial de 45 días si se necesita una extensión adicional, se le proporcionará un aviso por escrito de la extensión, el motivo de la extensión y la fecha en la que Prudential espera tomar una decisión sobre su reclamo. Este plazo puede extenderse 30 días adicionales más allá de la extensión original de 30 días si es necesario debido a asuntos fuera del control de Prudential. Se le proporcionará un aviso por escrito de la extensión adicional, el motivo de la misma y la fecha en la que Prudential espera tomar una decisión sobre el reclamo dentro del primer período de extensión de 30 días si se necesita una extensión adicional. No obstante, si se extiende el plazo debido a que usted no ha presentado la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, el plazo para que Prudential determine el beneficio quedará suspendido desde la fecha en que se le envíe el aviso de la prórroga hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si su solicitud de beneficios se deniega, ya sea total o parcialmente, usted o su representante autorizado recibirán un aviso por escrito de Prudential sobre su denegación. El aviso se redactará de forma que usted pueda entenderlo y deberá incluir:

- Las razones específicas para el rechazo de su reclamo
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación de beneficio
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicha información
- Una descripción de los procedimientos de apelaciones de Prudential y los plazos aplicables; y
- Si una determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, se proporcionará gratuitamente, previa solicitud, una explicación del criterio científico o clínico para la determinación.

## PRESENTAR UNA APELACIÓN PARA UN RECLAMO DE SEGURO DE VIDA, POR ACCIDENTE EN VIAJE DE NEGOCIOS O POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO QUE HAYA SIDO DENEGADO TOTAL O PARCIALMENTE

Puede apelar cualquier rechazo de un reclamo para beneficios presentando un pedido por escrito con:

**The Prudential Insurance Company of America  
Group Life Claim Division  
P.O. Box 8517  
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Si su reclamo de beneficios se deniega o si no recibe una respuesta a su reclamo dentro del plazo correspondiente (en cuyo caso el reclamo de beneficios se considera denegado), usted o su representante pueden apelar su reclamo denegado por escrito a Prudential dentro de un plazo de 180 días a partir de la recepción del aviso de denegación por escrito o 180 días a partir de la fecha en que dicho reclamo se considere denegado. Puede presentar comentarios con sus apelaciones por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Si lo solicita, también tendrá acceso y derecho a obtener copias de todos los documentos, registros e información pertinentes para su reclamo de forma gratuita.

Prudential llevará a cabo una revisión exhaustiva de la información contenida en el expediente de reclamo y de cualquier información nueva que se presente para apoyar la apelación, utilizando personas que no hayan participado en la determinación inicial del beneficio. Esta revisión no otorgará ninguna deferencia a la determinación inicial del beneficio.

Prudential tomará una determinación sobre su reclamo de apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta otros 45 días si Prudential determina que existen circunstancias especiales que requieren una prórroga. En el plazo inicial de 45 días se le facilitará un aviso por escrito de la extensión, el motivo de la misma y la fecha en que Prudential espera tomar una decisión. No obstante, si se extiende el plazo debido a que usted no ha presentado la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación, el plazo para determinar el beneficio quedará suspendido desde la fecha en que se le envíe el aviso de la prórroga hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si se rechaza la apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito de Prudential sobre el rechazo. El aviso se redactará de forma que el solicitante pueda entenderlo y deberá incluir:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación

- Una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y los plazos aplicables
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación; y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el plan.

Si no se lo informa de una decisión sobre la apelación dentro de los plazos mencionados anteriormente, el reclamo debe considerarse rechazado en la apelación.

Consulte **Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales** anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE LOS RECLAMOS POR SEGURO DE VIDA, POR ACCIDENTE EN VIAJE DE NEGOCIOS O POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Si la apelación de su reclamo de beneficios se deniega o si no recibe una respuesta a su apelación dentro del plazo correspondiente (en cuyo caso la apelación se considera denegada), usted o su representante pueden presentar una segunda apelación voluntaria de su denegación por escrito a Prudential en un plazo de 180 días a partir de la fecha cuando recibió el aviso por escrito de denegación o de 180 días a partir de la fecha en que tal reclamo se considere denegado. *No está obligado a solicitar una revisión voluntaria para que se considere que ha agotado los recursos administrativos.* Consulte **Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales** anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

Puede presentar comentarios con su segunda apelación por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Si lo solicita, también tendrá acceso y derecho a obtener copias de todos los documentos, registros e información pertinentes para su reclamo de forma gratuita.

Prudential tomará una determinación sobre su segunda apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta otros 45 días si Prudential determina que existen circunstancias especiales que requieren una prórroga. En el plazo inicial de 45 días se le facilitará un aviso por escrito de la extensión, el motivo de la misma y la fecha en que Prudential espera tomar una decisión. No obstante, si se extiende el plazo debido a que usted no ha presentado la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación, el plazo para determinar el beneficio quedará suspendido desde la fecha en que se le envíe el aviso de la prórroga hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si el reclamo para la apelación se deniega total o parcialmente por segunda vez, recibirá un aviso por escrito de Prudential sobre la denegación. El aviso se redactará de una manera que el solicitante pueda entender e incluirá la misma información que se incluyó en la primera carta de determinación adversa. Si no se lo informa de una decisión sobre la apelación dentro de los plazos mencionados anteriormente, el reclamo debe considerarse rechazado en la apelación.

## Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad a corto plazo



**NOTA:** Esta sección describe el proceso de reclamo y recurso del plan de discapacidad temporal por hora a tiempo completo (básico y mejorado). Para obtener información sobre los reclamos y las apelaciones de los planes de discapacidad a corto plazo para los asociados asalariados y los conductores de camión, consulte los capítulos respectivos.

### PRESENTAR UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO CONFORME AL PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Si queda discapacitado, debe presentar de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar al pago retrasado del beneficio, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. El calendario y el proceso que debe seguir para presentar una solicitud de beneficios por discapacidad a corto plazo dependen de si el plan de discapacidad a corto plazo está disponible en su localidad (es decir, si se encuentra en un estado o localidad que ofrezca beneficios obligatorios por ley). Consulte las **Instrucciones para el beneficio de solicitudes** en la siguiente página para obtener información sobre el beneficio de su solicitud.

**PASO 1:** Independientemente del proceso que siga para presentar un reclamo de discapacidad a corto plazo ante el Plan, deberá ponerse en contacto con Sedgwick a través de **One.Walmart.com > mySedgwick** o llamando al **800-492-5678** para solicitar una licencia de ausencia en cuanto sepa que va a faltar al empleo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrará la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar.

La política de licencia de ausencia no es un beneficio que se ofrece conforme al Plan ni es administrado como parte del Plan, por lo que no se aborda aquí detalladamente. Consulte **One.Walmart.com** para obtener información específica sobre la política de licencias de ausencia.

**PASO 2:** Cómo presentar un reclamo. Su reclamo no se puede procesar totalmente hasta que haya dejado de trabajar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo por la compensación para trabajadores. Consulte la tabla de la siguiente página para saber dónde y cuándo presentar su solicitud.

Para presentar un reclamo a Sedgwick, puede llamar al **800-492-5678** o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

**Sedgwick Claims Management Services, Inc.**  
**P.O. Box 14748**  
**Lexington, Kentucky 40512-4748**

Si se encuentra en un estado o localidad que ofrece un beneficio obligatorio, debe presentar su solicitud en el estado o localidad correspondiente.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS*			
Estado o localidad	Elegibilidad	Administración de reclamos	Instrucciones de presentación
<b>CA, RI</b>	No tiene derecho a la cobertura de discapacidad temporal básica o ampliada de Walmart  Derecho a la maternidad, como complemento de los beneficios obligatorios por ley	Estado donde se ofrece el beneficio obligatorio por ley  Sedgwick para maternidad	<b>CA:</b> Visite <a href="http://edd.ca.gov">edd.ca.gov</a> o llame al <b>800-480-3287</b> para obtener instrucciones <b>RI:</b> Visite <a href="http://www.dlt.ri.gov/tdi">www.dlt.ri.gov/tdi</a> o llame al <b>401-462-8420</b> para obtener instrucciones  Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.*
<b>HI, NJ</b>	No tiene derecho a la cobertura de discapacidad temporal básica o ampliada de Walmart  Derecho a la maternidad, como complemento de los beneficios obligatorios por ley	Lincoln	Para el beneficio que no sea por maternidad, presente un reclamo a Sedgwick en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su discapacidad y Sedgwick la remitirá a Lincoln.
<b>CO, CT, MA, OR, WA Washington, D.C.**</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart como complemento a los beneficios obligatorios por ley	Estado o distrito de beneficios obligatorios por ley  Sedgwick para beneficios complementarios	<b>CO:</b> Visite <a href="http://famli.colorado.gov">famli.colorado.gov</a> o llame al <b>866-263-2654</b> para obtener instrucciones <b>CT:</b> Visite <a href="http://ctpaidleave.org">ctpaidleave.org</a> o llame al <b>877-499-8606</b> para obtener instrucciones <b>MA:</b> Visite <a href="http://paidleave.mass.gov">paidleave.mass.gov</a> o llame al <b>833-344-7365</b> para obtener instrucciones <b>OR:</b> Visite <a href="http://paidleave.oregon.gov">paidleave.oregon.gov</a> o llame al <b>833-854-0166</b> para obtener instrucciones <b>WA:</b> Visite <a href="http://paidleave.wa.gov">paidleave.wa.gov</a> o llame al <b>833-717-2273</b> para obtener instrucciones <b>D.C.:</b> Visite <a href="http://dcpaidfamilyleave.dc.gov">dcpaidfamilyleave.dc.gov</a> o llame al <b>202-899-3700</b> para obtener instrucciones <b>Sedgwick:</b> Presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado o distrito que incluya los detalles de los beneficios estatales o del distrito. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.*
<b>NY</b>	Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios estatales. Sedgwick enviará a Lincoln.	Lincoln  Sedgwick para beneficios complementarios	Para el beneficio que no sea por maternidad, presente un reclamo a Sedgwick en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su discapacidad y Sedgwick la remitirá a Lincoln  Para obtener beneficios de maternidad, presente un reclamo ante Sedgwick dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su discapacidad haya comenzado; deberá facilitar la carta de determinación del estado que incluya los detalles de los beneficios estatales. Sedgwick enviará a Lincoln.
<b>Todos los demás</b>	Si es elegible para el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart	Sedgwick	Presente un reclamo con Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

\*Su estado o localidad puede tener un periodo de presentación diferente, y se le aconseja que solicite rápidamente a su estado o localidad los beneficios exigidos legalmente.

\*\*Si trabaja en Washington D.C., por lo general no recibirá los beneficios correspondientes a los periodos anteriores a la fecha de haberlos solicitado, salvo en situaciones de emergencia, por lo que es importante presentar la solicitud ante el distrito lo antes posible.

**PASO 3:** Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos y/o físicos y resultados de pruebas
- Plan de tratamiento, y
- Notas de las consultas médicas.

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Este formulario se incluirá en el paquete inicial que reciba de Sedgwick. Sin embargo, si presenta su reclamo en línea, se acepta una firma electrónica).

**PASO 4:** Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada a Sedgwick. Cualquier retraso en el envío de la información a Sedgwick podría tener como resultado un retraso, o rechazo, en el procesamiento de su reclamo y el pago de los beneficios.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en este capítulo. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Consulte [Cómo apelar un reclamo de discapacidad a corto plazo que se rechazó en su totalidad o en parte](#) que se ha denegado total o parcialmente más adelante en este capítulo.

Es posible que se le exija una prueba por escrito de su discapacidad o información médica adicional antes de que comience el pago de sus beneficios.

## DETERMINACIÓN INICIAL DEL RECLAMO

Consulte la tabla en la página anterior para informarse sobre las fechas límite de presentación. Una vez que se presentó un reclamo, se tomará una decisión en un período de no más de 45 días a partir de la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para la decisión se puede extender hasta dos períodos de 30 días adicionales siempre que, antes de cualquier período de prórroga, se le notifique por escrito que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera de su control, se identifiquen esos asuntos y se le proporcione la fecha en la que se presentará su decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta información necesaria para la determinación de su reclamo, el tiempo de decisión se puede anunciar a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe su respuesta. Si se aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle de forma razonable sobre esa decisión.

Toda determinación de beneficio desfavorable se hará por escrito y contendrá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión
- Referencia específica a las disposiciones del Plan en la cual se basa la decisión
- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
  - Las opiniones que presente ante los profesionales de atención médica del Plan que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron
  - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio, y
  - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Las reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se basaron para tomar la determinación desfavorable o, alternativamente, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita a pedido
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos, y
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales que se aplique y la fecha en la que el período de limitaciones contractuales vence).

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE



**NOTA:** Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios por discapacidad a corto plazo y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick o Lincoln (según corresponda) dentro de los 180 días luego del rechazo.

En el caso de los asociados de estados o localidades con programas obligatorios por ley en California, Colorado, Connecticut, Massachusetts, Oregón, Rhode Island, Washington D.C. y el estado de Washington, debe presentar su apelación de una determinación relativa a una solicitud de beneficios obligatorios directamente al gobierno estatal o local. Para obtener más información, incluidos los plazos de presentación, llame al número de teléfono correspondiente que figura en la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo [Discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo](#).

Si su apelación se refiere a un reclamo denegado por Sedgwick o Lincoln y desea apelar, debe presentar una apelación escrita u oral a Sedgwick o Lincoln (según corresponda) dentro de los 180 días de la denegación a la siguiente dirección, según corresponda:

**Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit**  
**P.O. Box 14748**  
**Lexington, Kentucky 40512-4748**

Recursos para asociados en Hawái, Nueva Jersey y Nueva York:

**Group Benefits Claims Appeal Unit**  
**Lincoln Financial Group**  
**Group – Charlotte WM**  
**Attn: Appeal Review Unit**  
**P.O. Box 2578**  
**Omaha, Nebraska 68172-9688**

Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su reclamo inicial ni un subordinado de la persona que tomó la decisión sobre su reclamo inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. El administrador de terceros, en nombre del Plan, le proporcionará toda prueba nueva o adicional o los fundamentos considerados en el marco de su reclamo, con tiempo suficiente antes de la fecha de la determinación de las apelaciones, a fin de darle una oportunidad razonable de responder.

Si su reclamo involucra una cuestión de criterio médico, un administrador de terceros en nombre del Plan consultará a un profesional de atención de la salud que tenga las calificaciones, la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Cuando lo solicite, el administrador de terceros en nombre del Plan le proporcionará la identificación de todo experto médico cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en conexión con su apelación.

Sedgwick o Lincoln (según corresponda) tomarán una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación
- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
  - Las opiniones presentadas por usted a los profesionales del Plan de atención de la salud que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron
  - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio, y
  - Una determinación de discapacidad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Las reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se basaron para tomar la determinación desfavorable o, alternativamente, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita, a pedido



- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación, y
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales que se aplique y la fecha en la que el período de limitaciones contractuales vence).

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

Consulte [Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad](#) anteriormente en este capítulo para obtener información sobre la apelación de las decisiones de elegibilidad.

En el caso de los asociados asalariados y los conductores de camión, consulte el capítulo [Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados](#) o [Plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión](#), según corresponda, para obtener información detallada sobre el proceso de apelaciones para dichos planes.

## SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR BENEFICIOS CONFORME AL PLAN DE DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS POR HORA A TIEMPO COMPLETO

Si es un asociado por hora a tiempo completo cuya cobertura por discapacidad a corto plazo es administrada a través de Sedgwick y su apelación se rechaza, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo oralmente o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Las segundas apelaciones voluntarias para beneficios por discapacidad a corto plazo se deben enviar a:

**Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit**  
**P.O. Box 14748**  
**Lexington, Kentucky 40512-4748**

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

## Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad a largo plazo

Las solicitudes de reembolso del plan de discapacidad a largo plazo deben dirigirse a:

**Group Benefits Claims**  
**Lincoln Financial Group**  
**Group – Charlotte WM**  
**P.O. Box 2578**  
**Omaha, Nebraska 68172-9688**

Si tiene una solicitud aprobada de discapacidad a corto plazo, Sedgwick la transferirá automáticamente a Lincoln para su consideración. También puede llamar a Lincoln al **877-353-6404** para solicitar un formulario de reclamo en cuanto sepa que necesitará utilizar su beneficio por discapacidad a largo plazo, pero a más tardar 30 días después de que el beneficio por discapacidad a largo plazo comenzaría. De no ser posible, deberá llamar a Lincoln en cuanto sea razonablemente posible para hacerlo. Lincoln le proporcionará información adicional sobre cómo completar su reclamo.

Si usted eligió el plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión y se le pidió que presentara evidencia de buena salud, pero su evidencia no fue aprobada, puede presentar una apelación por escrito a Lincoln Financial Group. Comuníquese con Lincoln Financial Group para conocer los procedimientos específicos relativos a la apelación de una decisión de evidencia de buena salud, incluidos los requisitos de tiempo. Envíe su apelación por correo electrónico a [EOIQuestions@lfg.co](mailto:EOIQuestions@lfg.co) o por correo postal a:

**Lincoln Financial Group**  
**ATTN: Medical Underwriting**  
**P.O. Box 2870**  
**Omaha, NE 68103-2870**

Una vez que se haya presentado un reclamo, Lincoln le notificará su decisión sobre la misma dentro de un período razonable de tiempo, pero no más de 45 días después de la recepción de su reclamo debidamente presentado. El tiempo para la decisión se puede extender hasta dos períodos de 30 días adicionales siempre que, antes de cualquier período de prórroga, se le notifique por escrito que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera del control de Lincoln, se identifiquen esos asuntos y se le proporcione la fecha en la que se presentará su decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta información necesaria para la determinación de su reclamo, el tiempo de decisión se puede anunciar a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe su respuesta. Si se aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle de forma razonable sobre esa decisión.

Toda determinación de beneficio desfavorable se hará por escrito y contendrá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión
- Referencia específica a las disposiciones del Plan en la cual se basa la decisión
- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
  - Las opiniones que presente ante los profesionales de atención médica del Plan que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron
  - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio, y
  - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Las reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se basaron para tomar la determinación desfavorable o, alternativamente, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita, a pedido
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos, y
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales que se aplique y la fecha en la que el período de limitaciones contractuales vence).

## CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios de discapacidad a largo plazo y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Lincoln dentro de los 180 días posteriores al rechazo.

Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su reclamo inicial ni un subordinado de la persona que tomó la decisión sobre su reclamo inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. Lincoln le proporcionará toda prueba nueva o adicional o los fundamentos considerados en el marco de su reclamo, con tiempo suficiente antes de la fecha de la determinación de las apelaciones, a fin de darle una oportunidad razonable de responder.

Si su reclamo involucra una cuestión de criterio médico, Lincoln consultará a un profesional de atención de la salud que tenga las calificaciones, la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Si lo solicita, Lincoln le proporcionará la identificación de cualquier experto médico cuyo asesoramiento se haya obtenido en relación con su apelación. Lincoln tomará una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación de forma parcial o total, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación

- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
  - Las opiniones presentadas por usted a los profesionales de Lincoln de atención de la salud que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron.
  - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio, y
  - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Las reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se basaron para tomar la determinación desfavorable o, alternativamente, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita, a pedido
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación, y
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales que se aplique y la fecha en la que el período de limitaciones contractuales vence).

Consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) anteriormente en este capítulo en lo referido a la fecha límite para presentar una acción legal.

Consulte [Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad](#) anteriormente en este capítulo para obtener información sobre la apelación de las decisiones de elegibilidad.

## Mis recursos de salud mental

No es necesario que presente un reclamo de beneficios de Mis recursos de salud mental. Puede acceder al sitio web de Lyra o ponerse en contacto con Lyra por teléfono en cualquier momento mientras siga siendo elegible. Sin embargo, si tiene preguntas sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** o presentar un reclamo por escrito a la siguiente dirección:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**  
**Attn: Custodian of Records**  
**508 SW 8th Street**  
**Mail Stop #3610**  
**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Los reclamos y las apelaciones se determinan según los plazos y los requisitos para los procedimientos de presentación de reclamos de beneficios médicos que se establecen anteriormente en el capítulo.

## Seguro médico durante viajes de negocios internacionales

Por lo general, los formularios para reclamos no se requieren para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede comunicarse con GeoBlue o presentar un reclamo. Para enviar un reclamo por correo electrónico o por fax, descargue un formulario de reclamo y consulte las instrucciones detalladas en el Centro para Miembros en [geo-blue.com](http://geo-blue.com). Envíe su reclamo por correo electrónico a [claims@geo-blue.com](mailto:claims@geo-blue.com) o por fax al **610-482-9623**.

También puede enviar reclamos por correo postal. Descargue un formulario de reclamo del Centro para Miembros en [geo-blue.com](http://geo-blue.com) y envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

**GeoBlue**  
**Claims Department**  
**P.O. Box 1748**  
**Southeastern, Pennsylvania 19399-1748**

Los reclamos y las apelaciones se determinarán conforme a los plazos y los requisitos establecidos en la póliza de GeoBlue. Comuníquese con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los EE. UU., llame por cobrar al: **610-254-5830**.

# Información legal

Plan de salud y bienestar para asociados	302
Información de identificación del plan	302
Financiación del Plan	303
Modificación o cancelación del plan	303
Sus derechos conforme a ERISA	303
Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA	304
Medicare y la cobertura de medicamentos recetados	308
Asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid y el Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP)	309
Participante del Value Plan	312

# Información legal

El *Libro de beneficios para asociados* de 2024 contiene capítulos separados que, en conjunto, constituyen la Descripción resumida del plan (SPD) para el Plan para la salud y el bienestar de los asociados de Walmart Inc. (Plan). De forma específica, la SPD del Plan (*Libro de beneficios para asociados* de 2024) incluye los siguientes capítulos:

- Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia
- Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái
- Plan médico
- Beneficio de farmacia
- Plan dental
- Plan de la visión
- Mis recursos de salud mental
- Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)
- Plan de discapacidad a corto plazo para asociados por hora a tiempo completo
- Plan de discapacidad a largo plazo
- Discapacidad a largo plazo para conductores de camión
- Seguro de vida pagado por la empresa
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro de vida opcional para dependientes
- Seguro contra accidentes durante viajes de negocios
- Seguro contra accidentes
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)
- Seguro por enfermedades graves
- Reclamos y apelaciones

En este capítulo **Información legal** de la SPD, encontrará información administrativa importante y datos sobre sus derechos como participante del Plan.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Comuníquese con el administrador del Plan		<p>Escriba a: <b>Mail Stop 3610–Plan Administrator Senior Vice President, U.S. Benefits Associates’ Health and Welfare Plan</b>  <b>508 SW 8th Street</b>  <b>Mail Stop #3610</b>  <b>Bentonville, Arkansas 72716-3610</b></p> <p><b>NOTA:</b> Debe enviar su solicitud a la dirección específica indicada anteriormente, incluida la Dirección interna. Si no envía su solicitud a esta dirección, el administrador del plan tardará en recibirla.</p> <p>Llame al <b>479-621-2058</b></p>
Respuestas a las preguntas sobre la notificación de privacidad de la HIPAA	Envíe su pregunta a <a href="mailto:AHWPrivacy@walmart.com">AHWPrivacy@walmart.com</a>	Llame a Servicios al Personal al <b>800-421-1362</b>
Respuestas a las preguntas sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare	Visite <a href="http://medicare.gov">medicare.gov</a>	<b>800-MEDICARE (800-633-4227)</b> Los usuarios de TTY deben llamar al <b>877-486-2048</b>
Respuestas a las preguntas sobre Medicaid/CHIP	Visite <a href="http://insurekidsnow.gov">insurekidsnow.gov</a>	<b>877-KIDSNOW (877-543-7669)</b>

## Lo que debe saber sobre la información legal para el Plan de salud y bienestar para asociados

- Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas.
- La notificación de privacidad de la HIPAA que figura en este capítulo describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.
- La sección **Medicare y la cobertura de medicamentos recetados** que se encuentra en este capítulo explica las opciones que tiene dentro de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y lo puede ayudar a decidir si quiere inscribirse o no.
- En la notificación de Medicaid/Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP) se explican los derechos a la inscripción especial y a la asistencia para primas para individuos elegibles para estos programas.

## Plan de salud y bienestar para asociados

Walmart Inc. mantiene el Plan para el beneficio exclusivo de sus asociados elegibles y sus familiares elegibles. El Plan proporciona beneficios de salud y bienestar a través de los siguientes programas de beneficios:

- Beneficios médicos autofinanciados, incluidos los beneficios de farmacia\*
- Seguro médico (incluido HMO)\*\*
- Beneficios dentales autofinanciados
- Seguro de la visión
- Programa autofinanciado de asistencia al empleado (Mis recursos de salud mental)
- Beneficios por discapacidad a corto plazo autofinanciados
- Seguro por discapacidad a largo plazo
- Seguro de vida pagado por la empresa
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro de vida opcional para dependientes
- Seguro contra accidentes durante viajes de negocios
- Seguro contra accidentes
- Seguro contra muerte accidental o desmembramiento
- Seguro por enfermedades graves

Cada uno de los programas de beneficios (excepto el seguro médico) se resume en el capítulo respectivo de esta SPD. El seguro médico (incluido HMO) se resume en un folleto de certificado de seguro emitido por una compañía de seguros, un resumen preparado específicamente para ese programa de beneficios. Estos resúmenes también forman parte de la SPD del Plan.

Los términos y condiciones del Plan se exponen en esta SPD, en el Documento de cobertura del Plan de salud y bienestar para asociados (Documento de cobertura), y en las pólizas de seguro y otros documentos del programa de bienestar incorporados en el Documento de cobertura. El Documento de cobertura, junto con este libro y otros documentos incorporados, constituyen el instrumento escrito conforme a los cuales se establece y se mantiene el Plan. Una modificación de un documento incorporado, incluida esta SPD se considera una modificación del Plan.

\*Los beneficios médicos autofinanciados incluyen las siguientes opciones de planes: Plan Premier, Plan de Contribución, Plan Saver y Planes locales.

\*\*El seguro médico incluye las siguientes opciones de plan: Plan PPO, HMO.

## Información de identificación del plan

Patrocinador del Plan:

**Walmart Inc.**  
702 SW 8th Street  
Bentonville, Arkansas 72716-0295

**Número de Identificación del Empleador (EIN) del Patrocinador del Plan: 71-0415188**

**Número del Plan: 501**

**Tipo de Plan:** Seguro de bienestar, que incluye el seguro médico, dental, de la visión, el programa de asistencia al empleado, el seguro de discapacidad a corto plazo, seguro de discapacidad a largo plazo, el seguro de vida pagado por la compañía, el seguro de vida opcional para asociados y dependientes, el seguro contra accidentes en viajes de negocios, el seguro por accidentes, el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y el seguro por enfermedad grave.

**Tipo de administración:** El Plan es administrado por el Administrador del Plan. El administrador del plan tiene la facultad de delegar una parte o la totalidad de su responsabilidad fiduciaria en una parte externa. El Administrador del Plan ha delegado la responsabilidad fiduciaria para determinar los reclamos de beneficios y las apelaciones en virtud de los componentes de beneficios autofinanciados a los administradores de terceros. En el caso de los beneficios asegurados, las compañías de seguros tienen la responsabilidad fiduciaria de determinar los reclamos de beneficios y las apelaciones. El capítulo [Reclamos y apelaciones](#) de esta SPD, se identifica el administrador de la red subcontratado específico, incluidas las compañías de seguros que administran los reclamos y las apelaciones para los respectivos beneficios.

El Administrador del Plan (o sus delegados, incluidos los administradores de terceros y compañías aseguradoras que deciden sobre los reclamos y las apelaciones) tiene el criterio absoluto para interpretar y definir las disposiciones del Plan, sacar conclusiones de hecho, corregir errores y suplir omisiones. Todas las decisiones e interpretaciones del Administrador del Plan (o su delegado) adoptadas conforme al Plan serán finales, concluyentes y vinculantes para todas las personas y no se pueden anular a menos que un tribunal las considere arbitrarias e inusuales. Los beneficios se pagarán solamente si el Administrador del Plan (o su delegado) determina a su exclusivo criterio que el reclamante tiene derecho a ellos.

**Administrador del Plan y fiduciario designado:**

**Mail Stop 3610–Plan Administrator**  
**Senior Vice President, U.S. Benefits**  
**Associates' Health and Welfare Plan**  
508 SW 8th Street  
Mail Stop #3610  
Bentonville, Arkansas 72716-3610

**Fiduciario designado (para los beneficios médicos, de farmacia, odontológicos y de discapacidad a corto plazo autofinanciados):**

Para cada uno de los programas de beneficios con componentes autofinanciados, el administrador de la red subcontratado aplicable es un fiduciario designado en lo que respecta a las decisiones de si se pagará un reclamo de beneficios conforme al Plan.

**Fiduciario designado (para seguros médicos, de la visión, de vida a cargo de la empresa, de vida opcional para asociados, de vida opcional para dependientes, de accidente en viaje de negocios, de discapacidad a largo plazo, de accidente, muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y de enfermedad grave):**

Para cada uno de los programas de beneficios con componentes asegurados, la compañía de seguros aplicable es un fiduciario designado en lo respecta a las decisiones de si se pagará un reclamo de beneficios conforme al contrato de seguro.

**Depositario del plan:**

**J. P. Morgan**  
**4 New York Plaza, 15th Floor**  
**New York, New York 10004-2413**

**Agente de notificación del proceso legal:**

**Corporation Trust Company**  
**1209 Orange Street Corporation Trust Center**  
**Wilmington, Delaware 19801**

Las notificaciones legales también pueden estar a cargo del Depositario o Administrador del Plan.

**Año del Plan:** 1.º de enero al 31 de diciembre

## Financiación del Plan

Walmart Inc. puede financiar los beneficios del Plan a partir de sus activos generales o a través de contribuciones hechas al Fondo de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart Inc. Las contribuciones también pueden ser solicitadas por los asociados en una suma determinada por Walmart Inc. a su criterio. Todos los bienes del Plan, incluidas las contribuciones de asociados y los dividendos o ingresos del Plan estarán disponibles para pagar los beneficios suministrados conforme al Plan o los gastos del Plan, incluidas las primas de seguros.

## Modificación o cancelación del plan

Walmart se reserva el derecho según su exclusivo criterio a modificar o finalizar cualquier beneficio conforme al Plan, en cualquier momento y por cualquier motivo, ya sea que se relacione con un participante o beneficiario actual, pasado o futuro del Plan.

Ni el Plan ni los beneficios que se describen en este *Libro de beneficios para asociados de 2024* se pueden enmendar en forma oral. Todas las declaraciones y representaciones orales no tendrán fuerza ni efecto, ni siquiera si son realizadas por el Administrador del Plan, un asociado administrativo de Walmart o un representante del centro de llamadas de beneficios, o un administrador de terceros. Solo serán vinculantes para el Plan las declaraciones por escrito del Administrador del Plan.

## Sus derechos conforme a ERISA

Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas. La ley ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen derecho a lo siguiente:

### RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN Y SUS BENEFICIOS

Usted tiene derecho a:

- Revisar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otras instalaciones específicas, como lugares de trabajo y salones de sindicato, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, acuerdos de negociaciones colectivos y una copia del último informe anual (serie del Formulario 5500) que presentó el Plan ante el Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos, disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado.

- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, copias del último informe anual (serie del Formulario 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador puede cobrar un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan entregue una copia de este informe anual a cada participante.

## CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

Usted tiene derecho a continuar la cobertura de atención de la salud para usted, su cónyuge y sus dependientes si hay una pérdida de cobertura conforme al Plan como resultado de un evento calificador. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este *Libro de beneficios para asociados de 2024* y los documentos que rigen el Plan sobre las normas que determinan la continuación de los derechos de cobertura de COBRA. (Consulte el capítulo **COBRA** para obtener más información).

Se le debe otorgar un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, del plan o del emisor de seguro de salud cuando pierda cobertura conforme al plan, cuando tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA o cuando cesa la continuación de la cobertura de COBRA, si la solicita antes de perder la cobertura o si la solicita en un período de hasta 24 meses después de perder la cobertura.

El componente de beneficios médicos del Plan no tiene exclusión por afección preexistente.

## ACCIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ley ERISA impone deberes sobre las personas que son responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que administran su Plan, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de llevar a cabo su tarea con prudencia e interesándose por usted y por los otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador, su gremio ni cualquier otra persona puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga sus beneficios o ejerza sus derechos bajo la ERISA.

Si su reclamo por un beneficio se rechaza o ignora en parte o totalmente, tiene derecho a saber a qué se debe esta decisión, a obtener copias gratis de documentos que se relacionan con tal decisión y a apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos plazos.

Conforme a la ley ERISA, existen pasos que puede seguir para hacer valer los derechos expuestos anteriormente. Por ejemplo:

- Si solicita materiales al Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le suministre los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador.

- Si rechazan o ignoran en parte o totalmente su reclamo de beneficios, puede iniciar una demanda en un tribunal estatal o federal. Por lo general, debe completar el proceso de apelaciones antes de iniciar acciones legales contra el Plan. Sin embargo, se recomienda consultar a su abogado para determinar cuándo es adecuado iniciar acciones legales contra el Plan.
- Si no está de acuerdo con la decisión del plan o desconoce la misma con respecto al estado calificado de una orden de relación familiar u orden médica de subsidio de menores, puede presentar una demanda en un tribunal federal.
- Si los fiduciarios del Plan hicieron un mal uso del dinero del Plan o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar la ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede iniciar acciones legales en un tribunal federal.

El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y honorarios de abogados. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague tales gastos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle que pague los costos y honorarios; por ejemplo, si descubre que su reclamo es improcedente.

## AYUDA CON SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ERISA o necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, entre en contacto con la oficina de administración de seguridad de los beneficios del empleado más cercana, del Ministerio de Trabajo, que se incluyen en su directorio telefónico, o con:

**Division of Technical Assistance and Inquiries  
Employee Benefits Security Administration  
U. S. Department of Labor  
200 Constitution Avenue NW  
Washington, DC 20210**

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos conforme a la ley ERISA llamando a la línea gratuita de las publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al **866-444-3272** o ingresando en [dol.gov/ebsa](http://dol.gov/ebsa).

## Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA

Este aviso se actualizó el 15 de mayo de 2023

**ESTA NOTIFICACIÓN SE APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (AMP), AL PLAN DENTAL Y A MIS RECURSOS DE SALUD MENTAL DENOMINADOS CONJUNTAMENTE LOS “PLANES”.**

## COMPROMISO DE LOS PLANES CON SU PRIVACIDAD

A instancias de esta notificación, donde figuren “nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a los Planes. Walmart también proporciona beneficios para algunos asociados a través de una organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Plan PPO totalmente asegurado y un plan de seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales totalmente asegurado. Para estas opciones de beneficios, el asegurador del Plan de HMO o PPO, o el plan de seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales es responsable de proteger su información de salud conforme a las regulaciones de la HIPAA, así como de proporcionarle su propia notificación de las prácticas de privacidad.

Los planes se encargan de mantener la privacidad de su información de salud durante el tiempo que el Plan mantenga su información de salud o durante cincuenta años después de su fallecimiento. Mediante la administración de los planes, creamos registros sobre usted y los beneficios que le proporcionamos. Esta notificación le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describe sus derechos y determinadas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información de salud. La ley nos exige:

- Preservar la privacidad de su información médica, también conocida como Información médica protegida (PHI);
- Proporcionarle esta notificación
- Cumplir con las disposiciones de esta notificación, y
- Notificarlo si se infringe su PHI sin seguridad.

**El Plan se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad y de hacer que toda modificación se aplique a la PHI que obtuvimos sobre usted antes de realizadas las modificaciones. Si se realiza una revisión material de esta notificación, le haremos llegar la nueva notificación. Para obtener una copia impresa de la notificación vigente, comuníquese con los Planes a través de la información de contacto que figura al final de esta notificación. La notificación más reciente también se encuentra disponible en [One.Walmart.com](http://One.Walmart.com).**



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELA CON ATENCIÓN. Usted tiene ciertos derechos conforme a la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). La HIPAA regula en qué momento y de qué modo su información sobre salud médica, conservada por el AMP, el plan dental y Mis recursos de salud mental, puede ser utilizada y divulgada y de qué manera puede usted tener acceso a esta información. Comparta una copia de ella con los miembros de su familia cubiertos por el AMP, el plan dental y Mis recursos de salud mental.



## CÓMO PUEDEN USAR Y DIVULGAR SU PHI EL AMP, EL PLAN DENTAL Y MIS RECURSOS DE SALUD MENTAL

La ley permite que usemos y divulguemos su información médica protegida (PHI) para determinados fines sin su permiso o autorización. A continuación, se presentan ejemplos de cada una de estas circunstancias:

1. **Para tratamientos.** Se nos permite usar o divulgar su PHI si los fines están relacionados con un tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con médicos, enfermeros y otros profesionales que participan en sus cuidados.
2. **Para pagos.** Se nos permite usar o divulgar su PHI para permitir el pago del tratamiento que recibe conforme a los Planes. Por ejemplo, podemos contactar a su médico para certificar que usted ha recibido tratamiento (y por qué rango de beneficios) y solicitar detalles relacionados con su tratamiento para determinar si sus beneficios cubrirán su tratamiento (o pagarán los costos). Además, podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que pueden ser responsables de tales costos, como familiares u otras compañías de seguros.
3. **Para operaciones relacionadas con la atención de la salud.** Podemos usar o divulgar su PHI para aplicarla en nuestras operaciones relacionadas con la atención de la salud. Por ejemplo, nuestros administradores de reclamos en algunos estados o los mismos Planes pueden usar su PHI para llevar a cabo actividades de planificación y gestión de costos. Toda información que utilicemos o divulguemos para suscribir esos fines no incluirán ninguna PHI que sea información genética.
4. **Para el patrocinador de los Planes.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI a Walmart, el Patrocinador del Plan. El Patrocinador de los Planes utilizará su PHI únicamente según sea necesario para administrar los Planes. La ley solo permite que los Planes divulguen su PHI a Walmart, en calidad de Patrocinador de los Planes, si Walmart certifica, entre otros aspectos, que solo la utilizará o divulgará según lo permite el Plan, que limitará el acceso a ella a los empleados de Walmart cuyo trabajo sea administrar el Plan y que no la usará para actividades relacionadas con el empleo.
5. **Para programas y servicios relacionados con la atención de la salud.** Los Planes pueden contactarlo para brindarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su atención de la salud que pueden ser de su interés.
6. **A personas relacionadas con su atención o con el pago de su atención.** Los Planes pueden divulgar a terceros su información médica protegida que esté relacionada con la atención de la salud que usted recibe (incluidos a sus familiares, amigos cercanos o a una persona identificada en el Plan como involucrada en este aspecto), siempre y cuando usted esté de acuerdo. Si usted no se encuentra presente para aceptar o denegar la divulgación de su PHI a terceros, los Planes pueden usar su criterio profesional para determinar si hacerlo es beneficioso para usted. Si se decide que hacerlo es en su mayor beneficio, los Planes pueden divulgar la menor cantidad de PHI necesaria para alcanzar el objetivo. Además, usted tiene el derecho a solicitar que los Planes limiten la divulgación de su PHI a individuos específicos del ámbito de la atención de la salud que usted recibe.

## OTROS USOS O FORMAS DE DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

Le ley nos permite divulgar su PHI sin su permiso o autorización en las siguientes circunstancias:

1. **Cuando así lo exige la ley.** Los Planes usarán y divulgarán su PHI cuando nos lo exija la ley federal, estatal o local.
2. **Para prevención de riesgos de la salud pública.** El Plan puede divulgar su PHI para su aplicación en actividades de salud pública, tales como actividades que apuntan a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones, informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con determinados productos e informar sobre el maltrato o abandono de niños, personas mayores y adultos dependientes.
3. **Para actividades de supervisión de atención de la salud.** Los Planes pueden divulgar su PHI a un organismo que supervise la atención de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión, que son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y concesión de permisos de ausencia.
4. **Para acciones legales y conflictos.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial si usted se ve implicado en una acción legal o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una requisitoria prejudicial de pruebas, citación u otro proceso legal promovido por otra parte implicada en el conflicto, pero únicamente si recibimos garantías satisfactorias de la parte que busca la información de que se han hecho los esfuerzos razonables para informarle de la requisitoria, permitirle objetar en un tribunal u obtener una orden a fin de proteger la información que ha solicitado dicha parte.
5. **A efectos del cumplimiento de la ley.** Los Planes pueden divulgar su PHI si una autoridad judicial la solicita en determinadas circunstancias, que incluyen, entre otras, las siguientes:
  - Con relación a un delito en determinadas situaciones, si nos resulta imposible obtener el consentimiento de la persona
  - Con relación a una muerte que sospechamos pudo haber sido consecuencia de un acto delictivo
  - Con relación a un acto delictivo perpetrado en nuestras oficinas
  - En respuesta a una orden de allanamiento, una citación, una orden judicial, una orden de comparecencia o un proceso legal similar
  - Para identificar o ubicar a un sospechoso, a un testigo material, a un fugitivo o a una persona desaparecida
  - En una emergencia, para dar aviso de un delito (lo cual incluye la ubicación de las víctimas del delito o la descripción, identidad o ubicación de la persona que cometió el delito), y

- En los casos en los que una agencia encargada del cumplimiento de la ley haya solicitado PHI a los fines de identificar o ubicar a una persona, la HIPAA permite que, si se cumplen determinadas situaciones, los planes divulguen a dicha agencia información limitada tal como el nombre, la dirección, el número de Seguro Social, el tipo de sangre ABO, el tipo de lesión, la fecha y la hora del tratamiento o el fallecimiento y características físicas distintivas.
6. **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI cuando resulte necesario para minimizar o prevenir una amenaza grave para su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o de la comunidad. En estos casos, solo divulgaremos información a las personas u organizaciones que pueden ayudar a prevenir la amenaza.
  7. **Para cumplir funciones militares.** Los Planes pueden divulgar su PHI si usted es miembro del ejército de los Estados Unidos o de las fuerzas armadas extranjeras (incluso excombatientes) a los fines de garantizar la ejecución correcta de una misión militar solamente si la autoridad militar correcta ha publicado en el Registro Federal la información adecuada.
  8. **Para la seguridad nacional.** Los Planes pueden divulgar su PHI a funcionarios Federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente, otros funcionarios o presidentes extranjeros, o bien para llevar a cabo investigaciones.
  9. **Presidarios.** Los planes pueden divulgar su PHI a instituciones correccionales o autoridades judiciales si está preso o bajo la custodia de un organismo judicial. En estos casos, se divulga la información por las siguientes razones: a fin de que la institución le brinde servicios de atención de la salud; para la seguridad y protección de la institución; para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otras personas.
  10. **Para programas de compensación de trabajadores.** Los planes pueden divulgar su información médica para programas de compensación de trabajadores y otros programas similares.
  11. **Para servicios relacionados con el fallecimiento.** Los Planes pueden divulgar su PHI tras su fallecimiento a un médico forense, director fúnebre o centro de donación de órganos, según sea necesario para permitirles cumplir sus funciones.
  12. **Investigación.** La HIPAA les permite a los Planes divulgar PHI a los fines de investigación aprobada por el gobierno. Es política de los Planes no divulgar PHI a los fines de investigación y no divulgará su PHI para tales fines a menos que sea necesario divulgarla de conformidad con la ley.
  13. **Notas de psicoterapia.** Siempre se requiere una autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia a un tercero a menos que el uso o la divulgación estén permitidos de conformidad con las regulaciones de la HIPAA. Los usos o las divulgaciones permitidos incluyen: uso para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; uso por el originador de las notas para tratamiento; uso por los Planes para defenderse en una demanda que usted inicie; cuando sea requerido por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos; cuando dicha divulgación sea requerida por ley; para actividades de supervisión de atención de la salud según esté permitido de conformidad con las regulaciones; divulgación a una persona que puede prevenir razonablemente un daño grave a una persona o al público; y la divulgación a un examinador médico o médico forense a los fines de identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otros fines permitidos por la ley. Aunque las regulaciones permiten a las entidades cubiertas usar y divulgar notas de psicoterapia para la capacitación de profesionales o estudiantes de la salud, los Planes no participan en dichos ejercicios de capacitación y no pueden divulgar la información para tales fines.
  14. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Los Planes puede divulgar su PHI si hay una creencia razonable de que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Dicha divulgación está permitida conforme a la ley HIPAA solamente si lo exige la ley o con su permiso o en la medida en la que la divulgación esté expresamente autorizada por ley y solamente si, al mejor criterio del Plan, la divulgación es necesaria para prevenir un daño grave a usted u otras víctimas potenciales.
  15. **Actividades de supervisión de la salud e investigaciones conjuntas.** El Plan debe divulgar PHI solicitada de agencias de supervisión de la salud a los fines de auditorías autorizadas legalmente, investigaciones que incluyen investigaciones conjuntas, inspecciones, concesión de licencias, acciones disciplinarias u otras actividades de supervisión de entidades autorizadas.
  16. **Esfuerzos de socorro en desastres.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI para notificar a un integrante de la familia o a otra persona involucrada en su atención su ubicación, condición general o muerte, o a una entidad pública o privada autorizada por la ley o su estatuto para asistir en los esfuerzos de socorro en desastres a hacer dicha notificación.

## USOS Y DIVULGACIÓN QUE REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN

Los Planes solicitarán su autorización escrita en caso de necesitar usar o divulgar su PHI para otras situaciones, que incluyen la mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia (excepto en las situaciones descritas más arriba), los usos y las divulgaciones de PHI para fines comerciales, y los usos o las divulgaciones que son una venta de la PHI. Tras su autorización, el Plan no condicionará su elegibilidad para participar en el Plan o el pago de los beneficios conforme al Plan, excepto cuando la ley lo permita. Si usted nos otorga una autorización escrita para usar o divulgar su PHI, puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su PHI por las razones que se describen en la autorización, salvo en las que hemos tomado medidas basándonos en su autorización antes de que recibiéramos su revocación por escrito.

## LEYES DE PRIVACIDAD ESTATALES MÁS ESTRUCTURADAS

Conforme a las Reglamentaciones de Privacidad de la HIPAA, el Plan debe acatar las legislaciones estatales, de haberlas, que también son aplicables y no vayan en contra de la HIPAA (por ejemplo, donde las leyes estatales sean más estrictas). El Plan mantiene una política para garantizar el cumplimiento de estas leyes.

## SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la PHI que mantenemos en nuestro poder:

1. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que los Planes se comuniquen con usted por asuntos concernientes a su salud y otros temas relacionados por medios específicos o en lugares determinados si considera que su vida puede correr peligro si se envía la información a su hogar. Por ejemplo, puede pedir que se lo contacte en el trabajo y no en su casa. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección y especificar el método de contacto solicitado o el lugar donde desea que se lo contacte. Para que consideremos la posibilidad de dar lugar a su solicitud de comunicación confidencial, su solicitud por escrito debe establecer con claridad que su vida podría correr peligro si esta información se divulga total o parcialmente.
2. **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o en la divulgación de su PHI a los fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Si bien no estamos obligados a acceder a su solicitud excepto en circunstancias limitadas, en caso de que efectivamente accedamos, estamos obligados conforme a este acuerdo, salvo cuando la ley exija lo contrario, en casos de emergencias o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento. Para solicitar una restricción a nuestro uso o divulgación de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa: (a) la información que desea que se restrinja; (b) si desea que el Plan médico para asociados, el plan dental o Mis recursos de salud mental se limiten en cuanto a su uso, su divulgación o ambos; (c) a quién desea que se apliquen estas restricciones.
3. **Derecho a revisar y copiar la información.** Salvo en circunstancias limitadas, tiene derecho a revisar y copiar la PHI que puede utilizarse para tomar decisiones que lo involucran. Generalmente, esto incluye registros médicos y de facturación. Para revisar o copiar su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Los Planes deben proporcionarle directamente, a usted o el individuo que designe, acceso a la PHI electrónica en el formulario electrónico y formato que solicite, si se puede ejecutar inmediatamente o, en caso contrario, en un formato electrónico que pueda leerse según lo acordado

entre usted y el Plan. Los planes pueden cobrar una tarifa por el costo de la copia, el envío postal, las tareas realizadas y los insumos relacionados con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de revisar y/o copiar la información en ciertas circunstancias específicas. En estos casos, puede solicitar al Plan que se revise la decisión de rechazo de solicitud a la dirección que aparece en la siguiente columna.

4. **Derecho a solicitar enmiendas.** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si considera que es incorrecta o que está incompleta. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Debe incluir un motivo que respalde su solicitud de enmiendas. Podemos rechazar su solicitud si nos pide modificar PHI que: (a) es precisa y completa; (b) no forma parte de la PHI guardada por el Plan o para el Plan; (c) no forma parte de la PHI que usted está autorizado a revisar y copiar; (d) no fue creada por el Plan, salvo que la persona o el organismo que creó la PHI no pueda modificarla. Incluso si rechazamos su solicitud de enmiendas, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con respecto a toda información en sus registros que considere incompleta o incorrecta. Si lo solicita, esta información formará parte de sus registros médicos: la adjuntaremos a sus registros y la incluiremos cada vez que divulguemos esta información o declaración que usted considera incompleta o incorrecta.
5. **Derecho a un informe sobre la divulgación de información.** Tiene derecho a solicitar un informe sobre la divulgación de su información. El informe sobre la divulgación de información es una lista de determinados casos en que divulgamos su PHI, para fines que no están relacionados con tratamientos, pagos, operaciones de atención de la salud y otras excepciones conforme a la ley o conforme a su autorización. Para solicitar un informe sobre la divulgación de información, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Debe especificar el período, el cual no debe superar los seis años anteriores a su solicitud. Le notificaremos el costo involucrado en el cumplimiento con su solicitud y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento.
6. **Notificación impresa.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación, incluso si accedió a recibirla en formato electrónico.

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante el Plan Médico para Asociados, el plan dental o Mis recursos de salud mental, o bien ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentarnos un reclamo, debe enviarlo por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Ni Walmart ni los Planes tomarán represalias contra usted por presentar un reclamo. No se tomarán represalias contra usted ni se le discriminará, ni se le negará ningún servicio, pago ni privilegio porque haya presentado un reclamo ante el Plan Médico para Asociados, el plan dental, Mis recursos de salud mental, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si tiene preguntas sobre esta notificación o desea ejercer los derechos descritos en esta notificación, comuníquese con:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team**  
**Attn: HIPAA Compliance Team**  
**508 SW 8th Street**  
**Mail Stop #3610**  
**Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Envíe sus consultas por correo electrónico a:  
[AHWPrivacy@walmart.com](mailto:AHWPrivacy@walmart.com)  
 Teléfono: **800-421-1362**

## Medicare y la cobertura de medicamentos recetados

Lea detenidamente esta notificación sobre Medicare y la cobertura de medicamentos recetados y consérvela en un lugar donde pueda encontrarla.

Esta notificación contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Plan médico para asociados (el AMP) y la opción de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando la posibilidad de adherirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de esta notificación encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados.

Existen dos aspectos importantes que debe conocer sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Puede gozar de esta cobertura si se adhiere a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (por ejemplo, una HMO o una PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen como mínimo un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta. Para fines del Libro de Beneficios de los Asociados, cualquiera de los planes de medicamentos de Medicare cubiertos por este aviso se consideran planes de la Parte D.
- El AMP ha determinado se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se ofrecen en todas las opciones de autofinanciación del AMP pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable, en promedio y para todos los participantes del Plan. Si se inscribe en una de estas opciones, puede conservar su cobertura actual y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en el plan de medicamentos Parte D de Medicare.

## ¿CUÁNDO PUEDE ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando adquiera elegibilidad por primera vez para Medicare y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

No obstante, si pierde su cobertura atribuible actual de medicamentos recetados, sin que medie culpa de su parte, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

## ¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que, si está inscrito en una opción del AMP y abandona o pierde su cobertura del AMP y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura del AMP actual, puede pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días corridos o más desde el final del último mes en que fue inicialmente elegible para adherirse al plan de medicamentos de Medicare, pero no se adhirió sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual aumentaría como mínimo el 1 % de la prima mensual básica para beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima siempre debe ser, al menos, un 19 % más alta que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) por el tiempo que tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente período de inscripción anual de Medicare, que empieza en octubre, para adherirse.

## ¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con AMP se verá afectada. Las directrices del plan le impiden inscribirse en el AMP si está inscrito en un plan de medicamentos de Medicare. Además, si su dependiente está inscrito en un plan de medicamentos de Medicare y usted no lo está, usted es elegible para inscribirse en el AMP, pero su dependiente no será elegible para tal cobertura.

Si opta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona la cobertura del AMP, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán volver a inscribirse, pero solamente durante la Inscripción anual o debido a un evento de cambio de elección, siempre y cuando no siga inscrito en un plan de medicamentos de Medicare.

Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y decide, en un plazo de 60 días, volver a cambiar a una opción de plan conforme al AMP, tendrá que llamar a People Services al **800-421-1362** para volver a inscribirse. Para obtener información, consulte el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTA NOTIFICACIÓN O SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** para obtener información adicional. Nota:

- Recibirá este aviso cada año antes del siguiente periodo en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.
- Si realizamos alguna modificación al plan que afecte su cobertura acreditable conforme al AMP, recibirá otra notificación.
- Si desea obtener una copia de esta notificación en cualquier momento, puede solicitarla a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS OPCIONES QUE TIENE BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede obtener más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados en el manual “*Medicare & You*” (Medicare y usted) de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Llame a su programa estatal de asistencia para seguros de salud para obtener ayuda personalizada. (Busque el número telefónico en el manual *Medicare & You* (Medicare y usted)).
- Llame al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **877-486-2048**.

Si tiene ingresos y recursos limitados puede obtener ayuda adicional para pagar el plan de medicamentos recetados de Medicare disponible. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio de la Administración de Seguridad Social en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) o llame al **800-772-1213** (TTY **800-325-0778**).



### RECUERDE

Conservar este aviso de cobertura acreditable. Si decide adherirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de esta notificación cuando se adhiera para demostrar que ha mantenido una cobertura atribuible o no, y por lo tanto, que debe pagar una prima más alta (una multa) o no.

## Asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid y el Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y usted es elegible para una cobertura de salud de Walmart Inc., es posible que su estado tenga un programa de asistencia para primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura mediante el uso de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para tener Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con primas, pero tal vez pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguro de salud. Para obtener más información, visite [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados que se mencionan en la siguiente página, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si disponen de asistencia con primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o en el CHIP, y considera que usted o cualquiera de sus dependientes son elegibles para uno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado, llame al **877-KIDS NOW** o visite [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo inscribirse. Si usted reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que podría ayudarlo a pagar las primas del Plan.

Si usted o sus dependientes son elegibles para un programa de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, así como elegible para el Plan de Walmart, Inc., el Plan está obligado a permitirle a usted y a sus dependientes inscribirse en el Plan si todavía no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial” y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se haya determinado que es elegible para la asistencia para primas. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o llamando al **866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados es actual desde el 31 de julio de 2023. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado.

<p><b>ALABAMA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> Teléfono: <b>855-692-5447</b></p>	<p><b>IOWA MEDICAID Y CHIP (Hawki)</b> Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Teléfono de Medicaid: <b>800-338-8366</b> Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a> Teléfono de Hawki: <b>800-257-8563</b> Sitio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a> Teléfono de HIPP: <b>888-346-9562</b></p>
<p><b>ALASKA – Medicaid</b> Programa de pago de primas del seguro de salud de Alaska Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: <b>866-251-4861</b> Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>	<p><b>KANSAS – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://www.kancare.ks.gov">http://www.kancare.ks.gov</a> Teléfono de HIPP: <b>800-967-4660</b></p>
<p><b>ARKANSAS – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://myarhipp.com">http://myarhipp.com</a> Teléfono: <b>855-MyARHIPP (855-692-7447)</b></p>	<p><b>KENTUCKY – Medicaid</b> Sitio web del Programa de pago de primas del seguro de salud de Kentucky (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: <b>855-459-6328</b> Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPProgram@ky.gov">KIHIPPProgram@ky.gov</a> Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: <b>877-524-4718</b> Sitio web de Medicaid: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>
<p><b>CALIFORNIA – Medicaid</b> Pago de primas del seguro de salud (HIPP) Sitio web: <a href="https://www.dhcs.ca.gov/hipp">https://www.dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: <b>916-445-8322</b> Fax: <b>916-440-5676</b> Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>	<p><b>LOUISIANA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: <b>888-342-6207</b> (línea directa de Medicaid) o <b>855-618-5488</b> (LaHIPP)</p>
<p><b>COLORADO – Health First Colorado (Medicaid) y Plan de salud para niños Plus (CHP+)</b> Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com">https://www.healthfirstcolorado.com</a> Centro de Contacto para miembros de Health First Colorado: <b>800-221-3943</b> State Relay <b>711</b> CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio de Atención al Cliente de CHP+: <b>800-359-1991</b> / State Relay <b>711</b> Programa de compra de seguros médicos (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com">https://www.mycohibi.com</a> Servicio de Atención al Cliente de HIBI: <b>855-692-6442</b></p>	<p><b>MAINE – Medicaid</b> Sitio web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a> Teléfono: <b>800-442-6003</b> TTY: Servicio de retransmisión de Maine <b>711</b> Sitio web de primas del seguro de salud privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: <b>800-977-6740</b> TTY: Servicio de retransmisión de Maine <b>711</b></p>
<p><b>FLORIDA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: <b>877-357-3268</b></p>	<p><b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b> Sitio web: <a href="http://www.mass.gov/masshealth/pa">http://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: <b>800-862-4840</b> TTY: <b>711</b> Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
<p><b>GEORGIA – Medicaid</b> Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: <b>678-564-1162</b>, oprima <b>1</b> Sitio web de GA-CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: <b>678-564-1162</b>, oprima <b>2</b></p>	<p><b>MINNESOTA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a> Teléfono: <b>800-657-3739</b></p>
<p><b>INDIANA – Medicaid</b> Healthy Indiana Plan para adultos de bajos recursos de 19 a 64 años de edad Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip">http://www.in.gov/fssa/hip</a> Teléfono: <b>877-438-4479</b> Y el resto de Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid">https://www.in.gov/medicaid</a> Teléfono: <b>800-457-4584</b></p>	<p><b>MISURI – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: <b>573-751-2005</b></p>
	<p><b>MONTANA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: <b>800-694-3084</b> Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>

<p><b>NEBRASKA – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>            Teléfono: 855-632-7633            Lincoln: 402-473-7000            Omaha: 402-595-1178</p>	<p><b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>            Teléfono: 888-549-0820</p>
<p><b>NEVADA – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a>            Teléfono: 800-992-0900</p>	<p><b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>            Teléfono: 888-828-0059</p>
<p><b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>            Teléfono: 603-271-5218            Línea telefónica gratuita del programa HIPP: 800-852-3345, ext 5218</p>	<p><b>TEXAS – Medicaid</b>            Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) / página web de Servicios de Salud y Humanos de Texas: <a href="https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program">https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program</a>            Teléfono: 800-440-0493</p>
<p><b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid</a>            Teléfono de Medicaid: 609-631-2392            Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>            Teléfono de CHIP: 800-701-0710</p>	<p><b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov">https://medicaid.utah.gov</a>            Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a>            Teléfono: 877-543-7669</p>
<p><b>NUEVA YORK – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid</a>            Teléfono: 800-541-2831</p>	<p><b>VERMONT – Medicaid</b>            Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) / página web del Departamento de Acceso a la Salud de Vermont: <a href="https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program</a>            Teléfono: 800-250-8427</p>
<p><b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a>            Teléfono: 919-855-4100</p>	<p><b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>  <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a>            Teléfono de Medicaid y CHIP: 800-432-5924</p>
<p><b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>            Sitio web <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>            Teléfono: 844-854-4825</p>	<p><b>WASHINGTON – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov">https://www.hca.wa.gov</a>            Teléfono: 800-562-3022</p>
<p><b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>            Teléfono: 888-365-3742</p>	<p><b>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web: <a href="https://dhr.wv.gov/bms">https://dhr.wv.gov/bms</a>  <a href="http://mywvhipp.com">http://mywvhipp.com</a>            Teléfono de Medicaid: 344-558-1700            Línea telefónica gratuita de CHIP: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)</p>
<p><b>OREGÓN – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>            Teléfono: 800-699-9075</p>	<p><b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web:  <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>            Teléfono: 800-362-3002</p>
<p><b>PENSILVANIA – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a>            Teléfono: 800-692-7462            Sitio web de CHIP: <a href="https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx">https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx</a>            Teléfono de CHIP: 800-986-KIDS (5437)</p>	<p><b>WYOMING – Medicaid</b>            Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility</a>            Teléfono: 800-251-1269</p>
<p><b>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</b>            Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov">http://www.eohhs.ri.gov</a>            Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)</p>	

Para consultar si otros estados han incorporado un programa de asistencia para el pago de primas después del 31 de julio de 2023 o para obtener más información sobre los derechos a la inscripción especial, comuníquese con el:

**Departamento de Trabajo de los EE. UU.**  
 Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado  
[dol.gov/ebsa](http://dol.gov/ebsa)  
 866-444-EBSA (3272)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**  
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[cms.hhs.gov](http://cms.hhs.gov)  
 877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565 61565

## Participante del Value Plan

### EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA ASOCIADOS (AHWP) RESPETA LA DIGNIDAD DE CADA PERSONA QUE PARTICIPA EN EL PLAN.

El AHWP no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, y prohíbe estrictamente las represalias contra cualquier persona que presente un reclamo por discriminación. Además, con mucho gusto brindamos a nuestros participantes asistencia con el idioma, dispositivos y servicios auxiliares sin costo alguno. Lo valoramos como participante y su satisfacción es importante para nosotros.

Si necesita dicha asistencia o tiene inquietudes, llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan. Si tiene preguntas o inquietudes, utilice alguno de los métodos que aparecen a continuación para que podamos ayudarlo mejor.

Para obtener asistencia, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

عربي  
خدمات الترجمة الفورية متاحة دون تكلفة. 1-800-421-1362.

မြန်မာ  
စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-421-1362

汉语普通话  
翻译服务免费提供。1-800-421-1362.

فارسی  
خدمات مترجم بدون هیچ هزینه ای در دسترس می باشد. 1-800-421-1362

Français  
Des services d'interprètes sont disponibles sans frais.  
1-800-421-1362.

kreyòl ayisyen  
Gen Sèvis entèprèt ki disponib gratis. 1-800-421-1362.

日本人  
通訳サービスは無料でご利用いただけます。1-800-421-1362.

한국어  
통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-421-1362.

Polski  
Usługi tłumacza dostępne są bez żadnych kosztów.  
1-800-421-1362.

Para obtener más información o utilizar nuestro proceso de queja, comuníquese con Servicios al Personal al **1-800-421-1362**.

Para presentar un reclamo por discriminación comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

**Teléfono: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)**

**Sitio web:** [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

**Correo electrónico:** [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Se ofrecen servicios de intérprete sin costo: **1-800-421-1362**.

Português (Brazil)  
Serviços de interprete estão disponíveis grátis.  
1-800-421-1362.

ਪੰਜਾਬੀ  
ਦੇਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-421-1362.

Română  
Serviciile de interpretariat sunt disponibile gratuit.  
1-800-421-1362.

Русский  
Переводческие Услуги оказываются бесплатно. 1-800-421-1362.

Af-Soomaali  
Adeegyada Turjumaanka waxaa lagu heli karaa kharash la'aan.  
1-800-421-1362.

Español  
Los servicios de interpretación están disponibles de manera gratuita. 1-800-421-1362.

Kiswahili  
Huduma za tafsiri zipo bila malipo. 1-800-421-1362.

Tiếng Việt  
Dịch Vụ Thông Dịch có sẵn miễn phí. 1-800-421-1362.





# El Plan 401(k) de Walmart

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart	316
Inscripción en el Plan	317
Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart	317
Transferencia de fondos de un plan de un empleador previo o de una IRA	318
Reembolso de determinadas distribuciones al Plan	318
Cómo realizar contribuciones a su cuenta	318
Cómo hacer una conversión Roth dentro del Plan	320
Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía	320
Inversión de su cuenta	321
Más información sobre la propiedad de acciones de Walmart	322
Saldos y resúmenes de cuenta	323
Recepción de un pago de liquidación mientras trabaja para Walmart	323
Si usted muere: su beneficiario designado	325
Si se divorcia	326
Si se va de Walmart	326
Si se va de Walmart y Walmart vuelve a contratarlo	328
Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación	328
Presentación de reclamos al Plan 401(k) de Walmart	330
Información administrativa	331
Anexo especial de la notificación impositiva	333
Anexo especial de la notificación impositiva: Contribuciones Roth	337

---

El nombre legal del Plan es Plan 401(k) de Walmart. Su empleador es el único que proporciona este documento. Ninguna filial de Bank of America Corporation revisó ni participó en la creación de la información que se incluye en este documento.

# El Plan 401(k) de Walmart

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Inscríbese o modifique sus contribuciones antes de impuestos o sus contribuciones para ponerse al corriente	Vaya a <a href="https://one.walmart.com">One.Walmart.com</a> o el sitio web del Plan en <a href="https://benefits.ml.com">benefits.ml.com</a>	Llame al Centro de Atención al Cliente al <b>888-968-4015</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscribirse o modificar sus contribuciones antes de impuestos, contribuciones Roth o contribuciones para ponerse al corriente</li> <li>Solicitar una conversión Roth dentro del Plan</li> <li>Solicitar un paquete de transferencia para realizar una contribución de transferencia</li> <li>Obtener un folleto de información sobre gastos</li> <li>Obtener información acerca de sus cuentas del Plan</li> <li>Obtener una copia de su resumen trimestral</li> <li>Solicitar un retiro por dificultad financiera o un retiro luego de alcanzar la edad de 59 años y medio</li> <li>Solicitar un retiro para gastos de nacimiento o adopción</li> <li>Modificar sus opciones de fondos de inversión</li> <li>Solicitar un pago de liquidación cuando se va de Walmart</li> <li>Obtener información acerca de las opciones de inversión del Plan</li> <li>Solicitar un retiro de su contribución de transferencia</li> <li>Solicitar un préstamo de su cuenta del Plan</li> </ul>	Visite <a href="https://benefits.ml.com">benefits.ml.com</a>	Llame al Centro de Atención al Cliente al <b>888-968-4015</b>
Designar a un beneficiario	Visite <a href="https://one.walmart.com">One.Walmart.com</a>	

## Lo que debe saber sobre el Plan 401(k) de Walmart

- Usted es elegible para hacer sus propias contribuciones al Plan tan pronto como sea administrativamente posible después de su fecha de contratación. Puede contribuir del 1 % al 50 % de su pago elegible cada período de pago.
- Puede elegir hacer contribuciones diferidas del sueldo antes de impuestos o contribuciones diferidas del sueldo Roth. Las contribuciones diferidas del sueldo antes de impuestos (y las ganancias de estas) no están sujetas a los impuestos federales sobre las ganancias actuales y, en la mayoría de los casos, impuestos estatales y locales, hasta que se distribuyan del Plan. Las contribuciones diferidas del sueldo Roth se hacen antes de impuestos, pero las contribuciones y, en la mayoría de los casos, las ganancias de estas, no están sujetas a los impuestos federales sobre las ganancias cuando se le distribuyan (siempre y cuando la distribución cumpla con ciertos requisitos).
- También podrá convertir las contribuciones antes de impuestos en contribuciones Roth después de impuestos solicitando una Conversión Roth dentro del Plan.
- Si se le acreditan al menos 1,000 horas de trabajo en su primer año y contribuye a su cuenta, comienza a recibir contribuciones paralelas el primer día del mes calendario posterior a su primer aniversario de empleo.
- Una vez que adquiere elegibilidad para las contribuciones paralelas, Walmart realizará contribuciones paralelas por cada dólar que usted aporta, hasta el 6 % de su pago anual elegible. (No se hacen contribuciones paralelas por las contribuciones que realice antes de ser elegible para las contribuciones paralelas).
- Siempre tiene el derecho de posesión del 100 % sobre el dinero que contribuya y sobre el dinero que Walmart contribuya a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía.
- Usted decide cómo invertir todas las contribuciones realizadas a su cuenta del Plan.
- Si no especifica cómo se invertirán sus contribuciones, se invierten automáticamente en la opción de inversión predeterminada del Plan, los fondos myRetirement Funds.
- El Plan acepta contribuciones de transferencia desde otros planes de jubilación elegibles. Puede retirar sus contribuciones de transferencia en cualquier momento.
- Puede solicitar un préstamo de su cuenta del Plan, sujeto a las reglas del Plan.
- Ahora, puede solicitar un retiro de hasta \$5,000 con motivo del nacimiento o la adopción de un hijo.

Este es un resumen de los beneficios ofrecidos por el Plan desde el 1 de octubre de 2023 (a menos que se indique lo contrario). Si surgieran cuestiones relativas a la naturaleza y al alcance de sus beneficios, prevalecerá el lenguaje formal del documento del Plan, no la redacción informal de este resumen.

## Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart

### ASOCIADOS ELEGIBLES PARA PARTICIPAR EN EL PLAN

Todos los asociados de Walmart Inc. o de subsidiarias participantes son elegibles para participar en el Plan, excepto los siguientes:

- Empleados subcontratados; extranjeros no residentes sin ingresos provenientes de fuentes estadounidenses; contratistas o asesores independientes
- Personas que no sean tratadas como empleados de Walmart o de sus subsidiarias participantes
- Asociados cubiertos por un convenio colectivo de trabajo, en la medida en que el convenio no prevea la participación en este Plan, y
- Asociados representados por un representante de un convenio colectivo de trabajo después de que Walmart haya negociado de buena fe un acuerdo con el representante respecto del tema de los beneficios.

A los fines de esta Descripción resumida del Plan, se hará referencia a todas las subsidiarias participantes como "Walmart".

### CUÁNDO COMIENZA LA PARTICIPACIÓN

**A los fines de sus contribuciones.** Si es un asociado elegible, puede comenzar a hacer sus propias contribuciones al Plan tan pronto como sea administrativamente posible después de que su fecha de contratación se ingrese en el sistema de nómina. Consulte [Inscripción en el Plan](#) más adelante en este resumen para obtener detalles sobre el proceso de inscripción.

**A los fines de las contribuciones paralelas.** Si es un asociado elegible, comenzará a recibir contribuciones paralelas a partir del primer día del mes calendario siguiente a su primer aniversario de empleo en Walmart si tiene, como mínimo, 1,000 horas de trabajo acreditadas durante el primer año y está haciendo sus propias contribuciones (contribuciones antes de impuestos como contribuciones / Roth) al Plan. (Si está clasificado como empleado altamente remunerado, también debe haber cumplido 21 años). (No se realizarán contribuciones paralelas a las suyas antes de que usted sea elegible para tales contribuciones). Por ejemplo, su fecha de contratación fue el 15 de diciembre de 2022 y se le han acreditado 1,095 horas antes del 15 de diciembre de 2023 (su primer aniversario), entonces comenzará a recibir contribuciones paralelas el 1 de enero de 2024 sobre las contribuciones que usted hace al Plan en esa fecha o después de esta.

Si no tiene 1,000 horas de trabajo acreditadas durante el primer año, su elegibilidad para recibir contribuciones paralelas se determinará según las horas acreditadas durante el año del Plan, que va desde el 1.º de febrero hasta el 31 de enero. Será elegible para recibir contribuciones paralelas sobre cualquier contribución que usted realice al Plan el 1.º de febrero, o luego de esa fecha, luego del año del Plan en que tenga, como mínimo, 1,000 horas de trabajo acreditadas. Por ejemplo, si su fecha de contratación es el 15 de diciembre de 2022 y se le han acreditado solamente 895 horas antes del 15 de diciembre de 2023 (su primer aniversario), pero usted trabajó 1,095 horas durante el

año del Plan que va desde el 1.º de febrero de 2022 hasta el 31 de enero de 2024, comenzará a recibir contribuciones paralelas el 1.º de febrero de 2024 sobre todas las contribuciones que usted hace al Plan en esa fecha o después.

Si deja de trabajar para Walmart durante su primer año y se le acreditan más de 500 horas de servicio, conservará sus horas y la fecha del primer aniversario para determinar la elegibilidad para las contribuciones paralelas. Si vuelve a ser contratado más adelante, su elegibilidad para las contribuciones paralelas se determinará según las horas trabajadas durante el año del Plan, que se extiende desde el 1.º de febrero hasta el 31 de enero, a menos que se le acrediten 1,000 horas de servicio antes de la fecha de su primer aniversario.

Por ejemplo, si su fecha de contratación es el 15 de diciembre de 2022 y deja Walmart el 25 de febrero de 2023 con 600 horas de servicio, conservará sus horas de servicio y la fecha del primer aniversario para fines de elegibilidad coincidente. Si regresa a Walmart el 1.º de noviembre de 2023 (antes de la fecha de su primer aniversario) y no se le acreditan 1,000 horas de servicio antes de la fecha de su primer aniversario del 15 de diciembre de 2023, comenzará a recibir contribuciones paralelas sobre cualquier contribución que realice al Plan a partir del 1.º de febrero siguiente al año del Plan en el que se le acrediten al menos 1,000 horas de servicio.

### CÓMO SE ACREDITAN LAS HORAS DE TRABAJO CONFORME AL PLAN

Si es un asociado por hora, las horas que se contaron para el requisito de las 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se cuentan las horas, incluidas las horas extra, que trabaje en Walmart o en sus subsidiarias.
- También se cuentan las horas por las cuales recibe una licencia de ausencia o tiempo personal libre con derecho de sueldo.
- Cuando un período de sueldo se superpone con dos años del Plan, las horas se acreditan para el año del Plan en el cual verdaderamente se trabajaron.

Si es un asociado asalariado o conductor de camión, las horas que se contaron para el requisito de las 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se le acreditan 190 horas por mes por cada mes que trabaje al menos una hora en Walmart o en una de sus subsidiarias.
- En general, debe trabajar al menos seis meses del año del Plan para contar con 1,000 horas acreditadas para el año. (Las vacaciones pagadas en efectivo después de que deja de trabajar en Walmart no representan horas de trabajo adicional para este fin).

Si se convierte en un asociado de Walmart o de cualquier subsidiaria como resultado de la adquisición de su empleador anterior, es posible que se le apliquen reglas de acreditación de servicio especiales.

Conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Militares Uniformados de 1994 (USERRA), los veteranos que regresan a Walmart o a una subsidiaria luego de un servicio que califica pueden ser elegibles para que se considere el tiempo del servicio militar calificado para las horas de trabajo, conforme a este Plan. Comuníquese con Servicios al personal (People Services) al **800-421-1362** para obtener información.

## Inscripción en el Plan

Poco después de ser elegible para contribuir al Plan (es decir, poco tiempo después de su fecha de contratación), recibirá un paquete de inscripción en la dirección particular que figura en su expediente. En este paquete, se explica cómo puede hacer contribuciones de su pago a su cuenta antes de impuestos o su cuenta Roth y cómo puede dirigir la inversión de los fondos de su Plan entre un menú de opciones de inversión con diversos objetivos de inversiones y sus riesgos relacionados. Dado que el Plan tiene el fin de ser una fuente importante de seguridad financiera durante su jubilación, debe leer detenidamente toda la información relacionada con el Plan.

Una vez que usted cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir contribuciones paralelas, Walmart igualará todas sus contribuciones posteriores dólar por dólar hasta un 6 % del pago anual elegible, tal como se explica en la sección

### Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía.

Para comenzar a hacer contribuciones al Plan, inscribese en línea en [One.Walmart.com](http://One.Walmart.com) o [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. No obstante, recuerde que, si desea hacer contribuciones Roth al Plan, debe inscribirse en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com). Una vez que es elegible, puede inscribirse en cualquier momento.

Cuando se inscribe, puede elegir:

- El porcentaje del pago que desea contribuir por cada período de pago, ya sean sus contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth, o una combinación de ambas (consulte [Cómo realizar contribuciones a su cuenta](#) más adelante en este resumen).
- Cómo invertir sus cuentas entre las opciones de inversión del Plan. Los procedimientos y las opciones de inversión del Plan se describen en el paquete de inscripción.

Luego de inscribirse, se le enviará por correo un aviso de confirmación a su dirección particular o, si eligió la opción de envío electrónico de los materiales del Plan, recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible. La confirmación mostrará el porcentaje del pago de cada cheque que haya escogido para contribuir, ya sea que haya elegido hacer contribuciones antes de impuestos, contribuciones Roth, o ambas, y las opciones de inversión que haya seleccionado. Revise la confirmación para asegurarse de que la información de inscripción sea correcta.

Sus contribuciones al Plan comenzarán tan pronto como sea administrativamente posible, por lo general, dentro de dos períodos de pago después de inscribirse. No se toman contribuciones de su pago antes de que sea un participante elegible del Plan. Walmart solo realizará contribuciones paralelas para los participantes que contribuyan con sus propios fondos al Plan, conforme a los requisitos de elegibilidad descritos en la sección [Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía](#).

Es su responsabilidad revisar sus cheques de pago para confirmar que se haya implementado correctamente su elección. Si considera que su elección no se ha implementado correctamente, notifíquelo al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** oportunamente, para que se tomen las medidas correctivas pertinentes. Su notificación no se considerará oportuna si se realiza pasados los tres meses posteriores a su elección.

## Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart

El Plan 401(k) de Walmart consiste en varias cuentas. Usted tendrá algunas o la totalidad de las siguientes cuentas:

- **Cuenta antes de impuestos:** en esta cuenta, se mantienen sus contribuciones antes de impuestos al Plan (incluidas las contribuciones para ponerse al corriente, si las hubiera) ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta Roth:** en esta cuenta, se mantienen sus contribuciones Roth al Plan (incluidas las contribuciones Roth para ponerse al corriente, si las hubiera) ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones. La cuenta Roth también contendrá cualquier importe que haya elegido convertir en una conversión Roth dentro del Plan, en la medida en que dichos importes no fueran distribuibles de otro modo en virtud del Plan en el momento de la conversión, ajustados por las ganancias o pérdidas.
- **Cuenta de contribuciones paralelas de la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones paralelas de Walmart ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de transferencia antes de impuestos:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones que usted transfirió a este Plan desde otro plan de jubilación elegible, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de transferencia Roth:** en esta cuenta, se mantiene cualquier monto transferido a este Plan de su cuenta de diferimientos del sueldo Roth designada de otro plan de jubilación elegible, así como los importes que haya elegido convertir en una conversión Roth dentro del Plan, en la medida en que dichos importes fueran distribuibles de otro modo en virtud del Plan en el momento de la conversión, ajustados según las ganancias o pérdidas.
- **Cuenta 401(k) financiada por la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones discrecionales de Walmart realizadas al Plan para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2011 o antes, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones discrecionales de Walmart realizadas al Plan para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2011 o antes, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.

Las diferencias entre estas cuentas se analizan en más detalle a lo largo de este resumen.

Recuerde que, si pasa a ser un asociado de Walmart o de cualquier subsidiaria como resultado de la adquisición de su empleador anterior, y usted participó en el plan 401(k) de su empleador anterior, es posible que tenga otras cuentas en este Plan en el que se mantengan los montos contribuidos al plan de su empleador anterior. Si cree que este es su caso, llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** para obtener más información sobre sus otras cuentas.

## Transferencia de fondos de un plan de un empleador previo o de una IRA

Cuando comienza a trabajar para Walmart, es posible que tenga fondos a su favor provenientes del plan de jubilación de su empleador anterior, por ejemplo, un plan 401(k), un plan de reparto de utilidades, un plan 403(b) de un empleador exento de impuestos o un plan 457(b) de un empleador del gobierno. Si es así, puede transferir su dinero a este Plan. También puede transferir los fondos antes de impuestos que tenga en una cuenta de jubilación individual (IRA). Usted puede, en general, transferir los fondos antes de impuestos, pero puede transferir directamente los montos del Plan de una cuenta de diferimientos del sueldo Roth designada a otro plan de jubilación calificado. Si transfiere fondos a este Plan, recuerde estos puntos:

- Una vez que sus fondos se transfieren al Plan 401(k) de Walmart, deben ajustarse a las normas de este Plan, incluidas las normas de pagos de liquidación, y no a las normas de su empleador anterior o de su IRA
- Su contribución transferida será depositada en su cuenta de transferencia o a su cuenta Roth de transferencia y usted tendrá 100 % de derecho de posesión, y
- Podrá retirar en cualquier momento una parte o la totalidad de sus contribuciones de transferencia.

Si le interesa transferir sus contribuciones al Plan, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** o visite [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com) para obtener un paquete de transferencia.

## Reembolso de determinadas distribuciones al Plan

Si anteriormente recibió uno de los siguientes tipos de distribuciones del Plan, puede reembolsar la totalidad o parte de esas distribuciones al Plan y se considerarán parte de su cuenta de transferencia, según las normas anteriores:

- Si usted era un “individuo calificado” y recibió una distribución de la Ley CARES del Plan entre el 20 de abril de 2020 y el 31 de diciembre de 2020 (o de otro plan de jubilación elegible entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020), puede volver a hacer una contribución a toda o parte de esa distribución a este Plan, siempre y cuando sea elegible para hacer una transferencia al Plan y lo haga dentro de los tres años posteriores a la fecha en que recibió la distribución. Por lo general, usted es un “individuo calificado” si usted o un miembro de su familia recibió un diagnóstico de COVID-19 o experimentó consecuencias financieras como resultado del impacto de la pandemia de COVID-19 en su trabajo.
- Si recibe una distribución calificada por nacimiento o adopción de este Plan y es elegible para realizar una transferencia de un año al otro al Plan, puede volver a aportar la totalidad o parte de esa distribución al Plan en cualquier momento dentro de los tres años siguientes a la fecha en que recibió la distribución (o, si recibió la distribución el 29 de diciembre de 2022 o antes, no más tarde del 31 de diciembre de 2025).

Si le interesa volver a hacer una contribución por la totalidad o parte de esas distribuciones anteriores al Plan, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** o visite [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com).

## Cómo realizar contribuciones a su cuenta

Luego de convertirse en un participante del Plan, por lo general, puede elegir contribuir del 1 % al 50 % de cada cheque de pago a su cuenta antes de impuestos o su cuenta Roth. Sin embargo, sus contribuciones (incluidas tanto las contribuciones antes de impuestos como las contribuciones Roth) en cualquier año calendario no pueden exceder el límite determinado por el IRS. Para el 2024, el límite es \$23,000. El IRS aumentará este monto de tanto en tanto.

El IRS limita el monto de remuneración que puede tenerse en cuenta conforme al Plan para todo participante para un año del Plan. Para el año del Plan con cierre al 31 de enero de 2024, este límite es de \$345,000.

Además, puede elegir si sus contribuciones serán “contribuciones antes de impuestos” o “contribuciones Roth”. Conjuntamente, estas contribuciones se denominan “contribuciones 401(k)” en este resumen.

- Las contribuciones antes de impuestos se deducen de su pago antes de que se retenga el impuesto federal sobre las ganancias. Esto significa que no paga los impuestos federales sobre las ganancias para los montos que contribuye al Plan. Las ganancias derivadas de estas contribuciones se acumulan libres de impuestos y no se le cobrarán impuestos hasta que el Plan le distribuya su cuenta antes de impuestos (o hasta que elija una conversión Roth dentro del Plan). También puede ahorrar en impuestos locales y estatales, según su localidad. Recuerde que sus contribuciones quedan sujetas a los impuestos de Seguridad Social en el año en que se deduce el monto de su paga. Sin embargo, las distribuciones del Plan no están sujetas a los impuestos de Seguridad Social.
- Las contribuciones Roth se deducen de su pago después de que se retenga el impuesto federal sobre las ganancias. Esto significa que usted paga impuestos federales y estatales sobre las ganancias, y de seguridad social, para los montos que contribuye al Plan en el año en que se deduce el monto de su pago. Las contribuciones Roth y las ganancias derivadas de tales contribuciones no suelen estar sujetas a impuestos estatales y federales cuando el Plan distribuye su cuenta Roth. A fin de que las ganancias estén libres de impuestos, la distribución debe ser una distribución “calificada”, como se explica más adelante. (Recuerde que las limitaciones a las ganancias aplicables a las cuentas IRA Roth no se aplican a las contribuciones Roth del Plan. Puede elegir hacer contribuciones Roth independientemente de sus ingresos).

Asimismo, si hace contribuciones al Plan, puede llegar a ser elegible para el “crédito de ahorristas”. Si es un contribuyente casado que presenta una declaración de impuestos conjunta y tiene un ingreso bruto ajustado (AGI) de \$76,500 o menos (para 2024), o si es un contribuyente soltero con \$38,250 o menos (para 2024) de AGI en su declaración de impuestos, es elegible para obtener este crédito impositivo que puede reducir sus impuestos. Para obtener más información, su asesor fiscal puede consultar el Boletín 2001-106 del IRS.

## CÓMO SE DETERMINA SU CONTRIBUCIÓN A LA CUENTA 401(K)

El porcentaje de su pago que elige contribuir al Plan se aplica a los siguientes tipos de pago:

- Salario o sueldo regular, incluidas las bonificaciones y los dólares antes de impuestos que utilice para sus contribuciones antes de impuestos o para comprar beneficios disponibles conforme al Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart Inc.
- Horas extras, tiempo libre pagado (utilizado y pagado), paga por luto, deber como jurado y pago de primas
- La mayoría de los pagos de planes de incentivos
- Bonificaciones por días festivos
- Premios especiales de reconocimiento, por ejemplo, el Premio al Desempeño Sobresaliente
- Pagos de sueldos diferenciales que reciba de Walmart mientras se encuentra con licencia militar calificada. Esto significa que la contribución que tenga vigente cuando sale de licencia continuará aplicándose a sus pagos de salarios diferenciales mientras se encuentra de licencia, a menos que cambie su elección y
- Pago por transición designado en relación al evento de la Ley WARN.

El porcentaje del pago que elija para contribuir al Plan no se aplicará a los siguientes tipos de pago:

- Contribución paralela del 15 % que Walmart realiza en el Plan de compra de acciones para asociados
- Reembolsos de gastos, como los gastos de traslado
- Pago por discapacidad aprobado
- Ingresos derivados de acciones, incluidos los ingresos que surgen de opciones de compra de acciones o de derechos restringidos sobre acciones, o
- Al finalizar el empleo, un último cheque de pago antes del final de un ciclo normal de pagos (a menos que sea administrativamente posible retener su contribución de ese cheque de pago).

## MODIFICACIÓN DEL MONTO DE SU CONTRIBUCIÓN AL PLAN 401(K)

Puede aumentar, reducir, interrumpir o comenzar sus contribuciones en cualquier momento [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) o [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com). También puede llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. Su cambio entrará en vigencia tan pronto como sea administrativamente posible, por lo general, dentro de dos períodos de pago. Si modifica el monto de su contribución, se le enviará una confirmación a su dirección particular o, si eligió la opción de envío electrónico de documentos del Plan, recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible. Es su responsabilidad revisar sus cheques de pago para confirmar que se haya implementado correctamente su elección. Si considera que su elección no se ha implementado correctamente, notifíquelo al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** oportunamente, para que se tomen las medidas correctivas pertinentes. Su notificación no se considerará oportuna si se realiza pasados los tres meses posteriores a su elección. Si no informa al Centro de atención al cliente oportunamente, el monto que se retiene de su cheque de pago se considerará su elección de diferimiento.

## SI TIENE 50 AÑOS O MÁS (CONTRIBUCIONES PARA PONERSE AL CORRIENTE)

Si tiene 50 años o más (o va a cumplir 50 al finalizar el año calendario correspondiente) y está contribuyendo hasta el límite legal o del Plan, se le permite realizar contribuciones adicionales, que se denominan “contribuciones para ponerse al corriente” y se realizan a través de deducciones del sueldo, al igual que sus otras contribuciones. Puede elegir si sus contribuciones para ponerse al corriente serán contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth, o ambas. Para el 2024, sus contribuciones para ponerse al corriente pueden ser de cualquier monto que no supere los \$7,500 o el 75 % de su paga anual elegible, lo que resulte menor. El IRS puede modificar el monto en dólares de tanto en tanto. Sus contribuciones para ponerse al corriente se acreditarán a su cuenta antes de impuestos o su cuenta Roth, según el tipo de contribución que elija hacer. Recuerde que las contribuciones Roth solo se pueden hacer en [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com).

Por ejemplo, si opta por contribuir el monto máximo en el año calendario 2024, la cual es la inferior entre \$23,000 o el porcentaje máximo de su paga anual elegible permitido conforme al Plan, podría decidir contribuir hasta \$7,500 más durante el año calendario 2024. Si está interesado en comenzar a hacer contribuciones para ponerse al corriente, puede inscribirse en [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) o [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) o [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com), o puede llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

## CONTRIBUCIÓN A MÁS DE UN PLAN DURANTE EL AÑO

El monto máximo total de las contribuciones que puede realizar (incluidas las contribuciones antes de impuestos y las contribuciones Roth) a este Plan y a cualquier plan de otro empleador, incluidos los planes de renta vitalicia 403(b), las pensiones simplificadas para empleados y otros planes 401(k), es de \$23,000 para el año calendario 2024, o de \$30,500 si es elegible para las contribuciones para ponerse al corriente. El IRS puede aumentar este monto de tanto en tanto. Si contribuye a más de un plan durante el año, es su responsabilidad determinar si ha excedido el límite legal.

Si sus contribuciones totales superan el límite legal para el año calendario, debe solicitar que se le reembolse el monto excedido. El monto excedido (a excepción de lo especificado con respecto a las contribuciones Roth) debe estar incluido en su ingreso para el año diferido y se aplicarán impuestos. Las ganancias del monto excedido están sujetas a impuestos en el año en que se le reembolsan. Además, si el monto excedido no se le reembolsa antes del 15 de abril luego del año en que el monto fue diferido, se le cobrará un impuesto por segunda vez cuando el monto excedido se le distribuya. Para solicitar que este Plan le devuelva las contribuciones excedidas, llame a Servicios al cliente al **888-968-4015** antes del 1.º de abril siguiente al año calendario en el cual se efectuaron dichas contribuciones excedidas. El Administrador establecerá procedimientos para determinar si se le devolverán las contribuciones antes de impuestos o las contribuciones Roth, si hizo los dos tipos de contribuciones durante el año calendario. En la medida en que los montos en exceso se distribuyan desde sus contribuciones Roth, no deberá pagar impuestos por estas, pero sí por las ganancias relacionadas que se distribuyan. Se perderá toda contribución paralela relacionada con contribuciones reembolsadas.

## SI PRESTA SERVICIO MILITAR CALIFICADO

Si se ausenta del trabajo para cumplir sus obligaciones en el servicio militar, es posible que la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Militares Uniformados de 1994 (USERRA) le otorgue el derecho de realizar las contribuciones que no realizó durante el período en el servicio militar (es decir, realizar contribuciones iguales al monto que habría sido elegible para hacer si hubiese estado trabajando para Walmart). Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

## Cómo hacer una conversión Roth dentro del Plan

Puede optar por convertir todas o parte de las contribuciones otorgadas en su cuenta (que no sean contribuciones Roth y ganancias relacionadas, y fondos que formen parte de un saldo de préstamo pendiente) en contribuciones Roth a través de una “conversión Roth dentro del Plan”. Las contribuciones que elija convertir, junto con cualquier ganancia sobre esas contribuciones hasta la fecha de la conversión, estarán sujetas a los impuestos federales, estatales y locales aplicables en el año de la conversión. Sin embargo, no se retendrán impuestos en el momento de la conversión, por lo que usted deberá asegurarse de que puede pagar los impuestos correspondientes a su vencimiento. Por consiguiente, es posible que desee aumentar sus deducciones del sueldo o realizar pagos de impuestos estimados. El importe convertido no está sujeto a una sanción del 10 %. Una vez convertidos, los fondos no pueden volver a convertirse en fondos antes de impuestos.

Las normas aplicables a sus fondos después de la conversión difieren en función de si los fondos eran elegibles para la distribución del Plan en el momento de la conversión.

- Si los fondos que convierte eran elegibles para su distribución (por ejemplo, si tiene 59 años y medio) y son elegibles para su transferencia, los fondos serán tratados como si fueran distribuidos desde el Plan y luego reintegrados a este. Esto significa que se acreditarán en su cuenta de transferencia Roth y podrán retirarse en cualquier momento.
- Si los fondos que convierte no eran elegibles para la distribución, se acreditarán en su cuenta Roth y seguirán sujetos a las mismas normas de distribución después de la conversión que antes de esta. Por ejemplo, si elige convertir sus contribuciones diferidas del sueldo antes de impuestos, esos fondos generalmente no podrán ser distribuidos hasta que tenga 59 años y medio de edad, tenga en una dificultad financiera o deje de trabajar.

## Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía

Una vez que sea elegible para recibir contribuciones paralelas, Walmart realizará contribuciones paralelas a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía iguales al 100 % de sus contribuciones posteriores (incluidas las contribuciones antes de impuestos, Roth y para ponerse al corriente) para el año del Plan, hasta el 6 % de su pago anual elegible para el año del Plan. No se realizarán contribuciones paralelas a las suyas antes de que usted sea elegible para tales contribuciones. Después de que comience a ser elegible para realizar contribuciones paralelas, la contribución paralela de la compañía se realizará en su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía cada período de pago hasta que alcance el monto total de la contribución paralela de la compañía para la cual es elegible para ese año del Plan. Su pago anual elegible para este fin es el mismo que el que se describió anteriormente para determinar sus contribuciones 401(k) al Plan, pero no incluye los montos que se le pagaron antes de que usted se volviera elegible para recibir contribuciones paralelas.

**NOTA:** El límite de las contribuciones paralelas se aplica sobre la base del *año del Plan* (del 1.º de febrero al 31 de enero). Dado que el límite en dólares de sus contribuciones al plan 401(k) (\$23,000 para 2024) se aplica sobre la base de un año calendario, es importante que tenga en cuenta el momento de sus contribuciones al plan 401(k) para asegurarse de recibir la totalidad de la contribución paralela. Por ejemplo, si aporta la totalidad de los \$23,000 en contribuciones al plan 401(k) en enero de 2024, es posible que no reciba una contribución paralela sobre esos montos si ya ha recibido el límite máximo de contribución paralela anteriormente en el año del Plan con cierre al 31 de enero de 2024.

Como se mencionó anteriormente, si se ausenta del trabajo para cumplir obligaciones del servicio militar calificado, es posible que la Ley USERRA le otorgue el derecho de realizar las contribuciones a la Cuenta 401(k) que no realizó durante el período en el que prestó servicio militar. Si efectivamente compensa contribuciones a la Cuenta 401(k), Walmart deberá compensar las contribuciones paralelas que usted hubiera recibido para tales contribuciones. Si cree que esta regla se aplica a su caso, llame a Servicios al personal al **800-421-1362**.

## DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE CONTRIBUCIONES PARALELAS DE LA COMPAÑÍA

Siempre tiene un derecho de posesión del 100 % sobre las contribuciones paralelas de Walmart que realice a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía.

## DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE REPARTO DE UTILIDADES FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte [Sus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart](#) que aparece anteriormente en este resumen), el porcentaje de derecho de posesión de esta cuenta es la parte que usted tiene derecho a recibir si se va de Walmart. En sus resúmenes de cuenta, se muestran los porcentajes con derecho de posesión.



A usted se le concede derecho de posesión sobre su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (que no sean transferencias a esa cuenta, sobre las cuales tendrá siempre un derecho de posesión del 100 %) en función de los años trabajados en Walmart de la siguiente manera:

PROGRAMA DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS DEL REPARTO DE UTILIDADES*	
Años de servicio	Porcentaje de derecho de posesión
Menos de 2	0 %
2	20 %
3	40 %
4	60 %
5	80 %
6 o más	100 %

\* Se aplica a los participantes que se encuentran trabajando activamente desde el 31 de enero de 2008 en adelante.

**NOTA:** Si su empleo finalizó antes del 1 de febrero de 2007, su pago de liquidación se basó en el cronograma previo de derechos de posesión y no en el cronograma de derechos de posesión que aparece anteriormente.

Un año de trabajo en este caso equivale a un año del Plan (del 1.º de febrero al 31 de enero) en el cual se le acreditan al menos 1,000 horas de trabajo según la reglamentación de horas de trabajo (consulte la sección **Cómo se acreditan las horas de trabajo conforme al Plan** anteriormente en este resumen). Si se le acreditan menos de 1,000 horas en un año del Plan, su derecho de posesión no aumenta por ese año. (Recuerde que, en este caso, los años de trabajo no se determinan por su fecha de aniversario).

Si su relación laboral con Walmart finaliza porque se jubila (a los 65 años o más) o por fallecimiento, su derecho de posesión sobre la cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía será del 100 %, independientemente de sus años de trabajo. Tendrá un derecho de posesión del 100 % sobre su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía si el plan se terminara.

## CONCESIÓN DE SU CUENTA 401(K) FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Siempre dispone del 100 % de derechos de posesión sobre las contribuciones de Walmart a su cuenta 401(k) financiada por la compañía.

## Inversión de su cuenta

### SUS OPCIONES DE INVERSIÓN

Usted decide cómo se invertirán sus cuentas. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- **Los fondos myRetirement Funds.** Los fondos myRetirement Funds son una serie de opciones de inversión personalizadas creadas exclusivamente para los participantes del Plan por el Comité de Inversión de Beneficios, que se conocen comúnmente como fondos “con la jubilación como fecha

tope”. Los fondos myRetirement Funds son opciones de inversión diversificadas que cambian automáticamente la asignación de los activos con el transcurso del tiempo, a fin de ser más conservadoras a medida que se acerca a la edad de jubilación. Para lograrlo, se mueve la cantidad de dinero que se destina a inversiones más agresivas, como las acciones, y se la asigna a inversiones más conservadoras, como los bonos, a medida que se acerca a la edad de jubilación.

- **Entre un menú de opciones de inversión que ofrece el Plan.** Tenga en cuenta que las acciones de Walmart son opciones de inversión solamente para su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía. Las acciones de Walmart no se ofrecen para la inversión a través de ninguna de sus otras cuentas del Plan (aunque en la medida en que tales cuentas mantengan acciones de Walmart, siempre puede vender tales acciones, pero no se permite que se compren acciones de Walmart en el futuro).

Puede elegir una de las opciones de inversión, o bien, repartir su dinero entre varias opciones de inversión. Las ganancias o las pérdidas de las inversiones de sus cuentas dependen del rendimiento de las inversiones que elija.

Si no elige una opción de inversión para las contribuciones actuales de su cuenta, estas se invertirán en uno de los fondos myRetirement Funds según su edad. Para obtener más información, consulte el documento Alternativa de inversión predeterminada calificada (QDIA) y la Guía de inversión. Para obtener estos documentos, visite [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

Debido a que la cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía es un plan de propiedad de acciones para empleados, la totalidad o una parte importante de las contribuciones de reparto de utilidades de Walmart se invirtió en acciones de Walmart, para los años del Plan que finalizaron antes del 31 de enero de 2006. Si usted era un participante del Plan antes de esa fecha, es posible que tenga acciones de Walmart en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía. Para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2007 o después, las contribuciones de reparto de utilidades de Walmart no se invirtieron en acciones de Walmart.

En el paquete de inscripción que recibe cuando es elegible para inscribirse, se incluye una descripción de todas las opciones de inversión, incluidos los fondos myRetirement Funds. También puede obtener información adicional sobre cada opción de inversión consultando la Notificación anual de información sobre los gastos del participante y la Guía de inversión. Puede obtener una copia gratuita accediendo en línea a su cuenta en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llamando al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

Recuerde que este Plan se elaboró expresamente como un “plan de la Sección 404(c) de ERISA”. Esto significa que usted asume todos los riesgos de inversión relacionados con las opciones de inversión que selecciona conforme al Plan, o donde se inviertan sus fondos si usted no selecciona una opción de inversión, incluido el aumento o la disminución del valor de mercado. Ni Walmart Inc. ni el Comité de Inversión de Beneficios ni el depositario son responsables de las pérdidas de las cuentas que se produzcan como resultado directo y necesario de las decisiones de inversión que usted tomó o, si usted no tomó una decisión de inversión, como resultado de que sus cuentas no fueron invertidas en un fondo predeterminado.

Si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte [Sus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart](#) que aparece anteriormente en este resumen) y decide invertir total o parcialmente su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía en acciones de Walmart, o mantener las acciones de Walmart en sus otras cuentas, recuerde que esta opción es una inversión individual en acciones y, por lo tanto, generalmente conlleva un riesgo mayor que las opciones ofrecidas por el Plan.

## CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN DE INVERSIÓN

También es importante revisar periódicamente su cartera de inversiones, los objetivos de sus inversiones y las opciones de inversión disponibles conforme al Plan, para asegurarse de que sus inversiones estén alineadas con sus objetivos y su nivel de tolerancia al riesgo. Para obtener más fuentes de información sobre inversiones individuales y diversificación, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo en [www.dol.gov/agencias/ebsa](http://www.dol.gov/agencias/ebsa) y escriba “inversiones y diversificación” en el campo de búsqueda.

Puede obtener información más específica sobre sus derechos y opciones de inversión conforme al Plan en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llamando al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

## MODIFICACIÓN DE SUS ELECCIONES DE INVERSIÓN

Puede modificar sus elecciones de inversión en cualquier momento en línea en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llamando al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. Si realiza una modificación en su inversión, se le enviará una notificación de confirmación a su dirección particular, o bien recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si eligió la opción de envío electrónico de sus materiales del Plan. Es su responsabilidad asegurarse de que se implemente la modificación. Si no recibe una notificación de confirmación, o si no ve aplicada la modificación que solicitó, llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Si llama al Centro de atención al cliente antes de las 3:00 p. m., hora del este, por lo general, la modificación de su inversión se aplicará el mismo día en que llama. Según la modificación de su inversión, puede haber un período de liquidación de hasta tres días antes de que sus fondos se inviertan en su nueva elección.

## DIVERSIFICACIÓN

Para ayudarlo a diversificar sus ahorros de jubilación, el plan le ofrece una variedad de opciones de inversión con diferentes niveles de riesgo y potencial para aumentar en valor. “Diversificar” significa que reparte sus valores entre diferentes tipos de inversiones. Para ayudarlo a alcanzar una seguridad de jubilación a largo plazo, debe considerar cuidadosamente los beneficios de una cartera de inversión diversificada y bien equilibrada. Esta estrategia puede ayudar a reducir el riesgo y puede proporcionar ganancias constantes, ya que una reducción en el valor de una inversión podría deducirse mediante un aumento en el valor de otra. Si invierte más del 20 % de sus ahorros de jubilación en acciones de cualquier tipo, como

ser las acciones de Walmart, o en una industria, sus ahorros pueden no llegar a diversificarse de manera adecuada. Si bien la diversificación no puede asegurar una ganancia ni proteger contra pérdidas, puede ser una estrategia efectiva para ayudarlo a manejar el riesgo de inversión.

A la hora de decidir cómo invertir sus ahorros de jubilación, debe tener en cuenta todos sus valores, incluidos los ahorros de jubilación fuera del Plan. Por ejemplo, puede poseer acciones de Walmart a través de otros medios. Nunca una sola estrategia va a ser la mejor para todos debido a que, entre otros factores, las personas tienen diferentes objetivos financieros, diferentes tiempos para alcanzar sus objetivos y diferentes niveles de tolerancia al riesgo. Recuerde sus derechos para diversificar su cuenta del Plan y considere cuidadosamente cómo elige invertir su cuenta del Plan. Para obtener información sobre su derecho para diversificar su cuenta y todas sus opciones de inversión disponibles conforme al Plan, acceda a su cuenta en línea en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. También es importante revisar periódicamente su cartera de inversiones, los objetivos de sus inversiones y las opciones de inversión disponibles conforme al Plan, para asegurarse de que sus inversiones sigan siendo adecuadas para sus metas de jubilación y su tolerancia al riesgo de inversión. Para obtener más información sobre inversiones individuales y diversificación, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo en [www.dol.gov/agencias/ebsa](http://www.dol.gov/agencias/ebsa) y escriba “inversiones y diversificación” en el campo de búsqueda.

## Más información sobre la propiedad de acciones de Walmart

### VOTACIÓN

Si invierte su cuenta en acciones de Walmart conforme al plan, cada año recibirá todo el material que generalmente se distribuye a los accionistas de Walmart, incluida una tarjeta de instrucciones que indica al depositario cómo desea usted que vote por las acciones de su cuenta del Plan. Los materiales se envían a su dirección particular o electrónicamente, según las elecciones que haya hecho en Internet.

Puede dar instrucciones al depositario, a través del agente de transferencias de la compañía, sobre cómo votar por las acciones de Walmart de sus cuentas del Plan. Esto ocurre generalmente en mayo de cada año. Las instrucciones que da al agente de transferencias y al depositario son siempre confidenciales. Envíe sus instrucciones de voto directamente al agente de transferencias, que compila los votos y notifica al Comité de Inversión de Beneficios sobre el total de votos emitidos. Luego, el Comité de Inversión de Beneficios notifica al depositario del Plan sobre el total de votos que se emitirán.

Si no da instrucciones al depositario sobre cómo desea usted que vote por sus acciones, el Comité de Inversión de Beneficios votará por esas acciones según su propio criterio. En caso de que ni usted ni el Comité de Inversión de Beneficios ejerzan los derechos de voto, el depositario o un fiduciario independiente designado por el depositario puede votar por las acciones no votadas.

## CONFIDENCIALIDAD

Se han diseñado procedimientos para proteger la confidencialidad de sus derechos con respecto a las acciones de capital de Walmart que posee conforme al Plan, incluso el derecho a comprar, vender, mantener o votar en asuntos de representación. Por ejemplo, se han implementado procedimientos con el agente de transferencia de la compañía para las acciones de Walmart que previenen que Walmart Inc. y el Comité de Inversión de Beneficios averigüen cómo votó un participante individual o un beneficiario (excepto según sea necesario para cumplir con las leyes de valores) y que tengan acceso a sus tarjetas de representación individual o comentarios del titular de la tarjeta de representación.

Además, el acceso a información sobre sus decisiones de comprar, vender o mantener acciones de Walmart generalmente está limitado a aquellos que ayudan en la administración del Plan. El Comité de inversión de beneficios es responsable de garantizar que estos procedimientos sean suficientes para proteger la confidencialidad de esta información y de que se sigan los procedimientos. Si el Comité de inversión de beneficios determina que Walmart podría tener influencia indebida con respecto a sus derechos como accionista (a través de su Cuenta del Plan), el Comité de Inversión de Beneficios designará a una parte independiente para realizar las actividades que sean necesarias para prevenir tal situación.

## DIVIDENDOS SOBRE SUS ACCIONES DE WALMART

Si tiene acciones de Walmart en sus cuentas, todos los dividendos que Walmart Inc. pague con respecto a las acciones se acreditarán en sus cuentas. Los dividendos adjudicados a su cuenta antes de impuestos, su cuenta 401(k) financiada por la compañía o su cuenta de transferencias 401(k) serán reinvertidos automáticamente en acciones de Walmart. Los dividendos adjudicados a su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades) también se volverán a invertir en acciones de Walmart, excepto en el caso que se indica a continuación.

Si es un participante activo (excepto los beneficiarios y los beneficiarios alternativos, tal como se define en la sección **Si se divorcia**) con seis años de trabajo o más tiene la opción de recibir un pago de liquidación en efectivo por los dividendos pagados sobre las acciones de Walmart que mantiene en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía o cuenta de transferencia de reparto de utilidades (incluso si estos montos no se convierten a una Cuenta Roth o a una Cuenta de transferencia Roth). Además, si es un participante que fue despedido, que tenía más de seis años de trabajo al momento de finalizar su relación laboral con la empresa y que continúa manteniendo cuentas en el Plan después de irse, tiene la opción de elegir la liquidación en efectivo por los dividendos pagados sobre las acciones de Walmart que mantiene en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía o cuenta de transferencia de reparto de utilidades (incluso si estos montos no se convierten a una cuenta Roth o a una cuenta de transferencia Roth). Si no opta por el pago en efectivo, sus dividendos se volverán a invertir en acciones de Walmart.

Puede realizar su elección en cualquier momento llamando al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. Su elección registrada más recientemente se aplicará a todos los dividendos posteriores hasta que cambie su elección (puede cambiarla sólo una vez por cada día hábil). Recuerde que su elección debe hacerse antes del cierre de actividades de negocios el día anterior a la fecha de registro del dividendo para que pueda entrar en vigencia para ese dividendo. No podrá hacer elecciones o modificaciones de elecciones desde la fecha de registro del dividendo hasta la fecha de pago del dividendo (período que habitualmente es de tres a cuatro semanas después de la fecha de registro).

Cada año, Walmart Inc. publica las fechas de registro trimestrales para los pagos de liquidación de dividendos. Puede encontrar esta información en [walmart.com](http://walmart.com). Si necesita información acerca de las próximas fechas de registro para dividendos, también puede llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. Recuerde que se aplica un impuesto al pago de liquidación de dividendos.

Tenga presente que, si solicita un pago de liquidación por dificultad financiera dentro de los cinco días hábiles de la fecha de registro para un dividendo y tiene derecho a elegir un pago en efectivo del dividendo, la legislación impositiva exige que el dividendo se le pague automáticamente en efectivo.

## Saldos y resúmenes de cuenta

Al menos una vez por año, recibirá un resumen de sus cuentas que muestra las contribuciones realizadas por usted y por Walmart, si las hubiera, el rendimiento de sus opciones de inversión, los valores de sus cuentas y tarifas evaluados para su cuenta. Puede obtener información sobre sus cuentas, incluido un resumen trimestral, en cualquier momento en línea en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com) o llamando al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. También puede pedir una copia impresa de los resúmenes trimestrales, sin cargo alguno, en cualquier momento llamando al Centro de Atención al Cliente.

## GASTOS APLICADOS A SU CUENTA

Podrán procesarse gastos administrativos y de inversión para sus cuentas. Puede encontrar información sobre los gastos en la Notificación anual de información sobre gastos del participante y en línea en [benefits.ml.com](http://benefits.ml.com).

## Recepción de un pago de liquidación mientras trabaja para Walmart

Generalmente, usted no tiene derecho a recibir un pago de liquidación del Plan 401(k) de Walmart hasta que finaliza su empleo en Walmart. Sin embargo, en las siguientes situaciones específicas puede tener derecho a recibir un pago de liquidación o préstamo de alguna o todas sus cuentas con derecho de posesión mientras aún se encuentra trabajando:

- Ante una dificultad financiera.
- Después de alcanzar la edad de 59 años y medio.
- Con motivo del nacimiento o la adopción de un hijo.
- Las transferencias pueden retirarse en cualquier momento.
- Puede solicitar un préstamo de su cuenta del Plan.

Es importante entender cómo cualquier tipo de pago de liquidación o préstamo por parte del Plan 401(k) de Walmart afecta su situación fiscal. Para obtener más información, consulte **Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación** en este resumen.

Recuerde que, si pasa a ser un asociado de Walmart o de cualquier subsidiaria como resultado de la adquisición de su empleador anterior, y usted participó en el plan 401(k) de su empleador anterior y ese plan se incorporó al Plan, es posible que tenga otras opciones de retiro con respecto a montos contribuidos al plan de su empleador anterior. Para obtener más información sobre las opciones de retiro disponibles para sus otras cuentas, llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

## RETIROS POR DIFICULTAD FINANCIERA

Puede retirar el monto total o parcial de sus cuentas del Plan con derecho irrevocable, según sea necesario para resolver una “dificultad financiera”. Se le solicitará que certifique que no tiene el dinero en efectivo suficiente u otros activos líquidos para satisfacer la necesidad.

Según los lineamientos del IRS, se considera que puede existir una dificultad financiera si se solicita para lo siguiente:

- Pago de gastos de atención médica que el seguro no cubre para usted, su cónyuge, sus dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado
- Costos relacionados directamente con la compra de su residencia principal
- Pagos de matrícula, aranceles y alojamiento con comida durante los próximos 12 meses de educación superior para usted, su cónyuge, sus dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado
- Pagos necesarios para evitar el desalojo o el remate judicial de su residencia principal
- Pago de gastos de sepelio o funeral por fallecimiento de sus padres, cónyuge, hijos, dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado, o
- Gastos de reparación por daños ocasionados a su residencia principal, lo que calificaría para una deducción por contingencia conforme a las normas del impuesto federal a las ganancias (determinados independientemente de si la contingencia se trató de un desastre declarado a nivel nacional y si la pérdida supera el 10 % de su ingreso bruto ajustado).
- Los gastos y las pérdidas (incluida la pérdida de ingresos) en que usted haya incurrido a causa de un desastre declarado federalmente en virtud de la Ley Robert T. Stafford de Ayuda por Desastre y Asistencia por Emergencia, siempre que su residencia principal o su lugar principal de empleo al momento del desastre se encuentre dentro de una zona designada para la asistencia individual con respecto al desastre.

La legislación impositiva federal exige que usted ya haya obtenido todos los pagos de liquidación en el trabajo disponibles (incluidos los retiros en servicio de contribuciones de transferencia y los retiros después de alcanzar la edad de 59 años y medio), antes de solicitar un pago de liquidación por dificultad financiera. Recuerde también que, si solicita un pago por dificultad financiera dentro de los cinco días hábiles de la fecha de registro de un dividendo y tiene derecho a emitir un voto por un pago en efectivo de ese dividendo, el dividendo se le distribuirá automáticamente en efectivo.

Para solicitar un pago de liquidación por dificultad financiera en línea, visite [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com) o llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

## RETIROS DESPUÉS DE ALCANZAR LA EDAD DE 59 AÑOS Y MEDIO

En cualquier momento después de alcanzar la edad de 59 años y medio, puede optar por retirar todo o parte de sus cuentas del Plan, hasta donde lo permita el derecho de posesión, aunque todavía trabaje para Walmart. Para solicitar un retiro en línea, visite [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com) o llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

## RETIROS CON MOTIVO DE NACIMIENTO O ADOPCIÓN DE UN HIJO

Puede solicitar un retiro de hasta \$5,000 de la porción con derecho a posesión de su cuenta del Plan, dentro del plazo de un año a partir de la fecha de nacimiento o adopción de su hijo. En el caso de la adopción, el adoptado debe ser menor de 18 años o estar incapacitado física o mentalmente para valerse por sus propios medios, y no debe ser hijo de su cónyuge. Tiene que declarar al Plan que el retiro está relacionado con el nacimiento o la adopción de su hijo.

**NOTA:** Su distribución no se considerará una distribución calificada por nacimiento o adopción a menos que incluya el nombre, la edad y el número de identificación de contribuyente del hijo biológico o adoptado en su declaración federal de impuesto a los ingresos del año en que se realiza la distribución.

## RETIRO DE CONTRIBUCIONES DE TRANSFERENCIA

Podrá retirar una parte o la totalidad de los fondos de su cuenta de transferencia antes de impuestos, cuenta de transferencia Roth, y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades en cualquier momento, incluso si aún trabaja para Walmart o alguna de sus subsidiarias.

## PRÉSTAMOS PARA PLANES

Puede solicitar un préstamo de las partes otorgadas de la cuenta del Plan siempre y cuando siga trabajando en Walmart. El Administrador ha establecido un programa escrito de préstamos en el que se explican detalladamente los requisitos de préstamo del Plan. Para solicitar una copia del programa de préstamos o solicitar un préstamo en línea, visite [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com) o llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, las normas para préstamos son las siguientes:

- El monto máximo para un préstamo está establecido por las normas del IRS que suelen limitar los saldos totales de préstamos al monto inferior de una de las siguientes opciones: (1) 50 % del total de su cuenta del Plan con derecho de posesión o (2) \$50,000 (o menos según el excedente, si lo hubiera, del mayor de los saldos pendientes de los préstamos durante el plazo de un año previo a la fecha del préstamo en relación con el saldo pendiente actual de préstamos). El monto mínimo para un préstamo es de \$1,000.
- Todos los préstamos tienen que estar garantizados con hasta 50 % del saldo total de su cuenta del Plan.
- Se cobrará un cargo por el procesamiento de la solicitud del préstamo. Podrían sumarse cargos adicionales a los préstamos residenciales. (Los importes de las tasas pueden aumentar periódicamente).
- Todos los préstamos tienen una tasa de interés razonable en términos comerciales establecida periódicamente por el Administrador.
- Es obligatorio pagar los préstamos en cuotas regulares a lo largo de un período de entre uno y cinco años, a menos que lo use para comprar una casa para usted. En ese caso, es posible extender el período de pago, como indica el programa escrito de préstamos de tanto en tanto.
- Solo puede tener un préstamo de uso general y uno residencial pendientes de pago en cualquier momento.
- Se considera que todos los préstamos son inversiones provenientes de su cuenta del Plan. Los pagos de capital e interés del préstamo se acreditan a sus cuentas del Plan.
- Si no realiza los pagos correspondientes en las fechas indicadas, se considerará que está en mora. En determinadas circunstancias, un préstamo impago podría considerarse una distribución del Plan. La importancia de que el saldo del préstamo se considere como una distribución consiste en que el monto de esta distribución (que no sean contribuciones Roth) está sujeto a impuestos como un ingreso regular y podría estar sujeto a un régimen impositivo. Se emitirá un Formulario 1099-R a su nombre y el total del monto de distribución se presentará al IRS.

Cuando se le autoriza una licencia de ausencia sin goce de sueldo, puede estar exento de los pagos programados durante un período de hasta un año. Si es convocado para el servicio militar calificado y tiene un préstamo pendiente, es posible que se apliquen las normas especiales en virtud de la ley USERRA. Llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015** para obtener más información.

## Si usted muere: su beneficiario designado

En el caso de su fallecimiento, el saldo total del Plan le será pagado a su beneficiario. Es muy importante que mantenga la información de su beneficiario actualizada para asegurarse de que su beneficiario amparado por el Plan refleje su intención actual. Los asociados activos pueden seleccionar a los beneficiarios en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). (Recuerde que sigue siendo necesario completar el consentimiento de su cónyuge en el Formulario B, como se explica más adelante). Si ya no es empleado de Walmart, puede obtener un formulario de

designación de beneficiario en papel poniéndose en contacto con Servicios al personal. Debido a que su cónyuge o pareja posee ciertos derechos sobre el beneficio por fallecimiento, debe actualizar la elección de su beneficiario inmediatamente si se produce un cambio en su estado de relación.

Si tiene un cónyuge y desea nombrar a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario designado, su cónyuge debe dar el consentimiento para esta designación. Debe completar el Formulario B de Beneficiario alternativo para participantes casados y su cónyuge debe completar la sección Consentimiento del cónyuge de ese formulario. (Tenga en cuenta que el Plan no reconoce para estos fines los consentimientos o renunciaciones conyugales entre usted y su cónyuge que figuren en cualquier otro documento). El formulario de consentimiento del cónyuge debe ser firmado por un escribano público y debe acompañar al Formulario B para que sea válido. Puede obtener el Formulario B y el formulario de Consentimiento del cónyuge llamando a Servicios al personal. Las designaciones de beneficiarios que realice entrarán en vigencia para todas sus cuentas del Plan.

Si no designa un beneficiario, el beneficio por su fallecimiento se otorgará de acuerdo con las disposiciones predeterminadas del Plan en el siguiente orden, como se indica a continuación:

- Su cónyuge o pareja (según se define a continuación); si no tiene, a sus
- Hijos vivos (no se incluyen los hijastros); si no tiene, a sus
- Padres vivos; si no tiene, a sus
- Hermanos vivos; si no tiene, para
- Sus herederos, en cuyo caso será distribuido según los términos de su testamento o como lo determine un tribunal.

Recuerde que, si designa a su cónyuge como beneficiario y luego se divorcia, su designación de beneficiario dejará de tener vigencia después del divorcio, a menos que usted complete un nuevo formulario de designación. De manera similar, si no tiene un cónyuge y luego contrae matrimonio, su designación de beneficiario previa dejará de tener vigencia luego del casamiento, a menos que complete un nuevo formulario de designación con el consentimiento de su cónyuge.

Si designa a un beneficiario y este muere antes de que se emita el cheque del beneficio, el beneficio se le pagará a su beneficiario secundario o, si no tiene, se pagará en virtud de las normas predeterminadas antes indicadas. Si su beneficiario muere luego de que se emita el cheque del beneficio, el beneficio se les pagará a los herederos de su beneficiario. No obstante, recuerde que, si su cónyuge o pareja es su beneficiario, el beneficio siempre se les pagará a los herederos de su cónyuge o pareja en caso de que este muera después de usted, pero antes de que se pague el beneficio. Como ya se mencionó, es muy importante que mantenga actualizada la información de sus beneficiarios.

**NOTA:** A partir del 26 de junio de 2013, su cónyuge del mismo sexo se trata de la misma manera que un cónyuge del sexo opuesto a los fines del Plan. Recuerde que, si tenía un cónyuge del mismo sexo en esa fecha, cualquier designación de beneficiarios que tenía vigente por la que designaba a otra persona que no sea su cónyuge como su beneficiario dejó de ser válida inmediatamente en esa fecha. Su cónyuge será automáticamente su beneficiario, a menos que usted haga una nueva designación de beneficiario con el consentimiento de su cónyuge.

Si tiene una “pareja” y no ha hecho una designación de beneficiario afirmativa, su pareja será su beneficiario a menos que usted designe afirmativamente un beneficiario diferente (independientemente de si la designación ocurrió antes o después de comenzada la relación). Su “pareja” a los fines del Plan significa:

- su pareja de hecho, siempre y cuando usted y su pareja de hecho:
  - vivan y mantengan una relación constante, exclusiva y comprometida, similar al matrimonio, durante 12 meses como mínimo, con intenciones de continuar de manera indefinida;
  - no estén casados entre sí ni con otra persona;
  - cumplan con la edad para poder casarse en el estado de residencia y sean mentalmente competentes para dar su consentimiento para el contrato en ese estado;
  - No estén relacionados de manera tal que esto impida un matrimonio legal en el estado en el que viven, y
  - no estén en la relación solo a fin de obtener la cobertura de beneficios; o
- cualquier otra persona a la que esté unida en una relación legal reconocida como creadora de algunos o de la totalidad de los derechos del matrimonio en el estado o en el país en el que se inició la relación.

## DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS REALIZADAS ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DE 2003

Si realizó una designación de beneficiario para el Plan 401(k) el 31 de octubre de 2003 o antes, dicha designación continuará aplicándose a su cuenta antes de impuestos, su cuenta Roth, su cuenta 401(k) financiada por la compañía, su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía y su cuenta de transferencia. De manera similar, si designa a un beneficiario conforme al Plan de reparto de utilidades al 31 de octubre de 2003, dicha designación continuará aplicándose a su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades. Si cambia su designación de beneficiario luego del 31 de octubre de 2003, se aplicará a todas sus cuentas del Plan y las designaciones previas quedarán sin validez.

Tenga presente que los cambios en su estado de relación pueden afectar su designación de beneficiarios, según se explicó anteriormente.

Como ya se mencionó, es muy importante que mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Las designaciones de beneficiarios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

## Si se divorcia

Si se divorcia, la totalidad o una parte del saldo de su Plan puede otorgarse a un “beneficiario alternativo” por orden judicial, denominada “orden de relaciones domésticas calificadas” (QDRO). Un beneficiario alternativo puede ser su cónyuge o ex cónyuge, un hijo o un dependiente. (La ley federal en este momento no permite el reconocimiento de una QDRO para

un socio a menos que la pareja también sea un dependiente del participante). Debido a que existen requisitos muy estrictos para estos casos, debe contactar al Administrador de la QDRO al **877-MER-QDRO (877-637-7376)** para obtener una copia gratuita de los procedimientos que su abogado debe usar antes de comenzar a delinear la orden judicial. Una vez que se envía la orden judicial al administrador de la QDRO, se debe revisar para determinar si cumple con los requisitos legales para este tipo de orden, y su procesamiento llevará un plazo determinado. El gasto administrativo para procesar su QDRO se cobrará a su cuenta o según se indique en la orden.

## Si se va de Walmart

Cuando deja de trabajar para Walmart, tiene derecho a recibir un pago de liquidación de todas sus cuentas con derecho de posesión del Plan.

Es importante entender cómo cualquier tipo de pago de liquidación por parte del Plan 401(k) de Walmart afecta su situación fiscal. Para obtener más información, consulte [Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación](#) en este resumen.

Puede optar por recibir su pago de liquidación 30 días calendario después de la fecha en que el sistema de nómina refleja la finalización de su relación laboral. Por ejemplo, si la finalización de su empleo se registra y se procesa en el sistema de pagos el 19 de julio de 2023, usted puede optar por recibir su pago de liquidación el 18 de agosto de 2023 o después.

Después de que se va de Walmart y sus subsidiarias, por lo general, se le enviará una notificación por correo a su dirección particular o electrónicamente, según lo que haya elegido, para informarle que tiene derecho a recibir su pago. Asegúrese de que su dirección esté correcta en su cheque de pago cuando se vaya de Walmart y de sus subsidiarias, o de proporcionar una dirección de envío durante su entrevista de egreso. Si no ha recibido información sobre su pago dentro de los 60 días a partir de la fecha de finalización de su empleo, llame al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**. Para solicitar su pago de liquidación, deberá acceder a su cuenta desde [benefits.ml.com](https://benefits.ml.com) o llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

No se requiere de su consentimiento para el pago, y la liquidación de la cuenta con derecho de posesión se le otorgará automáticamente:

- **Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión es de \$1,000 o menos en cualquier momento.** Este pago de liquidación automático se realizará apenas sea posible después del último día hábil del tercer mes calendario posterior al mes calendario en cual se registró la finalización de su relación laboral en el sistema de nómina, a menos que usted dé su consentimiento para un pago de liquidación previo como se describió anteriormente. En el ejemplo anterior, si su cuenta es elegible para un pago de liquidación automático y usted no da el consentimiento el pago de liquidación a partir del 19 de agosto de 2023, el pago de liquidación se realizará automáticamente apenas sea posible después del 31 de octubre de 2023, o

- **Si tiene más de 71 años y medio (o 72 años y medio si no cumple 71 años y medio antes del 1.º de febrero de 2024), independientemente del monto de su saldo total del Plan devengado.** El pago de liquidación automático se realizará apenas sea posible, después del último día hábil del segundo mes calendario que le sigue al mes calendario en cual usted cumple 71 años y medio (o la edad de 72 años y medio si no cumple los 71 años y medio antes del 1 de febrero de 2024), a menos que usted dé su consentimiento para un pago de liquidación previo como se describió anteriormente. Por ejemplo, si cumple 71½ años en julio de 2023, su cuenta es elegible para un pago de liquidación automático y usted no da el consentimiento para el pago de liquidación, este se realizaría automáticamente en la primera fecha programada obligatoria, después del 30 de septiembre de 2023 según las disposiciones del Plan. Por el contrario, si cumple 71 años y medio el o después del 1.º de febrero de 2024, su cuenta no podrá beneficiarse del pago automático hasta que cumpla 72 años y medio.

Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho a posesión es de más de \$1,000 y usted tiene menos de 71 años y medio (o la edad de 72 años y medio si no cumple los 71 años y medio antes del 1 de febrero de 2024), debe dar su consentimiento para que se liquide la totalidad o una parte de su cuenta. El pago de liquidación se realizará lo antes posible después de que el Centro de atención al cliente reciba su consentimiento, pero no antes de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que la finalización de su relación laboral se registre en el sistema de nómina.

Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión es de más de \$1,000, puede optar por retrasar la totalidad o parte de su pago de liquidación hasta cualquier fecha previa a que cumpla 71 años y medio (o la edad de 72 años y medio si no cumple los 71 años y medio antes del 1 de febrero de 2024), pero el saldo de su cuenta del Plan quedará sujeto a un gasto de mantenimiento anual y, posiblemente, a otros gastos. Para obtener más información acerca de estos gastos, consulte la Notificación anual de información sobre los gastos del participante. Si elige retrasar su pago, podrá continuar haciendo modificaciones en las elecciones de su inversión, así como lo hizo mientras era un participante activo del plan.

Si vuelve a trabajar en Walmart antes de que se complete su pago de liquidación, este se cancelará y no se hará ningún pago de liquidación de su cuenta.

## EL MONTO DE SU PAGO DE LIQUIDACIÓN

Se le pagará el valor total de su cuenta antes de impuestos, su cuenta Roth, su cuenta 401(k) financiada por la compañía, sus cuentas de transferencia y de la cuenta de contribuciones paralelas de la compañía. Además, si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte [Sus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart](#) que aparece anteriormente en este resumen), la porción de derecho de posesión de esta cuenta es la parte que estará disponible para su pago. Perderá (cederá) la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía, como se indica en la sección [Derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía](#) anteriormente en este resumen.

El monto que recibirá se basará en el valor de sus cuentas a la fecha en que se procesa el pago de liquidación. Si se le hace un pago de liquidación en efectivo directamente, en lugar de una transferencia a una IRA o al plan de otro empleador, los impuestos correspondientes se retendrán de su cheque.

Cuando se le pague el saldo de su Plan, se aplicará un gasto por procesamiento del cheque.

## CÓMO RECIBE SU PAGO DE LIQUIDACIÓN

Dispone de varias opciones para recibir su pago de liquidación.

Normalmente, las cuentas se le pagarán en efectivo. Sin embargo, puede elegir que su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades (incluso si estos montos han sido convertidos a una cuenta Roth o a una cuenta de transferencia Roth) se salde con acciones de Walmart (incluso si no está invertida en acciones de Walmart al momento de procesar su pago de liquidación), o bien una parte en efectivo y una parte en acciones de Walmart. (Solo se distribuirán acciones enteras del paquete accionario de Walmart; las acciones parciales se distribuirán en efectivo). También puede optar por que se le pague en acciones de Walmart el valor de su cuenta antes de impuestos, su cuenta 401(k) financiada por la compañía y su cuenta de cuenta Roth (incluso si estos montos han sido convertidos a una cuenta Roth o a una cuenta de transferencia Roth), en la medida en que dichas cuentas tengan inversiones en acciones de Walmart al momento en que se procesa el pago de liquidación. Cualquier parte de esas cuentas que no esté invertida en acciones de Walmart al momento de su pago de liquidación, se le pagará en efectivo.

Si el total de su cuenta con derecho de posesión es de \$1,000 o menos, o si tiene más de 71 años y medio (o la edad de 72 años y medio si no cumple los 71 años y medio antes del 1 de febrero de 2024) (sin tener en cuenta el monto de sus cuentas con derecho de posesión), su pago se le otorgará directamente a través de un pago único general en efectivo. Si desea recibir parte de su pago de liquidación en acciones de Walmart, o si desea transferir su pago de liquidación a una IRA o al plan de otro empleador, debe llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015** para dar las instrucciones relativas al pago de liquidación dentro del plazo que se indica en la notificación del pago de liquidación. Si no contacta al Centro de atención al cliente en tiempo y forma, se le otorgará un pago único en efectivo.

Si el total de sus cuentas del plan con derecho a posesión es de más de \$1,000, su pago no se hará hasta que usted elija la forma del pago y dé su consentimiento para la distribución o hasta que alcance los 71 años y medio de edad (o la edad de 72 años y medio, si no cumple los 71 años y medio antes del 1 de febrero de 2024). Puede optar por tomar la totalidad o una parte del valor de su cuenta con derecho de posesión. (No obstante, recuerde que, si toma un pago parcial de su cuenta y el monto restante en la cuenta se reduce a \$1,000 o menos, se deberá retirar como se explicó anteriormente). Para obtener su pago de liquidación, comuníquese con el Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, sus cuentas se le pagarán directamente a usted, a menos que elija que se transfieran a una IRA o al plan de jubilación de otro empleador.

**NOTA:** Si no se le puede pagar su cuenta con derecho de posesión porque no se lo puede localizar, el administrador hará un intento diligente de dar con su paradero. Si todavía no ha sido encontrado, su cuenta con derecho de posesión se perderá. Si se lo puede localizar más tarde, su cuenta se restablecerá pero no recibirá ninguna ganancia por el periodo posterior a la pérdida. (Esto también se aplica si usted fallece y su beneficiario no puede ser localizado). Por lo tanto, es importante que se asegure de actualizar sus datos de contacto si hay algún cambio.

## Si se va de Walmart y Walmart vuelve a contratarlo

Si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias, pero la empresa vuelve a contratarlo como un asociado elegible, usted podrá realizar contribuciones propias al Plan a partir de la fecha en que vuelven a contratarlo.

Si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias después de volverse elegible para recibir contribuciones paralelas y luego Walmart vuelve a contratarlo, será automáticamente elegible para recibir contribuciones paralelas en la fecha en que vuelven a contratarlo. De manera similar, si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias luego de haber alcanzado el requisito de 1,000 horas necesario para ser elegible para recibir contribuciones paralelas, pero antes de su fecha de participación real, pasará a ser elegible para recibir contribuciones paralelas a partir de la fecha en la que debería haberse convertido en un participante o la fecha en que vuelven a contratarlo (en relación con las contribuciones que realice luego de esa fecha). Si no era participante cuando se fue o no había alcanzado el requisito de 1,000 horas, se le exigirá completar los requisitos de elegibilidad (consulte [Cuándo comienza la participación](#) que aparece antes en este resumen) para poder ser elegible para las contribuciones paralelas conforme al Plan.

## LA PORCIÓN SIN DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE REPARTO DE UTILIDADES FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Cuando finaliza su empleo, no se le pagará la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (si tiene una). Este monto sin derecho de posesión se denomina “pérdida”.

- Si recibe un pago total del saldo de su Plan con derecho de posesión luego de la finalización de su empleo y mientras aún tiene un derecho parcial sobre su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía, se perderá la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía en la fecha en que reciba el pago de liquidación.
- Si no recibe un pago total del saldo de su Plan con derecho de posesión después de la finalización del empleo, la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía no se perderá hasta que tenga cinco “interrupciones en el trabajo” consecutivas. Una interrupción en el trabajo es un año del Plan (del 1.º de febrero al 31 de enero) en el cual se le acreditan 500 horas de trabajo o menos. Si se ausenta del trabajo debido a una licencia

conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) y ha trabajado 500 horas o menos en el año del Plan, se le acreditarán las horas necesarias para que alcance las 500.01 horas y no incurra en una interrupción en el trabajo.

La porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía que se consideró como pérdida se restablecerá (a su valor anterior) si Walmart o una subsidiaria vuelve a contratarlo antes de que usted tenga cinco interrupciones consecutivas en el trabajo y usted le pague al Plan el monto total de su pago de liquidación dentro de los cinco años posteriores a la fecha en que se volvió a contratar. Si vuelve a trabajar con Walmart o una subsidiaria luego de cinco o más interrupciones consecutivas en el trabajo, o si elige no pagar su pago de liquidación como se mencionó anteriormente, no se restablecerá la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía que se consideró como pérdida.

Si usted tenía el 0% de derecho de posesión en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía en el momento de la finalización del empleo, su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía sin derecho a posesión se restablecerá automáticamente si lo vuelven a contratar antes de tener cinco interrupciones en el trabajo consecutivas.

Las pérdidas de la porción sin derecho de posesión de las cuentas de reparto de utilidades financiadas por la compañía de participantes que fueron despedidos generalmente se utilizan para pagar los gastos del Plan y para otros propósitos, tales como restaurar los saldos de cuentas, como se indica anteriormente.

Cuando se vuelve a contratar, sus años de trabajo en Walmart antes de que se vaya se considerarán a los fines de determinar su derecho de posesión en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía.

## Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación

Las consecuencias impositivas de su participación en el Plan son su responsabilidad. Esta explicación es sólo una descripción breve de las consecuencias de los impuestos Federales de los Estados Unidos relacionadas con su participación en el Plan. La descripción se basa en las leyes actuales y en las interpretaciones actuales de las leyes del Servicio de Impuestos Internos. Debido a que la ley está sujeta a modificaciones y a que la aplicación de la ley puede variar según las circunstancias particulares, esta descripción es de naturaleza general y no debe basarse en ella para determinar sus consecuencias impositivas. Se recomienda especialmente que consulte a un asesor fiscal.

Walmart tiene derecho a una deducción del monto de sus contribuciones, como también de las contribuciones que usted realiza, al Plan. Sus contribuciones antes de impuestos y las contribuciones de Walmart al Plan, como también las ganancias derivadas de esas contribuciones, no suelen estar sujetas al impuesto federal a las ganancias hasta que se le pagan (o usted opta por realizar una conversión Roth dentro del plan de dichos montos). Se le aplican impuestos sobre sus contribuciones Roth cuando haga estas contribuciones al Plan. No se aplican impuestos sobre las ganancias derivadas de las contribuciones Roth, a menos que tome una contribución que no sea una distribución calificada. (Consulte [Impuestos sobre los pagos de liquidación de contribuciones Roth](#) a continuación).



## POSTERGACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTOS SOBRE PAGOS DE LIQUIDACIONES A TRAVÉS DE UNA TRANSFERENCIA (EXCEPTO UNA TRANSFERENCIA A UNA CUENTA IRA ROTH)

A pesar de que los pagos del Plan (que no sean los de su cuenta Roth o de transferencia Roth) están sujetos al impuesto federal a las ganancias, el Código Fiscal brinda un tratamiento impositivo favorable a los pagos de liquidaciones en ciertas circunstancias. Por ejemplo, generalmente, puede postergar el pago de impuestos sobre su pago de liquidación si le indica al Plan que emita su pago directamente a favor de una IRA o de un plan de jubilación calificado de otro empleador, un plan 403(b) o un plan 457 del gobierno. Esto se denomina transferencia directa. (El cheque será pagadero a la IRA o a otro depositario del plan y se le entregará a usted, a su IRA o a la institución de transferencia. Si el cheque se le envía por correo, será responsable de entregarlo al IRA o a otro depositario del plan dentro de los 60 días).

Si elige este método para su pago de liquidación, no se retendrán impuestos del monto que transfiere. No se le aplicarán impuestos a dicho monto hasta que usted reciba un pago de liquidación de la IRA o de otro plan.

Si su pago reúne los requisitos para las transferencias de un año a otro y no elige que su pago de liquidación se transfiera directamente, la ley federal exige que Walmart retenga el 20 % del pago de liquidación en concepto de impuestos federales, además de las retenciones estatales que se puedan exigir. En algunos casos, la retención del 20 % puede no ser suficiente, lo que puede significar que usted adeudará más impuestos cuando presente la declaración del impuesto a las ganancias.

Si su pago reúne los requisitos para las transferencias de un año a otro y no elige una transferencia directa (y, en cambio, recibe un pago de liquidación real del Plan), también puede transferir esos fondos a una IRA o a un plan de jubilación calificado de otro empleador, un plan 403(b) o un plan 457 del gobierno, mientras lo haga dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que recibió la distribución. El monto de la transferencia no estará sujeto al impuesto federal a las ganancias hasta tanto usted lo quite de la IRA u otro plan. Sin embargo, si desea transferir el 100 % de su pago de liquidación a una IRA u otro plan, deberá utilizar otro dinero para reponer el 20 % que se retuvo del pago de liquidación. Si solo transfiere el 80 % de lo que recibió, se le aplicará un impuesto sobre el 20 % que se retuvo.

Tenga en cuenta que no todos los pagos del Plan pueden transferirse a una cuenta IRA o a otro plan de jubilación. Por ejemplo, no se pueden transferir los beneficios por dificultades económicas ni los pagos por nacimiento o adopción de un hijo. A continuación se ofrece más información sobre los impuestos aplicables a estos pagos.

**NOTA:** Puede transferir la totalidad o una parte de su cuenta que sea elegible para una transferencia a IRA Roth. Todo monto transferido que hubiera sido gravable de no haberse transferido será gravable al momento de la transferencia a la IRA Roth. (Tenga presente que usted puede elegir voluntariamente que se retengan los impuestos de los montos al momento de transferir a una IRA Roth).

Para obtener más información acerca de estas normas de transferencia, revise el [Anexo especial de la notificación impositiva](#) que se encuentra a continuación. Guarde este anexo para revisarlo cuando sea elegible para aceptar una distribución.

## IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE CONTRIBUCIONES ROTH

No se aplican impuestos sobre las contribuciones Roth y las ganancias derivadas de dichas contribuciones cuando se distribuyen desde el Plan, siempre que se trate de una distribución “calificada”. Una distribución “calificada” es aquella que se hace: (1) a causa de su fallecimiento, discapacidad o luego de alcanzar la edad de 59 años y medio; y (2) una vez transcurrido un período de participación de cinco años. El período de participación de cinco años es el período de cinco años que comienza con el primer año calendario en el cual hizo su primera contribución Roth al Plan (u otro plan 401(k) o 403(b), si dicho monto se transfirió a este Plan) y finaliza el último día del cuarto año calendario a partir de entonces. Por ejemplo, si hace su primera contribución Roth en julio de 2020, su período de participación de cinco años finaliza el 31 de diciembre de 2024. No es necesario que haga una contribución Roth en cada uno de los cinco años.

Si recibe una distribución de sus contribuciones Roth y las ganancias de dichas contribuciones, que no sea una distribución “calificada”, las ganancias de sus contribuciones Roth estarán sujetas a impuestos al momento de distribución (a menos que transfiera la distribución a una IRA Roth o una cuenta Roth designada en un plan de otro empleador). Si transfiere las contribuciones Roth y las ganancias, no deberá pagar impuestos actualmente sobre las ganancias y posteriormente sobre los pagos de liquidaciones que sean distribuciones calificadas.

Sus contribuciones Roth se pueden transferir solo a una IRA Roth o a una cuenta Roth designada en un plan de otro empleador. Si la transferencia se hace a una cuenta Roth designada en el plan de otro empleador, por lo general, la transferencia debe ser directa (a menos que el monto transferido incluya solo montos que estarían sujetos a impuestos si se los distribuyera a usted).

**NOTA:** Si elige una conversión Roth dentro del Plan, el importe convertido se considera una contribución Roth realizada en el momento de la conversión. Cuando esos importes se distribuyan posteriormente, se aplicarán en general las normas descritas anteriormente. A estos efectos, una contribución Roth dentro del Plan se considerará una contribución a efectos de iniciar el período de participación de cinco años descrito anteriormente.

Para obtener más información acerca de estas normas de transferencia, revise el [Anexo especial de la notificación impositiva: Contribuciones Roth](#) que se encuentra a continuación. Guarde este anexo para revisarlo cuando sea elegible para aceptar una distribución.

## SANCIÓN POR RETIRO TEMPRANO

Si hace un retiro antes de la edad de 59 años y medio, en vez de transferirlo, en la mayoría de los casos deberá asumir una sanción del 10 % por retiro temprano, establecida por el IRS sobre la parte que estará sujeto a impuestos del pago de liquidación. Por lo tanto, las contribuciones Roth y, si se las distribuye en una distribución "calificada", las ganancias de dichas contribuciones, no están sujetas a la sanción del 10 % por retiro temprano. Existen algunas excepciones para esta sanción, tales como pagos por fallecimiento, discapacidad, jubilación luego de los 55 años y pago de ciertos gastos médicos, y los pagos de liquidaciones relacionados con el nacimiento o la adopción de su hijo. También se aplican reglas especiales en el caso de los pagos realizados a reservistas que son llamados a prestar servicio militar activo.

## IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE ACCIONES DE WALMART

También existen normas especiales para las distribuciones de acciones ordinarias de Walmart. Si recibe dinero en efectivo (más de \$200) y acciones de Walmart, y el dinero en efectivo no se transfiere de manera directa, es posible que se aplique una retención, pero el monto retenido no será mayor que el monto de dinero en efectivo que recibe.

Generalmente, si recibe acciones ordinarias de Walmart como parte del pago de liquidación que no se transfiere, solo se aplica el impuesto sobre el valor de las acciones en el momento en que el Plan las adquirió.

Recuerde que, si opta por pagos de liquidación en efectivo de dividendos pagados sobre las acciones de Walmart de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía, el dividendo estará sujeto a impuestos y no es elegible para su transferencia. El dividendo también estará sujeto a impuestos si solicita un pago por dificultad financiera de su cuenta dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de registro para el dividendo y el dividendo se le paga automáticamente en efectivo. El pago de liquidación de dividendos no está sujeto a la sanción del 10 % por retiro temprano mencionada anteriormente. En algunos casos, Walmart Inc. tendrá derecho a la deducción de dividendos pagados sobre las acciones sujetas a esta elección.

## IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS A BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIOS ALTERNATIVOS

El tratamiento impositivo mencionado anteriormente se aplica sólo a los pagos de liquidación realizados a participantes. Se pueden aplicar diferentes reglas a los pagos a beneficiarios de participantes fallecidos. En general, si su cónyuge es el beneficiario, tendrá el mismo trato con respecto al impuesto federal a las ganancias y las opciones de transferencia que usted hubiese tenido. Otros beneficiarios, incluso las parejas, solo tendrán derecho a una transferencia directa a una IRA heredada o IRA Roth. La sanción del 10 % por retiro temprano no se aplica a los pagos a su beneficiario.

El cónyuge o excónyuge de un participante que recibe un pago de liquidación del Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO) generalmente tiene el mismo trato y las mismas opciones con respecto al impuesto federal a las ganancias que hubiese tenido el participante. Sin embargo, en ciertos casos, un pago de liquidación a nombre de un

dependiente no cónyuge, conforme a una QDRO (por ejemplo, manutención de menores ordenada por el estado) puede estar sujeto a impuestos en el impuesto federal a las ganancias para el participante, aunque el pago de liquidación se realice para un beneficiario alternativo dependiente, o en su nombre.

## IMPUESTOS APLICABLES AL RETIRO POR DIFICULTADES FINANCIERAS

Un pago de liquidación por dificultad financiera está sujeto inmediatamente a impuestos (excepto las contribuciones Roth y, si el pago es una distribución calificada, las ganancias derivadas de las contribuciones Roth), incluida una sanción del 10 % si usted tiene menos de 59 años y medio de edad o si el pago de liquidación no es para cubrir ciertos gastos médicos. No puede transferir la distribución, y Walmart no está obligado a retener el 20 %, pero puede elegir voluntariamente la retención de impuestos.

## IMPUESTOS SOBRE PRÉSTAMOS

Según lo establece la legislación impositiva actual, todos los préstamos hechos desde el Plan, sin importar el propósito, no se consideran ingresos sujetos a impuestos para el participante a menos que falle en el cumplimiento del pago. En ese caso (como ya se detalló más arriba), la declaración de impuestos mostrará el monto de los ingresos correspondiente al año en que usted se convirtió en moroso. Es posible también que usted deba asumir una sanción del 10 % por retiro temprano.

## IMPUESTOS SOBRE LAS DISTRIBUCIONES CALIFICADAS POR NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si recibe una distribución relacionada con el nacimiento o la adopción de su hijo, la distribución estará sujeta a impuestos para usted a efectos del impuesto federal a las ganancias, pero no está sujeta a la sanción por retiro temprano del 10 %. No puede transferir la distribución, y Walmart no está obligado a retener el 20 %, pero puede elegir voluntariamente la retención.

## Presentación de reclamos al Plan 401(k) de Walmart

Si considera que tiene derecho a un beneficio, además de los que procesa el depositario de registros del Plan (Bank of America), puede presentar un reclamo ante el Administrador o su delegado:

**Walmart Inc.**  
**Attn: 401(k) Plan Administrator**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

Si tiene preguntas acerca de la presentación de reclamos, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

Si su reclamo es rechazado en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre la decisión dentro de un plazo razonable, pero no mayor de 90 días, a partir de la fecha en que el Administrador recibe su reclamo. El Administrador o su delegado puede extender este período hasta 90 días adicionales si determina que se necesita una prórroga debido a circunstancias especiales. Recibirá una notificación sobre toda

prórroga antes del vencimiento del período original de 90 días. En la notificación por escrito que recibirá, se indicarán las razones específicas del rechazo de su reclamo, una referencia específica a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basa el rechazo, y una descripción de los procedimientos de revisión y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluido su derecho a iniciar acciones legales ante el rechazo de una apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del Administrador, o de su delegado, puede solicitar que el Administrador revise la decisión. El Administrador tiene autoridad discrecional para resolver todas las cuestiones relacionadas con la administración, la interpretación o la aplicación del Plan. Su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Administrador a:

**Walmart Inc.**  
**Attn: Benefits Compliance**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

Su solicitud debe realizarse dentro de los 60 días calendario a partir del rechazo. Su solicitud por escrito debe contener toda la información adicional que usted desee que el Administrador considere. Si no solicita una revisión dentro de este plazo, se considerará que renunció a su derecho a una revisión.

**NOTA:** Debido a la pandemia de COVID-19, se ha ampliado el plazo de 60 días para solicitar una revisión de su reclamo. No se tiene en cuenta el período que comprendido entre la fecha de rechazo de su solicitud (pero no antes del 1.º de marzo de 2020) y la fecha en que se cumple un año de dicho rechazo o la fecha en que se cumplen 60 días después del fin anunciado de la emergencia nacional relacionada con la pandemia de COVID-19, lo que ocurra primero.

El Administrador procederá inmediatamente con la revisión. Se le enviará notificación escrita sobre la decisión del Administrador con respecto a la revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud, a menos que se requiera una prórroga de hasta 60 días adicionales debido a circunstancias especiales. En aquellas circunstancias en las cuales la revisión se retrasa para permitirle proporcionar la información adicional necesaria para una revisión adecuada, la duración del retraso no se incluirá en el cálculo de la fecha límite de 60 días y de los períodos de prórroga establecidos anteriormente. La notificación por escrito sobre la decisión del Administrador incluirá las razones específicas de la decisión y hará referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las cuales se basa la decisión.

Debe agotar estos procedimientos antes de que pueda presentar una demanda con respecto a los beneficios de su Plan. Si usted presenta una demanda, debe presentarla en el plazo de un año desde la fecha de su pago o, si no se realiza el pago, la fecha en la que el Administrador rechaza la solicitud de beneficios, en su totalidad o parcialmente, en la apelación (o, si es antes, la fecha en la que el Administrador no responde a su reclamo o apelación dentro de los períodos indicados anteriormente).

## Información administrativa

### NOMBRE DEL PLAN

El nombre legal del Plan es Plan 401(k) de Walmart.

### PATROCINADOR DEL PLAN Y ADMINISTRADOR DEL PLAN EN VIRTUD DE LA LEY ERISA

Walmart Inc. es el Patrocinador del Plan. La información de contacto para asuntos relacionados con el Plan es la siguiente:

**Walmart Inc.**  
**Attn: 401(k) Plan Administrator**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**  
**800-421-1362**

Como Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA, Walmart Inc. es responsable de informar y divulgar las obligaciones que tiene bajo la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA) y todas las demás obligaciones que se exija desempeñar a los administradores de planes de acuerdo con el Código Fiscal y la ley ERISA, excepto para aquellas obligaciones delegadas al Administrador, el Comité de inversión de beneficios o el depositario del Fideicomiso. ERISA es la ley federal que impone ciertas responsabilidades a Walmart Inc., al Administrador, al Comité de inversión de beneficios y al depositario con respecto a los beneficios de jubilación.

Las subsidiarias de Walmart Inc. pueden participar en el Plan. Para obtener una lista de las subsidiarias que participan actualmente en el Plan, llame a Servicios al personal.

### NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADOR DEL PATROCINADOR DEL PLAN

71-0415188

### FIDUCIARIO ADMINISTRATIVO DESIGNADO

El Administrador es la persona que periódicamente ocupa el cargo de vicepresidente ejecutivo de la División de beneficios globales de Walmart. El Administrador es el fiduciario administrativo designado del Plan. Como fiduciario administrativo designado del Plan, el Administrador generalmente es responsable del manejo, la interpretación y la administración del Plan, lo cual incluye, entre otros, las determinaciones sobre elegibilidad, los pagos de beneficios y otras funciones requeridas, necesarias o aconsejables para llevar a cabo los propósitos del Plan.

Puede comunicarse con el Administrador a la siguiente dirección:

**Senior Vice President, Global Benefits Division/Administrator**  
**Walmart Inc.**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

## FIDUCIARIO DE INVERSIONES DESIGNADO

El Comité de inversión de beneficios es el fiduciario de inversiones designado del Plan. El Comité es responsable de las políticas de inversión del Plan, incluida la selección de opciones de inversión puestas a disposición conforme al Plan y la selección de la opción de inversión predeterminada.

Puede comunicarse con el Comité de inversión de beneficios a la siguiente dirección:

**Benefits Investment Committee**  
**Walmart Inc.**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

## DEPOSITARIO DEL PLAN

**Northern Trust Company**  
**50 S. LaSalle Street**  
**Chicago, Illinois 60603**

Uno o más fideicomisos mantienen todos los activos del Plan, como las contribuciones realizadas por los participantes y las contribuciones de Walmart. Como administrador de bienes, Northern Trust Company recibe y guarda las contribuciones hechas al plan en fideicomiso e invierte dichas contribuciones de acuerdo a las políticas establecidas conforme al Plan.

## AGENTE DEL SERVICIO DEL PROCESO LEGAL

**Corporation Trust Company**  
**1209 Orange Street**  
**Corporation Trust Center**  
**Wilmington, Delaware 19801**

También se puede notificar al Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o al depositario.

## NÚMERO DEL PLAN

003

## AÑO DEL PLAN

Del 1.º de febrero al 31 de enero

## TIPO DE PLAN

El Plan 401(k) de Walmart es un plan de contribuciones definidas (plan 401(k), de reparto de utilidades y de propiedad de acciones para empleados).

## CESIÓN

Debido a que este es un plan de jubilación controlado por la ley ERISA y otras leyes federales, sus cuentas no pueden asignarse o utilizarse como garantía para un préstamo, ni pueden embargarse o quedar sujetas a procesos de bancarrota. No obstante, pueden formar parte de un acuerdo de divorcio, como se explicó anteriormente en este resumen, en la sección [Si se divorcia](#). Además, en algunos casos, el IRS puede ejecutar un embargo de impuestos federales contra sus cuentas para saldar los impuestos federales que adeuda.

## SIN COBERTURA DE LA PBGC

La ley ERISA creó un organismo gubernamental denominado Corporación de Garantías de Beneficios Jubilatorios (PBGC). Uno de los fines de la PBGC es asegurar los beneficios que se pagarán conforme a los planes de beneficios definidos. Sin embargo, la PBGC no brinda cobertura para los planes de contribución definidos. Debido a que el Plan es un plan de contribuciones definidas, no es elegible para la cobertura de la PBGC.

## MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN DEL PLAN

Walmart se reserva el derecho de modificar o finalizar el Plan en cualquier momento. Las modificaciones son realizadas por la Junta directiva de Walmart o por su vicepresidente ejecutivo de la División de personal global. Ni el Plan ni los beneficios descritos en este resumen se pueden modificar de manera oral. Las declaraciones y manifestaciones orales no tienen vigencia ni efecto aunque las realice un asociado administrativo de Walmart o una subsidiaria participante, el Administrador, un miembro del Comité de inversión de beneficios o Merrill Lynch.

Para obtener una copia del documento formal del Plan, escriba a la siguiente dirección:

**Walmart Inc.**  
**Attn: Benefits Compliance**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

También puede llamar al Centro de atención al cliente al **888-968-4015**.

## PAGOS ERRÓNEOS

Si se realiza un pago conforme al Plan a la parte equivocada, o si se realiza un pago a la parte correcta, pero por la cantidad incorrecta, el Administrador puede tener derecho a recuperar el pago erróneo del destinatario, ya sea mediante la reducción de su cuenta del Plan o de pagos futuros que se deben al destinatario, o puede exigir que el destinatario devuelva el pago a la brevedad al Plan.

## DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA

Como participante de este Plan, se le confieren ciertos derechos y protecciones conforme a la ley ERISA. La ley ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen derecho a lo siguiente:

- Examinar, de forma gratuita, en la oficina del Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA y en otras instalaciones especificadas, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, y una copia del último informe anual (serie del Formulario 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados.

- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan en virtud de la ERISA, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, copias del último informe anual (serie del Formulario 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA puede cobrar un precio razonable por las copias. Su solicitud debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

**Walmart Inc. — ERISA Section 104(b) Request**

**Attn: Benefits Compliance**

**508 SW 8th Street**

**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA otorgue a cada participante una copia del resumen del informe financiero.
- Obtener un resumen que indique el saldo actual de su cuenta y la porción de su cuenta que es no confiscable (que tiene derecho de posesión). Este resumen se debe solicitar por escrito y no se exige más de una vez cada 12 meses. El Plan debe proporcionar el resumen de forma gratuita.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ley ERISA impone deberes sobre las personas que son responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que manejan el Plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo en forma prudente y para la conveniencia de todos los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluidos su empleador u otras personas, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna para evitar que usted obtenga un beneficio jubilatorio o ejerza sus derechos conforme a la ley ERISA.

Si su reclamo de un beneficio se rechaza o se ignora total o parcialmente, usted tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión de forma gratuita y a apelar el rechazo, todo dentro de ciertos plazos.

Conforme a la ley ERISA, existen pasos que puede seguir para hacer valer los derechos expuestos anteriormente. Por ejemplo, si solicita material sobre el plan y no lo recibe dentro de 30 días, puede iniciar un reclamo en el tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o el Administrador brinde los materiales y pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones más allá del control del Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o del Administrador. Si su reclamo de un beneficio se rechaza o se ignora total o parcialmente, puede iniciar acciones legales en un tribunal estatal o federal. Sumado a esto, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de decisión concerniente al estado calificado de una orden de relación doméstica, puede iniciar un juicio en un tribunal federal.

Si los fiduciarios del Plan hacen mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar la ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o puede iniciar acciones legales en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y honorarios de abogados. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague tales gastos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague tales costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

Si tiene preguntas respecto del Plan, comuníquese con el Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o con el Administrador. Si tiene preguntas sobre este resumen o sobre sus derechos de acuerdo con la ley ERISA, debe comunicarse con la oficina regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration), del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figura en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos a la siguiente dirección: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ley ERISA llamando a la línea de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.

## Anexo especial de la notificación impositiva

### SUS OPCIONES DE TRANSFERENCIA

La ley establece que los participantes reciban este aviso antes de recibir una distribución del Plan que cumpla con los requisitos necesarios para el traspaso de su pago a una IRA o bien a otro plan de empleador. Usted puede o no cumplir con los requisitos para recibir una distribución del Plan en la actualidad. No obstante, si es elegible, debe leer este aviso con atención antes de elegir una distribución del Plan. El objetivo de este aviso es ayudarlo a decidir si opta por una transferencia o no. Si no es ahora elegible para una distribución, le recomendamos guardar este aviso y leerlo cuando lo sea.

Las normas para la mayoría de los pagos del Plan se describen en la sección **Información general sobre transferencias**. Las reglas especiales que corresponden a determinadas circunstancias se describen en la sección **Opciones y reglas especiales**.

En este aviso, se describen las normas de transferencia que se aplican a los pagos de liquidación del Plan, excepto aquellos de una cuenta Roth designada. Si además recibe un pago desde su cuenta Roth o su cuenta de transferencia Roth del Plan, consulte el anexo **Anexo especial de la notificación impositiva: Contribuciones Roth** que se encuentra a continuación.

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TRANSFERENCIAS

**¿Cómo puede una transferencia afectar mis impuestos?** Se le cobrará un impuesto a un pago que se realice desde el Plan si no lo transfiere. Si usted tiene menos de 59 años y medio, y no hace una transferencia, tendrá que pagar además un 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas (por lo general, distribuciones realizadas antes de los 59 años y medio, como se explica más adelante), a menos que se aplique una excepción. No obstante, si realiza una transferencia, no tendrá que pagar ningún impuesto hasta que reciba un pago más

adelante, y no corresponderá el 10 % adicional al impuesto a las ganancias si se realiza el pago después de que alcance la edad de 59 años y medio (o si corresponde una excepción al 10 % adicional al impuesto a las ganancias).

**¿Qué tipos de cuentas y planes de jubilación pueden aceptar mi transferencia?** Puede transferir el pago a una IRA (cuenta de jubilación individual o renta vitalicia individual) o a un plan de un empleador (un plan con incentivos fiscales, un plan sección 403(b) o un plan del gobierno sección 457(b)) que acepte la transferencia. Las reglas de la IRA o del plan del empleador que mantiene la transferencia determinarán sus opciones de inversión, los cargos y los derechos a recibir pagos desde la IRA o el plan del empleador (por ejemplo, las IRA no están sujetas a las reglas del consentimiento del cónyuge y, a su vez, las IRA no ofrecen préstamos). Además, el monto transferido estará sujeto a las reglas impositivas que corresponden a la IRA o al plan de un empleador.

**¿Cómo hago una transferencia?** Tiene dos opciones: Puede hacer una “transferencia directa” o una “transferencia de 60 días”.

Si elige la primera, el Plan realizará el pago directamente a su IRA o al plan del empleador. Deberá comunicarse con el patrocinador de la IRA o el administrador del plan del empleador para obtener más información acerca de cómo realizar una transferencia directa.

Si elige la segunda, puede realizar una transferencia mediante un depósito en una IRA o un plan del empleador elegible que acepte la transferencia. Tendrá 60 días después de recibido el pago para realizar el depósito. Si no realiza una transferencia directa, está establecido que el Plan retenga el 20 % del pago para impuestos federales (hasta el monto recibido en dinero efectivo o bienes, excepto acciones de la compañía). Esto significa que, para transferir todo el pago con una transferencia de 60 días, deberá usar otros fondos para cubrir el 20 % retenido. Si no transfiere todo el monto del pago, la parte no transferida estará sujeta a impuestos y al 10 % adicional del impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas, siempre que tenga menos de 59 años y medio (salvo que corresponda una excepción).

**¿Qué monto puedo transferir?** Si desea realizar una transferencia, puede transferir el monto elegible para una transferencia de forma total o parcial. Cualquier pago realizado desde el Plan es elegible para una transferencia, pero existen algunas excepciones:

- Distribuciones mínimas obligatorias después de los 70 años y medio (si nació antes del 1.º de julio de 1949 y antes del 1.º de enero de 1951), o después de los 73 años (si nació después del 31 de diciembre de 1950), o después del fallecimiento
- Distribuciones por dificultad económica
- Pago de dividendos de un Plan de compra de acciones para empleados (ESOP)
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva

- Pagos relacionados con el nacimiento o la adopción de su hijo, y
- Los préstamos considerados distribuciones (por ejemplo, los préstamos en mora debido a pagos no realizados antes de que finalice su relación laboral).

El Administrador del Plan o el pagador puede indicarle qué parte de un pago es elegible para una transferencia.

**Si no realizo una transferencia, ¿tendré que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas?** Si tiene menos de 59 años y medio, tendrá que pagarlo para todos los pagos realizados desde el Plan (incluso sobre los montos retenidos para el impuesto a las ganancias) que no transfiera, a menos que corresponda alguna de las excepciones que se detallan a continuación. Este impuesto se aplica a la parte de la distribución que debe incluir en los ingresos y se suma al impuesto a las ganancias ordinario sobre el pago no transferido.

El 10 % adicional al impuesto a las ganancias no corresponde a los siguientes pagos del Plan:

- Pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre
- Pagos realizados por discapacidad
- Pagos después de su fallecimiento
- Pagos de dividendos en virtud del ESOP
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva
- Pagos realizados directamente al gobierno para cumplir con un gravamen federal
- Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO)
- Pagos de hasta \$5,000 destinados a usted desde un plan de contribución definida, si el pago es una distribución calificada por nacimiento o adopción
- Pagos hasta el importe de sus gastos médicos deducibles (sin tener en cuenta si detalla las deducciones para el año fiscal)
- Determinados pagos realizados mientras se encontraba en servicio activo si fue un miembro de la reserva militar que fue convocado después del 11 de septiembre de 2001 y permaneció en servicio durante más de 179 días, y
- Pagos exceptuados del impuesto adicional a las ganancias por la legislación federal a causa de determinadas emergencias y catástrofes.

**Si realizo una transferencia a una IRA, ¿el impuesto adicional del 10 % a las ganancias corresponderá a las distribuciones anticipadas efectuadas desde la IRA?** Si recibe un pago desde una IRA cuando tiene menos de 59 años y medio de edad, tendrá que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas de la parte de la distribución que debe incluir en las ganancias, a menos que corresponda una excepción. Por lo general, las excepciones de este caso son las mismas que corresponden a las distribuciones anticipadas de un plan. No obstante, existen algunas diferencias para los pagos desde una IRA, entre ellas:

- No se aplica la excepción para pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre.
- No corresponde la excepción para una QDRO (aunque sí hay una regla especial que establece que, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, es posible realizar una transferencia libre de impuestos a una IRA de un cónyuge o excónyuge).
- Corresponde la excepción para pagos realizados por lo menos anualmente en montos iguales o aproximados durante un período específico (independientemente de si finalizó su empleo o no).
- Corresponden excepciones para los pagos desde una IRA, entre las cuales se incluyen las siguientes: (1) pagos de gastos calificados relacionados con la educación superior, (2) pagos de hasta \$10,000 usados en compras calificadas de primera vivienda y (3) pagos del seguro de salud realizados después de que recibió compensación por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o hubiese sido elegible para recibirla si no fuera por su situación de trabajador independiente).

**¿Deberé impuestos estatales a las ganancias?** Este aviso no describe ninguna regla de los impuestos estatales o locales a las ganancias (incluidas las normas de retención).

## OPCIONES Y REGLAS ESPECIALES

**Si su pago incluye contribuciones después de impuestos:** Si tiene contribuciones después de impuestos que se fusionaron al Plan 401(k) de Walmart, están sujetas a reglas impositivas especiales cuando se distribuyan desde el Plan 401(k) de Walmart. (Consulte el siguiente Anexo si hizo contribuciones Roth al Plan).

Las contribuciones después de impuestos incluidas en un pago no están sujetas a impuestos. Si recibe un pago parcial de su beneficio total, se incluye una parte imputable de sus contribuciones después de impuestos en el pago, por lo que no puede tomar un pago solo de contribuciones después de impuestos. Sin embargo, si tiene contribuciones después de impuestos previas a 1987 en una cuenta separada, es posible que se aplique una norma especial para determinar si las contribuciones después de impuestos están incluidas en el pago. Además, se aplican reglas especiales cuando hace una transferencia, como se describe a continuación.

Puede transferir a una IRA un pago que incluya contribuciones después de impuestos a través de una transferencia directa o una transferencia de 60 días. Debe llevar un registro del monto unificado de las contribuciones después de impuestos en todas sus IRA (para determinar los ingresos que están sujetos a impuestos para pagos posteriores de IRA). Si hace una transferencia directa solo de una parte del monto pagado del Plan y al mismo tiempo se le paga a usted el resto, la parte transferida estará compuesta primero por el monto que estaría sujeto a impuestos si no se transfiriera. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son por contribuciones después de impuestos. En este caso, si usted transfiriera directamente \$10,000 a una IRA que no sea una IRA Roth, ningún monto estará sujeto a impuestos debido a que el monto de \$2,000 no transferido se considera contribución después de impuestos. Si hace una transferencia directa de todo el monto pagado del Plan a dos o más destinos al mismo tiempo, puede elegir qué destino recibe las contribuciones después de impuestos.

Del mismo modo, si hace una transferencia directa de 60 días a una cuenta IRA de solo una parte del monto pagado, la parte transferida consiste primero en el monto del pago que estaría sujeto a impuestos si no se transfiriera. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son por contribuciones después de impuestos, y ninguna parte de la distribución se transfiriera directamente. En este caso, si usted transfiriera \$10,000 a una IRA que no sea una IRA Roth en una transferencia de 60 días, ningún monto estará sujeto a impuestos debido a que el monto de \$2,000 no transferido se considera contribución después de impuestos.

Puede hacer una transferencia a un plan del empleador que incluya contribuciones después de impuestos, pero solo a través de una transferencia directa (y solo si el plan de recepción justifica de manera independiente las contribuciones después de impuestos y no es un plan del gobierno sección 457(b)). Puede hacer una transferencia de 60 días a un plan del empleador de un pago que incluya contribuciones después de impuestos, pero solo hasta el monto del pago que estaría sujeto a impuestos si no se transfiriera.

### **Si no cumple con la fecha límite de la transferencia a 60 días:**

Por lo general, no es posible prorrogarla. No obstante, el IRS tiene autoridad limitada para eximir del cumplimiento con la fecha límite en determinadas circunstancias extraordinarias; por ejemplo, cuando no pudo completar la transferencia por fuerza mayor antes de la fecha límite de 60 días. Para solicitar una eximición, usted deberá presentar una solicitud para resolución por carta privada al IRS. Esto requiere el pago de un cargo para usuarios no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590 del IRS, Medidas de jubilación individual.

### **Si su pago incluye acciones del empleador que usted no transfiriere:**

Si no realiza una transferencia, puede usar una regla especial para pagos de acciones del empleador que se pagan en una única suma después de que finaliza la relación laboral (o después de que el participante cumpla 59 años y medio, sufra una discapacidad o fallezca). Según lo establecido por esta regla, la apreciación accionaria neta no realizada no se aplicarán impuestos cuando se distribuya desde el Plan, pero sí cuando venda la acción (y se cobrará a tasa de ganancias eventuales). Por lo general, la apreciación accionaria neta no realizada se refiere al incremento del valor de las acciones del empleador después de haber sido adquiridas por el Plan. Si transfiriere un pago que incluye las acciones del empleador (por ejemplo, vendiendo las acciones y transfiriendo las ganancias dentro de los 60 días del pago), la regla especial relacionada con las acciones del empleador distribuidas no se aplicará a ningún pago posterior desde la IRA o, en general, desde el Plan. El Administrador del Plan puede informarle acerca del monto de cualquier apreciación accionaria neta no realizada.

### **Si tiene un préstamo pendiente que se está compensando:**

Si tiene un préstamo pendiente del Plan, su beneficio del Plan puede ser compensado con el monto del préstamo pendiente, normalmente cuando su relación laboral finaliza. El monto compensado del préstamo se considera una distribución para usted al momento de la compensación. Por lo general, puede transferir la totalidad o una parte del monto compensado. A cualquier monto compensado que no se transfiriera se le aplicarán impuestos (incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre distribuciones anticipadas, a menos que se aplique una excepción). Puede transferir montos compensados

a una IRA o a un plan del empleador (si los términos del plan del empleador permiten que el plan reciba transferencias de montos compensados del préstamo del plan).

El tiempo que tiene para completar la transferencia depende de qué tipo de compensación de préstamo del plan tiene. Si tiene una compensación de préstamo del plan calificada, tendrá hasta la fecha límite de la declaración de impuestos (incluidas las prórrogas) del año fiscal durante el cual se produce la compensación para completar su transferencia. Una compensación de préstamo del plan calificada se produce cuando se compensa un préstamo del plan vigente debido a que el plan del empleador finaliza, o debido a que usted se aparta del empleo. Si la compensación de préstamo del plan se produce por cualquier otro motivo (como el incumplimiento de los reembolsos a nivel de préstamo que dan lugar a lo que se considera una distribución), tiene 60 días a partir de la fecha en que se produce la compensación para completar la transferencia.

**Si nació el 1.º de enero de 1936 o antes:** Si nació el 1.º de enero de 1936 o antes y recibe una distribución de única suma que no transfiere, es posible que correspondan reglas especiales para calcular el monto del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, vea la Publicación 575 del IRS, Pensiones y rentas vitalicias.

**Si transfiere su pago a una IRA Roth:** Si transfiere un pago realizado desde el Plan a una IRA Roth, se aplicará una regla especial según la cual el monto del pago transferido será gravable (reducido por cualquier monto después de impuestos). En general, no corresponde el impuesto adicional del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. No obstante, si retira el importe transferido de la cuenta IRA Roth dentro del período de cinco años que comienza el 1.º de enero del año de la transferencia, se aplicará el impuesto adicional del 10% a las ganancias (a menos que corresponda una excepción). Si transfiere el pago a una IRA Roth, los pagos posteriores realizados desde allí que se consideren distribuciones calificadas no estarán sujetos a impuestos (incluso ganancias posteriores a la transferencia). Se considera una distribución calificada desde una IRA Roth a un pago realizado después de que usted haya cumplido los 59 años y medio (o después de fallecimiento o discapacidad, o como una distribución de compra calificada de primera vivienda de hasta \$10,000) y haya tenido una IRA Roth durante por lo menos cinco años. Para aplicar la regla de los cinco años, debe contar desde el 1.º de enero del año para el que realizó su primera contribución a una IRA Roth. Aquellos pagos realizados desde una IRA Roth que no se consideren distribuciones calificadas se aplicarán impuestos hasta el monto de ganancias posteriores a la transferencia, que incluye el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas (a menos que corresponda una excepción). No es necesario que acepte distribuciones mínimas obligatorias de una IRA Roth de por vida. Para obtener más información, consulte la Publicación 590 del IRS, Medidas de jubilación individual.

**Si realiza una transferencia a una cuenta Roth designada del Plan:** No puede transferir una distribución a una cuenta Roth designada en un plan del empleador. Sin embargo, puede transferir la distribución a una cuenta Roth designada en el Plan de distribución. Si transfiere un pago realizado desde el Plan a una cuenta Roth designada en el Plan, el monto del pago transferido estará sujeto a impuestos (reducido por cualquier monto después de impuestos que se transfiera directamente). En general, no corresponde el impuesto adicional del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. No obstante, si retira el importe transferido de la cuenta IRA Roth dentro del período de cinco años que comienza el 1.º de enero del año de la transferencia, se aplicará el impuesto adicional del 10% a las ganancias (a menos que corresponda una excepción). Si transfiere el pago a una cuenta Roth designada en el Plan, los pagos posteriores realizados desde la cuenta Roth designada que se consideren distribuciones calificadas no estarán sujetos a impuestos (incluso ganancias posteriores a la transferencia). Una distribución calificada de una cuenta Roth designada es un pago hecho después de la edad de 59 años y medio (o después del fallecimiento o la declaración de una discapacidad) y después de haber tenido una cuenta Roth designada en el Plan durante al menos cinco años. Para aplicar esta regla de los cinco años, debe contar desde el 1 de enero del año en el que realizó su primera contribución a una cuenta Roth designada. Sin embargo, si hizo una transferencia directa a una cuenta Roth designada del Plan desde una cuenta Roth designada de otro plan del empleador, el período de cinco años se contará desde el 1.º de enero del año en el que hizo su primera contribución a la cuenta Roth designada en el Plan o, si fuera anterior, a la cuenta Roth designada del plan de otro empleador. Aquellos pagos realizados desde una cuenta Roth designada que no se consideren distribuciones calificadas estarán sujetos a impuestos hasta el monto de ganancias posteriores a la transferencia, que incluye el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas (a menos que corresponda una excepción).

### Si usted no es un participante del plan

Pagos realizados después del fallecimiento del participante. Si recibe una distribución después de la muerte del participante y no la transfiere, estará sujeta a impuestos de la misma forma en que se describió en otras secciones de este aviso. No obstante, no corresponderá el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas, y la regla especial detallada en la sección **Si nació el 1.º de enero de 1936 o antes** corresponderá únicamente si el participante nació el 1.º de enero de 1936 o antes.



**Si es un cónyuge sobreviviente:** Si recibe un pago desde un Plan como cónyuge sobreviviente de un participante fallecido, usted tendrá las mismas opciones de transferencia que hubiera tenido el participante, como se detallan en otras secciones de este aviso. Además, si elige transferir un pago a una IRA, es posible usar la IRA como si fuera una cuenta propia o heredada.

Usar la IRA como una cuenta propia es usarla como las otras IRA a su nombre. Así, los pagos que usted reciba antes de los 59 años y medio estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas (a menos que correspondan excepciones) y las distribuciones mínimas obligatorias desde su IRA no deben empezar hasta después de haber alcanzado los 70 años y medio (si nació antes del 1.º de julio de 1949), después de los 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949 y antes del 1.º de enero de 1951), o después de los 73 años (si nació después del 31 de diciembre de 1950).

Si usa la IRA como una IRA heredada, los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas. No obstante, si el participante había empezado a tomar las distribuciones mínimas obligatorias, usted tendrá que recibirlas desde la IRA heredada. Caso contrario, usted no tendrá obligación de recibir las distribuciones mínimas obligatorias del Plan de la IRA heredada hasta el año en que el participante hubiera alcanzado los 70 años y medio (si nació antes del 1.º de julio de 1949), 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949 y antes del 1.º de enero de 1951), o 73 años (si el participante nació después del 31 de diciembre de 1950).

**Si es un beneficiario sobreviviente, pero no un cónyuge:**

Si recibe un pago desde el Plan debido al fallecimiento del participante y porque usted aparece como beneficiario designado y no como cónyuge sobreviviente, la única opción que tiene es realizar una transferencia directa a una IRA heredada o una IRA Roth. Pagos realizados desde la cuenta IRA heredada o una IRA Roth no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde una IRA heredada o una IRA Roth.

**Pagos conforme a una orden de relaciones domésticas calificada**

**(QDRO):** Si usted es el cónyuge o excónyuge de un participante que recibe un pago desde un Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO), por lo general, contará con las mismas opciones y el mismo tratamiento impositivo que el participante (por ejemplo, podrá transferir el pago a su propia IRA o a un plan del empleador elegible que acepte la transferencia). No obstante, los pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones anticipadas.

**Si es un extranjero no residente:** Si es un extranjero no residente y no realiza un traspaso directo a una IRA estadounidense o a un plan de un empleador estadounidense, el Plan establece que se le retenga el 30 % del pago (y no el 20 %, como en los casos descritos anteriormente) para el impuesto federal a las ganancias. Si el monto retenido supera el monto del impuesto que usted adeuda (como podría suceder si realiza una transferencia de 60 días), usted podrá solicitar un reembolso del impuesto a las

ganancias con solo completar el Formulario 1040NR y adjuntar el Formulario 1042-S. Vea el Formulario W-8BEN para reclamar que le corresponde una tasa reducida de retención de acuerdo con lo establecido en el convenio sobre el impuesto a las ganancias. Para obtener más información, vea la Publicación 519 del IRS, La guía sobre impuestos para extranjeros no residentes de los Estados Unidos y la Publicación 515 del IRS, *Retención de impuestos para extranjeros no residentes y entidades extranjeras*.

## OTRAS NORMAS ESPECIALES

Si sus pagos del año son inferiores a \$200 (solo se incluyen los pagos desde una cuenta Roth designada del Plan), el Plan no está obligado a permitirle realizar una transferencia directa ni a retener el impuesto federal a las ganancias. No obstante, usted puede realizar una transferencia de 60 días.

Es posible que tenga derechos especiales para transferencias si recientemente ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias para las Fuerzas Armadas de los EE. UU., consulte la Publicación 3 del IRS Guía impositiva para las Fuerzas Armadas. También es posible que tenga derechos especiales para transferencias si sufrió un desastre declarado a nivel federal (o un evento similar) o si recibió una distribución a causa de un desastre. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias relacionados con fondos para asociados en caso de desastres, consulte el sitio web del IRS en [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Antes de tomar un pago desde el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan o el pagador, o con un asesor impositivo profesional. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento impositivo federal de los pagos de los planes del empleador en la Publicación 575 del IRS, Pensiones y rentas vitalicias; la Publicación 590 del IRS, Acuerdos de jubilación individual (Individual Retirement Arrangements, IRA); y la Publicación 571 del IRS, Planes de renta vitalicia con beneficios tributarios (planes 403(b)). Puede encontrar estas publicaciones en la oficina local del IRS, en la página [www.irs.gov](http://www.irs.gov), o puede pedir las por teléfono al **800-TAX-FORM**.

## Anexo especial de la notificación impositiva: Contribuciones Roth

### SUS OPCIONES DE TRANSFERENCIA

La ley exige que los participantes reciban este aviso antes de recibir una distribución del Plan de su cuenta Roth (o cualquier monto de Roth que se haya fusionado y agregado al Plan desde el plan de su empleador anterior). Usted puede o no cumplir con los requisitos para recibir una distribución del Plan en la actualidad. No obstante, si es elegible, debe leer este aviso con atención antes de elegir una distribución del Plan. El objetivo de este aviso es ayudarlo a decidir si opta por una transferencia o no. Si no es ahora elegible para una distribución, le recomendamos guardar este aviso y leerlo cuando lo sea.

Las reglas que se aplican a la mayoría de los pagos de su cuenta Roth o cuenta de transferencia Roth (denominadas en este anexo, en forma conjunta, “cuenta Roth”) se describen en la sección **Información general sobre transferencias**. Las reglas especiales que corresponden a determinadas circunstancias se describen en la sección **Opciones y reglas especiales**.

Las reglas que se aplican a los pagos del Plan, que no sean desde su cuenta Roth, se describen por separado en el **Anexo especial de la notificación impositiva** que aparece más arriba.

## INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TRANSFERENCIAS

**¿Cómo puede una transferencia afectar mis impuestos?** No se aplican impuestos sobre las contribuciones después de impuestos incluidas en un pago de su cuenta Roth, pero se pueden aplicar impuestos sobre las ganancias. El tratamiento impositivo de las ganancias incluidas en el pago depende de si el pago se trata de una distribución calificada. Si un pago es solo una parte de su cuenta Roth, este incluirá una parte imputable de las ganancias de su cuenta Roth.

Si el pago del Plan no es una distribución calificada y usted no hace una transferencia a una IRA Roth o una cuenta Roth designada de un plan del empleador, se aplicarán impuestos sobre la parte del pago que corresponda a ganancias. Si tiene menos de 59 años y medio, también se aplicará un impuesto adicional del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas (por lo general, distribuciones realizadas antes de los 59 años y medio de edad), a menos que corresponda una excepción. Sin embargo, si hace una transferencia, no deberá pagar impuestos actualmente sobre las ganancias y posteriormente sobre los pagos que sean distribuciones calificadas.

Si el pago del Plan es una distribución calificada, no se aplicarán impuestos sobre ninguna parte del pago, incluso si no hace una transferencia. Si hace una transferencia, no se aplicarán impuestos sobre el monto que transfiera ni sobre cualquier ganancia derivada de dicho monto transferido si se paga posteriormente en una distribución calificada.

Una distribución calificada de su cuenta Roth del Plan es un pago hecho después de la edad de 59 años y medio (o después de fallecimiento o discapacidad) y después de haber tenido una cuenta Roth en el Plan por al menos cinco años. Para aplicar la regla de los cinco años, debe contar desde el 1.º de enero del año en el que realizó su primera contribución a una cuenta Roth. Sin embargo, si hizo una transferencia directa a una cuenta Roth del Plan desde una cuenta Roth designada de otro plan del empleador, su participación se contará desde el 1.º de enero del año en el que hizo su primera contribución a la cuenta Roth del Plan o, si fuera anterior, a la cuenta Roth designada del plan de otro empleador.

**¿Qué tipos de cuentas y planes de jubilación pueden aceptar mi transferencia?** Puede transferir el pago a una IRA Roth (una cuenta de jubilación individual Roth o renta vitalicia individual Roth) o a una cuenta Roth designada de un plan del empleador (un plan con incentivos fiscales, un plan sección 403(b) o un plan del gobierno sección 457) que acepte la transferencia. Las reglas de la IRA Roth o del plan del empleador que acepta la transferencia determinarán sus opciones de inversión, los

cargos y los derechos a recibir pagos desde la IRA Roth o el plan del empleador (por ejemplo, las IRA Roth no están sujetas a las reglas del consentimiento del cónyuge y, a su vez, las IRA Roth no ofrecen préstamos). Además, el monto transferido estará sujeto a las reglas impositivas que corresponden a la IRA Roth o a la cuenta designada del plan del empleador. Por lo general, estas normas impositivas son similares a las descritas en otras secciones de este aviso, pero existen algunas diferencias:

- Si realiza una transferencia a una IRA Roth, todas sus IRA Roth entrarán en consideración para determinar si usted ha cumplido o no con la norma de los cinco años (empezando a partir del 1.º de enero del año que realizó su primera contribución a cualquiera de sus IRA Roth).
- Si realiza una transferencia a una IRA Roth, no será necesario que tome una distribución desde una IRA Roth de por vida, pero tendrá que hacer un seguimiento del monto unificado de las contribuciones después de impuestos en todas sus IRA Roth (para determinar los ingresos sujetos a impuestos para pagos posteriores de IRA Roth que no se consideran distribuciones calificadas).
- Las distribuciones de transferencia elegibles que se realizan desde una IRA Roth únicamente pueden transferirse a otra IRA Roth.

**¿Cómo hago una transferencia?** Tiene dos opciones: Puede hacer una transferencia directa o una transferencia de 60 días.

Si hace una transferencia directa, el Plan realizará el pago directamente a su IRA Roth o a la cuenta Roth designada de un plan del empleador. Deberá comunicarse con el patrocinador de la IRA Roth o el administrador del plan del empleador para obtener más información acerca de cómo realizar una transferencia directa.

Si no hace una transferencia directa, también puede hacer una transferencia mediante un depósito (generalmente dentro de los 60 días) a una IRA Roth, independientemente de si el pago es una distribución calificada o no calificada. Además, puede hacer una transferencia mediante un depósito dentro de los 60 días a una cuenta Roth designada de un plan del empleador si el pago es una distribución no calificada y la transferencia no supera el monto de las ganancias en el pago. No puede hacer una transferencia de 60 días a un plan del empleador de ninguna parte de una distribución calificada. Si recibe una distribución no calificada y no transfiere un monto por lo menos equivalente a las ganancias imputables a la distribución, se aplicarán impuestos sobre el monto de dichas ganancias no transferidas, incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre distribuciones anticipadas si usted es menor de 59 años y medio de edad (a menos que se aplique una excepción).

Si hace una transferencia directa solo de una parte del monto pagado del Plan y al mismo tiempo se le paga a usted una parte, la parte transferida directamente estará compuesta primero por ganancias. Si no realiza una transferencia directa y el pago no es una distribución calificada, está establecido que el Plan retenga el 20 % de las ganancias para impuestos federales (hasta el monto recibido en dinero efectivo o bienes, excepto acciones de la compañía). Esto significa que, para transferir todo el pago con una transferencia de 60 días a una IRA Roth, deberá usar otros fondos para cubrir el 20 % retenido.

**¿Qué monto puedo transferir?** Si desea realizar una transferencia, puede transferir el monto elegible para una transferencia de forma total o parcial. Cualquier pago realizado desde el Plan es elegible para una transferencia, pero existen algunas excepciones:

- Distribuciones mínimas obligatorias después de los 70 años y medio (si nació antes del 1.º de julio de 1949), después de los 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949 y antes del 1.º de enero de 1951), después de los 73 años (si nació después del 31 de diciembre de 1950) o después del fallecimiento
- Distribuciones por dificultad económica
- Pago de dividendos de un Plan de compra de acciones para empleados (ESOP)
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva
- Pagos relacionados con el nacimiento o la adopción de su hijo, y
- Los préstamos considerados distribuciones (por ejemplo, los préstamos en mora debido a pagos no realizados antes de que finalice su relación laboral).

El Administrador del Plan o el pagador puede indicarle qué parte de un pago es elegible para una transferencia.

**Si no realizo una transferencia, ¿tendré que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas?** Si un pago no es una distribución calificada y usted tiene menos de 59 años y medio de edad, deberá pagar el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas con respecto a las ganancias adjudicadas al pago que no transfirió (incluidos los montos retenidos para el impuesto a las ganancias), a menos que corresponda alguna de las excepciones que se detallan a continuación. Este impuesto se cobra aparte del impuesto regular a las ganancias sobre el pago no transferido.

El 10 % adicional al impuesto a las ganancias no corresponde a los siguientes pagos del Plan:

- Pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre
- Pagos realizados por discapacidad
- Pagos después de su fallecimiento
- Pagos de dividendos en virtud del ESOP
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva
- Pagos realizados directamente al gobierno para cumplir con un gravamen federal
- Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO)
- Pagos de hasta \$5,000 destinados a usted desde un plan de contribución definida, si el pago es una distribución calificada por nacimiento o adopción
- Pagos hasta el importe de sus gastos médicos deducibles (sin tener en cuenta si detalla las deducciones para el año fiscal)
- Determinados pagos realizados mientras se encontraba en servicio activo si fue un miembro de la reserva militar que fue convocado después del 11 de septiembre de 2001 y permaneció en servicio durante más de 179 días, y
- Pagos de ciertas distribuciones relacionadas con desastres declarados a nivel federal.

**Si realizo una transferencia a una IRA Roth, ¿el impuesto adicional de 10 % a las ganancias corresponderá a las distribuciones anticipadas de la IRA?** Si recibe un pago desde una IRA Roth cuando tiene menos de 59 años y medio de edad, tendrá que pagar el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas desde la IRA Roth, a menos que se aplique una excepción o el pago sea una distribución calificada. Por lo general, las excepciones del impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas de una IRA Roth que se indican anteriormente son las mismas que las excepciones de las distribuciones anticipadas de un plan. No obstante, existen algunas diferencias para los pagos desde una IRA Roth, entre ellas:

- No se aplica la excepción para pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre.
- No corresponde la excepción para una QDRO (aunque sí hay una regla especial que establece que, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, es posible realizar una transferencia libre de impuestos a una IRA Roth de un cónyuge o excónyuge).
- Corresponde una excepción para pagos realizados por lo menos anualmente en montos iguales o aproximados durante un período específico (independientemente de si finalizó su empleo o no).
- Existen otras excepciones para (1) pagos de gastos calificados relacionados con la educación superior, (2) pagos de hasta \$10,000 usados en compras calificadas de primera vivienda y (3) pagos para las primas del seguro de salud realizados después de que recibió compensación por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o hubiese sido elegible para recibirla si no fuera por su situación de trabajador independiente).

**¿Deberé impuestos estatales a las ganancias?** Este aviso no describe las reglas de ningún impuesto estatal o local a las ganancias (incluso las normas de retención).

## OPCIONES Y REGLAS ESPECIALES

**Si no cumple con la fecha límite de la transferencia a 60 días:**

Por lo general, no es posible prorrogarla. No obstante, el IRS tiene autoridad limitada para eximir del cumplimiento con la fecha límite en determinadas circunstancias extraordinarias; por ejemplo, cuando no pudo completar la transferencia por fuerza mayor antes de la fecha límite de 60 días. En determinadas circunstancias, puede presentar un reclamo de elegibilidad para una anulación de la fecha límite de 60 días de la transferencia mediante una autocertificación por escrito. De lo contrario, para solicitar una anulación del IRS, deberá presentar una solicitud para resolución por carta privada al IRS. Esto requiere el pago de un cargo para usuarios no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590-A del IRS Contribuciones a los acuerdos de jubilación individual (IRA).

**Si su pago incluye acciones del empleador que usted no**

**transfiere:** Si recibe un pago que no es una distribución calificada y no lo transfiere, puede usar una regla especial para pagos de acciones del empleador (u otros valores del empleador) que se pagan en una única suma después de que finaliza la relación laboral (o después de que el participante cumpla los 59 años y medio, sufra una discapacidad o fallezca). Según lo establecido por esta regla, la apreciación accionaria neta no realizada, incluida en las ganancias en el pago, no se aplicarán impuestos cuando se

le distribuya desde el Plan, pero sí cuando venda la acción (y se cobrará a tasa de ganancias eventuales). Si transfiere a una IRA Roth una distribución no calificada que incluye las acciones del empleador (por ejemplo, vendiendo las acciones y transfiriendo las ganancias dentro de los 60 días de la distribución), no tendrá ningún ingreso sujeto a impuestos y la regla especial relacionada con las acciones del empleador distribuidas no se aplicará a ningún pago posterior desde la Roth IRA o, en general, desde el Plan. Por lo general, la apreciación accionaria neta no realizada se refiere al incremento del valor de las acciones del empleador después de haber sido adquiridas por el Plan. El Administrador del Plan puede informarle acerca del monto de cualquier apreciación accionaria neta no realizada.

Si recibe un pago que no es una distribución calificada que incluye las acciones del empleador y no lo transfiere, su base en las acciones (utilizada para determinar la ganancia o la pérdida cuando venda posteriormente las acciones) será igual al valor justo de mercado de las acciones en el momento del pago del Plan.

**Si tiene un préstamo pendiente que se está compensando:**

Si tiene un préstamo pendiente del Plan, su beneficio del Plan puede ser compensado con el monto del préstamo pendiente, normalmente cuando su relación laboral finaliza. El monto compensado se considera una distribución para usted al momento de la compensación. Por lo general, puede transferir la totalidad o una parte del monto compensado. Si la distribución atribuible a la compensación no es una distribución calificada y usted no transfiere el monto compensado, se aplicarán impuestos sobre cualquier ganancia incluida en la distribución (incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas, a menos que se aplique una excepción). Puede transferir las ganancias incluidas en la compensación de préstamo a una IRA Roth o a una cuenta Roth designada de un plan del empleador (si los términos del plan del empleador permiten que el plan reciba transferencias de montos compensados del préstamo del plan). También puede transferir el monto total de la compensación a una IRA Roth.

El tiempo que tiene para completar la transferencia depende de qué tipo de compensación de préstamo del plan tiene. Si tiene una compensación de préstamo del plan calificada, tendrá hasta la fecha límite de la declaración de impuestos (incluidas las prórrogas) del año fiscal durante el cual se produce la compensación para completar su transferencia. Una compensación de préstamo del plan calificada se produce cuando se compensa un préstamo del plan vigente debido a que el plan del empleador finaliza, o debido a que usted se aparta del empleo. Si la compensación de préstamo del plan se produce por cualquier otro motivo, tiene 60 días a partir de la fecha en que se produce la compensación para completar la transferencia.

**Si usted recibe una distribución no calificada y nació el 1 de enero de 1936 o antes:**

Si nació el 1 de enero de 1936 o antes y recibe una distribución de única suma que no es una distribución calificada y que usted no transfiere, es posible que correspondan reglas especiales para calcular el monto del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, vea la Publicación 575 del IRS, Pensiones y rentas vitalicias.

**Si usted no es un participante del plan**

**Pagos realizados después del fallecimiento del participante.** Si recibe una distribución después de la muerte de un participante y no la traspasa, será gravable de la misma forma en que se describió en otras secciones de este aviso. Sin embargo, si el pago es una distribución calificada generalmente depende de cuándo el participante hizo una contribución por primera vez a la cuenta Roth designada del Plan. Además, no corresponde el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas ni las reglas especiales para agentes de seguridad pública, y la regla especial detallada en la sección “Si recibe una distribución no calificada y nació el 1 de enero de 1936 o antes” corresponde solo si el participante nació el 1 de enero de 1936 o antes.

**Si es un cónyuge sobreviviente:** Si recibe un pago desde un Plan como cónyuge sobreviviente de un participante fallecido, usted tendrá las mismas opciones de transferencia que hubiera tenido el participante, como se detallan en otras secciones de este aviso. Además, si elige transferir un pago a una IRA Roth, puede usar la IRA Roth como si fuera una IRA Roth propia o heredada.

Una IRA Roth que considere como propia se considera como cualquier otra IRA Roth que tenga, por lo que no tendrá que recibir ninguna distribución mínima obligatoria durante su vida y las ganancias que se le paguen en una distribución no calificada antes de los 59 años y medio de edad, estarán sujetas al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas (a menos que se aplique una excepción).

Si usa la IRA Roth como una IRA Roth heredada, los pagos realizados desde la IRA Roth no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. Una IRA Roth heredada está sujeta a las distribuciones mínimas obligatorias. Si el participante había empezado a tomar las distribuciones mínimas obligatorias desde el Plan, tendrá que recibirlas desde la IRA Roth heredada. Caso contrario, usted no tendrá obligación de recibir las distribuciones mínimas obligatorias de la IRA Roth heredada hasta el año en que el participante hubiera alcanzado los 70 años y medio (si nació antes del 1.º de julio de 1949), 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949 y antes del 1.º de enero de 1951), o 73 años (si el participante nació después del 31 de diciembre de 1950).

**Si es un beneficiario sobreviviente, pero no un cónyuge:** Si recibe un pago desde el Plan debido al fallecimiento del participante y porque usted aparece como beneficiario designado y no como cónyuge sobreviviente, la única opción que tiene es realizar una transferencia directa a una IRA heredada o una IRA Roth. Los pagos realizados desde la IRA Roth heredada no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde una IRA Roth heredada.

**Pagos conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO):** Si usted es el cónyuge o excónyuge de un participante que recibe un pago desde un Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO), por lo general, contará con las mismas opciones y el mismo tratamiento impositivo que el participante (por ejemplo, podrá transferir el pago a su propia IRA Roth o a una cuenta Roth designada en un plan del empleador elegible que acepte la transferencia).

**Si es un extranjero no residente:** Si es un extranjero no residente y no realiza una transferencia directa a una IRA estadounidense o a un plan de un empleador estadounidense, y el pago no es una distribución calificada, el Plan establece que se le retenga el 30 % (y no el 20 %, como en los casos descritos anteriormente) para el impuesto federal a las ganancias. Si el monto retenido supera el monto del impuesto que usted adeuda (como podría suceder si realiza una transferencia de 60 días), usted podrá solicitar un reembolso del impuesto a las ganancias con solo completar el Formulario 1040NR y adjuntar el Formulario 1042-S. Vea el Formulario W-8BEN para reclamar que le corresponde una tasa reducida de retención de acuerdo con lo establecido en el convenio sobre el impuesto a las ganancias. Para obtener más información, vea la Publicación 519 del IRS, La guía sobre impuestos para extranjeros no residentes de los Estados Unidos y la Publicación 515 del IRS, Retención de impuestos para extranjeros no residentes y entidades extranjeras.

## OTRAS NORMAS ESPECIALES

Si sus pagos del año (solo se incluyen los pagos desde la cuenta Roth designada del Plan) son inferiores a \$200, el Plan no está obligado a permitirle realizar una transferencia directa ni a retener el impuesto federal a las ganancias. No obstante, usted puede realizar una transferencia de 60 días.

Es posible que tenga derechos especiales para transferencias si recientemente ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias para las Fuerzas Armadas de los EE. UU., consulte la Publicación 3 del IRS Guía impositiva para las Fuerzas Armadas. También es posible que tenga derechos especiales para transferencias si sufrió un desastre declarado a nivel federal (o un evento similar) o si recibió una distribución a causa de un desastre. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias relacionados con fondos para asociados en caso de desastres, consulte el sitio web del IRS en [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Antes de tomar un pago desde el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan o el pagador, o con un asesor impositivo profesional. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento impositivo federal de los pagos de los planes del empleador en la Publicación 575 del IRS, Pensiones y rentas vitalicias; la Publicación 590-A del IRS, Contribuciones a los acuerdos de jubilación individual (IRA); la Publicación 590-B del IRS, Distribuciones de los acuerdos de jubilación individual (IRA); y la Publicación 571 del IRS, Planes de renta vitalicia con beneficios tributarios (planes 403(b)). Puede encontrar estas publicaciones en la oficina local del IRS, en la página [www.irs.gov](http://www.irs.gov), o puede pedir las por teléfono al **800-TAX-FORM**.

# Plan de compra de acciones para asociados (ASPP)


Elegibilidad para el Plan de compra de acciones para asociados	344
Inscripción en el Plan de compra de acciones para asociados	344
Contribuciones de Walmart a su titularidad de acciones de la empresa	344
Venta de acciones a través del Plan	344
Seguimiento de los movimientos de la cuenta de Computershare	345
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	345
Si se va de la compañía	345

---

<b>FOLLETO INFORMATIVO</b>	<b>346</b>
Introducción e información general	346
Administración del Plan y gestión de la cuenta	347
Participación y elegibilidad para el Plan	347
Contribuciones del plan: Programa de compra de acciones para asociados	348
Propiedad de acciones, cargos y riesgos	349
Entrega de certificados de acciones y venta de acciones	350
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	350
Modificaciones y finalización del Plan	351
Información sobre impuestos	351
Información disponible	352
Envío electrónico de folletos informativos y otros documentos	352
Documentos incorporados por referencia	352

# Plan de compra de acciones para asociados (ASPP)

El Plan de compra de acciones para asociados (Associate Stock Purchase Plan, ASPP o Plan) le permite comprar acciones de Walmart de manera conveniente a través de deducciones del sueldo y mediante pagos directos al administrador del Plan. Puede retener cualquier cantidad de \$2 a \$26,000 de su cheque de pago quincenal para comprar acciones (para un monto máximo de deducción de nómina anual de \$26,000). Walmart contribuye \$0.15 por cada dólar que usted contribuye a través de deducciones del sueldo a la compra de acciones, hasta los primeros \$1,800 que contribuye al Plan en cada año del Plan (desde abril hasta marzo).

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Inscribirse en el Plan o cambiar el monto de la deducción	Complete la sesión de inscripción en línea de beneficios en <a href="https://One.Walmart.com/ASPP">One.Walmart.com/ASPP</a>	Llame a Computershare al <b>800-438-6278</b> (personas con problemas de audición: <b>800-952-9245</b> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceder a la información de su cuenta</li> <li>• Obtener el resumen de cuenta</li> <li>• Obtener un Formulario 1099</li> </ul>	Acceda desde el sitio web <a href="https://computershare.com/walmart">computershare.com/walmart</a> o la aplicación Associate Stock	Obtenga la aplicación Associate Stock al descargarla de <a href="https://One.Walmart.com/StockApp">One.Walmart.com/StockApp</a> o escanee el código QR a continuación (disponible para dispositivos Apple o Android) 
Enviar dinero directamente a Computershare		Envíe un cheque a: <b>Computershare</b> <b>Attn: Walmart ASPP</b> <b>P.O. Box 43080</b> <b>Providence, Rhode Island 02940-3080</b>  (No se realizarán contribuciones paralelas de la compañía para el dinero enviado directamente a Computershare)

## Lo que debe saber acerca del Plan de compra de acciones para asociados

- Todos los asociados elegibles pueden comprar acciones de Walmart a través de convenientes deducciones del sueldo y pagos directos a Computershare.
- Walmart contribuye \$0.15 por cada \$1 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, hasta los primeros \$1,800 que usted contribuye por año del Plan.
- No existen cargos para la compra de acciones de Walmart a través del Plan. Solo paga una comisión cuando vende las acciones.
- Sus acciones se acreditarán en una cuenta que Computershare mantiene a su nombre. Puede acceder a su cuenta en línea, por teléfono o a través de la aplicación (consulte la tabla de [Recursos](#) que figura a continuación) para conocer el saldo o vender acciones que tenga en su cuenta.

## Elegibilidad para el Plan de compra de acciones para asociados

Usted es elegible para inscribirse en el Plan de compra de acciones para asociados si cumple con los siguientes requisitos:

- No ser miembro de un convenio colectivo de trabajo cuyos beneficios fueron objeto de un convenio colectivo de trabajo de buena fe.
- Tener 18 años de edad, como mínimo, o la mayoría de edad en el estado donde se le paga el sueldo (en Alabama y Nebraska, la mayoría de edad es a los 19 años). Si vive en Puerto Rico, debe tener 21 años de edad para participar. Si tiene dudas sobre los requisitos de edad, consulte las leyes de su estado relativas a la mayoría de edad.

## Inscripción en el Plan de compra de acciones para asociados

Puede inscribirse en el Plan completando una sesión de inscripción para beneficios en línea en [One.Walmart.com/ASPP](https://One.Walmart.com/ASPP). Antes de inscribirse en este plan, debe revisar atentamente este folleto del Plan de compra de acciones para asociados y el folleto informativo del Plan (cuya copia aparece en las siguientes páginas), así como los informes y otros documentos que la compañía ha incorporado como referencia en el folleto informativo del Plan.

La decisión de participar en el Plan y de comprar acciones de la compañía es una decisión individual que solo usted tomará. La compañía no recomienda, respalda ni solicita su participación en el Plan o la compra de acciones de la compañía. Cuando tome una decisión, debe tener en cuenta que el rendimiento anterior de las acciones de la compañía no es una indicación ni una predicción sobre su rendimiento futuro. El valor de las acciones de la compañía puede verse afectado por muchos factores, incluso aquellos externos a la compañía en sí, como las condiciones económicas. La compañía lo insta a consultar a sus asesores financieros e impositivos respecto de su participación en el Plan y en la inversión en acciones de la compañía.

## Contribuciones de Walmart a su titularidad de acciones de la empresa

El Plan para Asociados permite a todos los asociados elegibles comprar acciones de Walmart de manera conveniente a través de deducciones del sueldo. Cualquier cantidad entera en dólares de \$2 a \$26,000 puede ser retenida de su cheque de pago para comprar acciones (hasta una deducción máxima de nómina anual de \$26,000).

Walmart contribuye a su cuenta de compra de acciones \$0.15 por cada \$1 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, hasta los primeros \$1,800 que contribuye por cada año del Plan. El año del Plan comienza en abril y finaliza en marzo. La contribución de la empresa se refleja como un ingreso en su recibo de sueldo y en su formulario W-2.

Además de las deducciones en su sueldo, también puede aportar al Plan de compra de acciones para asociados enviando dinero directamente a Computershare, el administrador del plan, a la siguiente dirección:

**Computershare**  
**Attn: Walmart ASPP**  
**P.O. Box 43080**  
**Providence, Rhode Island 02940-3080**

Walmart no realizará contribuciones paralelas para el dinero que se envíe directamente a Computershare. El total de las deducciones del sueldo y el dinero enviado directamente a Computershare no pueden superar los \$125,000 por año del Plan. Los dividendos que se pagan sobre las acciones que tiene a partir de la fecha de registro de cada dividendo se reinvierten automáticamente para comprar acciones adicionales para usted, pero no se imputan al máximo de \$125,000.

El valor de las acciones que compra puede fluctuar e incluso bajar. No hay garantía de que sus acciones tengan el mismo valor en el futuro que el que tenían cuando se realizó la compra o que el valor de las acciones se va a incrementar.

Al momento de tomar una decisión acerca de comprar acciones de Walmart, considere todas sus inversiones, incluidas otras acciones de Walmart que pueda tener. Si tiene preguntas sobre inversiones, consulte a su asesor financiero. La inversión en acciones está sujeta a ciertos riesgos según se describe en el Folleto informativo del plan y el Informe anual más reciente de Walmart en el Formulario 10-K que se incorpora como referencia en el Folleto informativo del plan.

## Venta de acciones a través del Plan

No se le cobran cargos por la compra de acciones; sin embargo, deberá pagar cargos para vender las acciones. Los cargos cobrados por Computershare descritos en este folleto informativo están sujetos a cambio.

CONTRIBUCIONES DE WALMART A SU TITULARIDAD DE ACCIONES DE LA EMPRESA			
Si usted contribuye	Su contribución anual al Plan mediante las deducciones del sueldo es	La contribución anual paralela de Walmart* es	Monto total utilizado para comprar acciones de Walmart
\$10 quincenales	\$260	\$39	\$299
\$20 quincenales	\$520	\$78	\$598
\$70 quincenales	\$1,820	\$270 (Walmart contribuye \$0.15 por cada \$1 hasta \$1,800)	\$2,090

\* Todas las contribuciones de la compañía se harán solamente sobre las acciones compradas a través de deducciones del sueldo. No se realizarán contribuciones de la compañía para el dinero enviado directamente a Computershare.



Si opta por vender sus acciones, estas se venderán según una orden de mercado. Sus acciones serán vendidas inmediatamente después de que su solicitud pueda procesarse razonablemente. Generalmente, las órdenes de mercado colocadas cuando el mercado de valores está abierto se ejecutan inmediatamente después de ser colocadas. El precio en el cual se ejecutará su orden no está garantizado y el precio de las acciones de Walmart antes de la ejecución de su orden no es, necesariamente, el precio al cual se ejecutará su orden.

Por lo general, las ventas de sus acciones se ejecutarán en la Bolsa de Valores de Nueva York (NYSE). Si la NYSE está cerrada cuando su orden está lista para ser procesada, esta se procesará lo antes posible al día siguiente en el que haya actividad comercial en la NYSE. La comisión es de \$25.50 por venta más \$0.05 (cinco centavos) por acción vendida por cada venta que ejecute.

Puede vender acciones a través de [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart), desde la aplicación Associate Stock, [One.Walmart.com/StockApp](https://One.Walmart.com/StockApp) (disponible para dispositivos Apple y Android), o llamando a Computershare al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**). Puede elegir que sus ingresos se depositen en una cuenta bancaria registrada o que se le envíe un cheque por correo a la dirección registrada en Computershare. Si elige depositar sus ingresos en una cuenta bancaria, los fondos se envían al banco en la fecha de liquidación de las transacciones, que es dos días hábiles a partir de la fecha de venta. Tenga en cuenta que el momento cuando los fondos se reflejarán en su cuenta corriente o de ahorros variará dependiendo de su banco. Si decide recibir su venta por cheque, debería recibir el cheque entre 7 y 10 días hábiles después de realizar una orden para vender las acciones de su cuenta del Plan.

La comisión por venta se deduce automáticamente del monto que se deposita o se informa en su cheque por los ingresos netos de la venta. Cada vez que venda acciones, recibirá un resumen de la transacción. A los fines de la declaración de impuestos, usted recibirá los correspondientes documentos de impuestos (1099-B y/o 1099-DIV) adjuntos a su declaración anual el primer trimestre del año siguiente (enero a marzo). Según las preferencias de entrega, estos documentos se enviarán por correo a su dirección registrada en Computershare o se le notificará por correo electrónico cuando los documentos estén disponibles. Deberá utilizar estos documentos al declarar sus impuestos.

Es importante entender las consecuencias del impuesto de una venta de acciones. Si tiene preguntas relacionadas con los impuestos, consulte a su asesor financiero o asesor fiscal.

## Seguimiento de los movimientos de la cuenta de Computershare

Recibirá un resumen por parte de Computershare al menos una vez al año (primer trimestre), en el que se indican los movimientos de su cuenta. No obstante, si optó por recibir sus resúmenes por vía electrónica, recibirá un mensaje de correo electrónico que le informará que su resumen está listo y podrá encontrarlo en [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart) o en la aplicación Associate Stock al descargarla de [One.Walmart.com/StockApp](https://One.Walmart.com/StockApp).

El resumen anual contiene información importante sobre impuestos. Guarde el resumen para saber la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que venda. Necesitará esa información para su declaración de impuesto a las ganancias.

Puede acceder a la información de su cuenta en línea a través de [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart), desde la aplicación Associate Stock, [One.Walmart.com/StockApp](https://One.Walmart.com/StockApp) (disponible para dispositivos Apple y Android) o por teléfono al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**).

Si solicita copias de resúmenes a Computershare, se le cobrará un cargo de \$5 por cada resumen para los resúmenes de años anteriores. Puede obtener copias sin cargo a través del sitio [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart).

## Finalización de la participación y cierre de la cuenta

Si desea cancelar las deducciones de su sueldo para el Plan de compra de acciones para asociados, debe completar la inscripción de beneficios en línea a través de [One.Walmart.com/ASPP](https://One.Walmart.com/ASPP).

Una vez que cancele dichas deducciones, puede cerrar su cuenta vendiendo o transfiriendo el resto de las acciones de su cuenta. Para evitar pagar una tarifa de transacción de venta dos veces, cancele sus deducciones de nómina y confirme que la última compra de acciones se haya asentado en su cuenta antes de cerrarla. También tiene la opción de dejar de pagar deducciones del sueldo y guardar sus acciones del Plan en Computershare.

## Si se va de la compañía

Si se va de la compañía, tiene distintas opciones con relación al estado de su cuenta:

- Puede mantener su cuenta abierta sin las deducciones del sueldo semanales o quincenales y sin las contribuciones que hace la compañía. Puede realizar compras en efectivo voluntarias y beneficiarse al no tener que pagar la comisión del corredor de bolsa. Existe un cargo de mantenimiento de \$35 por año, el cual se deducirá automáticamente de su cuenta durante el primer trimestre del año, mediante la venta de una cantidad apropiada de sus acciones o una parte de su paquete accionario para cubrir este cargo.
- Puede solicitar transferir acciones al Plan de compra directa de acciones de Walmart.
- Puede cerrar su cuenta y transferir sus acciones a otro corredor.
- Puede cerrar su cuenta y vender algunas o todas las acciones de su cuenta.

Para prevenir saldos residuales y evitar pagar dos veces el cargo por la transacción de venta, espere a recibir el último cheque de pago y confirme que su última compra de acciones se haya asentado antes de cerrar su cuenta.

Actualice esta información en Computershare si hace un cambio de domicilio luego de haberse ido de la compañía.

# Folleto informativo

El documento que figura a continuación constituye un folleto informativo que cubre los valores que se registraron conforme a la Ley de Valores (Securities Act) de 1933.

120,496,631 acciones

WALMART INC.

Acciones Ordinarias  
(valor nominal de \$0.10 por acción)

WALMART INC.

## Plan de compra de acciones para asociados de 2016

(anteriormente, el Plan de compra de acciones para asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2016, el Plan de compra de acciones para asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004 y el Plan de compra de acciones para asociados de Walmart Stores, Inc. de 1996)

Este folleto informativo hace referencia a la compra de la cantidad de acciones ordinarias por el valor de \$0.10 por acción de Walmart, Inc. ("Walmart", la "Compañía" o "nosotros") que se muestra anteriormente en el Plan de compra de acciones para asociados de Walmart, Inc. de 2016 (el "Plan") por parte de asociados elegibles de Walmart que optan por participar en el Plan.

**Estos valores no han sido aprobados ni desaprobados por la Comisión de Bolsa y Valores ("SEC") ni por otras comisiones de valores de otros estados como tampoco la Comisión de Bolsa y Valores ni otras comisiones de valores de otros estados han juzgado la precisión o la idoneidad de este folleto informativo. Cualquier declaración en contrario constituye un delito.**

Ninguna persona está autorizada a dar información ni a hacer ninguna declaración que no sea la que contiene este Folleto Informativo. Si alguien lo hiciera, no debe confiar en esa persona. Este Folleto Informativo no es una oferta de venta ni una solicitud de una oferta de compra de los valores a los que se hace referencia en este Folleto Informativo en los estados u otras jurisdicciones en los que tal oferta o solicitud sería ilegal. Ni la entrega de este Folleto Informativo ni la adquisición de los valores que se describen en este Folleto Informativo implican que no ha habido modificaciones en la situación de la compañía desde la fecha en que se redactó este Folleto Informativo.

La inversión en las acciones ordinarias que se ofrecen por el presente implica ciertos riesgos. Consulte "Parte I, punto 1A. Factores de riesgo" en el Informe Anual de Walmart en el Formulario 10-K recientemente registrado ante la SEC para ver un análisis sobre ciertos riesgos que pueden afectar nuestro negocio, nuestras operaciones, nuestra condición financiera, los resultados de nuestras operaciones y nuestros flujos de caja. Consulte "[Propiedad de acciones, cargos y riesgos](#)" adelante.

La fecha de este Folleto Informativo es el 31 de marzo de 2024

## Introducción e información general

El Plan es una modificación y una reformulación del Plan de compra de acciones para asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004 el cual modificó y reformuló anteriormente el Plan de compra de acciones para asociados de Wal-Mart, Stores Inc. de 1996. El Plan fue aprobado recientemente por los accionistas de Walmart en la Reunión anual de accionistas que se llevó a cabo el 3 de junio de 2016. A partir del 31 de marzo de 2024, hasta 120,496,631 acciones ordinarias de la Compañía, con un valor nominal de \$0.10 por acción (la "Acción"), estaban disponibles para su compra a la Compañía o en el mercado abierto bajo el Plan; 60,000,000 de acciones estaban disponibles para su compra a la Compañía en virtud del Plan; y 90,000,000 de acciones estaban disponibles para su compra en el mercado abierto en el marco del Plan. El 30 de noviembre de 2018, se registraron 150,000,000 de acciones (ajustadas para reflejar la división de acciones a plazo de 3 por 1 de la Compañía a partir del 23 de febrero de 2024) en la SEC de los Estados Unidos para oferta y venta en las Declaraciones de Registro en el Formulario S-8. Las acciones

cotizan para su negociación en la Bolsa de Valores de Nueva York ("NYSE"). Los asociados participantes pueden denominarse como "usted" en este Prospecto.

El Plan consta de dos partes: el Programa de compra de acciones y el Programa de premios al desempeño sobresaliente. El Programa de compra de acciones brinda a los asociados elegibles la oportunidad de participar en la propiedad de la compañía al permitirles comprar Acciones a través de deducciones del sueldo. Además, si hacen o hicieron compras con esas deducciones del sueldo conforme al Plan, también pueden comprar acciones mediante contribuciones voluntarias de sus otros fondos al Plan. Según el Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente, la compañía puede premiar a un asociado por un desempeño laboral excepcional entregándole acciones.

Consideramos que el Plan no está sujeto a ninguna de las disposiciones de la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974, ni a sus enmiendas. El Plan no califica conforme a las Secciones 401(a) o 423 del Código Fiscal de 1986, o sus enmiendas.

## Administración del Plan y gestión de la cuenta

En el Plan se establece que el Comité de Desarrollo de Compensación y Gestión de la Junta Directiva (el “Comité”) tiene la autoridad suprema para administrar el Plan. El Comité puede delegar algunos aspectos, o todos, de la administración del Plan a las autoridades o los gerentes de la compañía, o a una subsidiaria de propiedad absoluta o mayoritaria de la compañía (subsidiarias que en el presente folleto informativo se denominan “filiales”), y revocar tal delegación, sujeto a las condiciones que se consideren apropiadas. Los miembros del Comité son seleccionados por la Junta Directiva de Walmart. La Junta Directiva puede destituir a un miembro del Comité a su exclusivo criterio, y los miembros dejarán de ser miembros del Comité si dejan de ser directores de Walmart por cualquier motivo. A la fecha de este folleto informativo, el Comité estaba formado por la Sra. Carla Harris, la Sra. Marissa Mayer y el Sr. Randall Stephenson.

El Comité seleccionó un administrador de la red subcontratado, actualmente Computershare Trust Company, N.A. (“Computershare”), para establecer y mantener las cuentas del Plan. Computershare también cumple el rol de agente de transferencia de acciones de la compañía y presta otros servicios relacionados con las acciones a la compañía y a sus accionistas.

El Comité, como administrador del Plan, o su delegado, debe cumplir las condiciones del Plan, pero tiene autoridad y discreción total para administrarlo, incluida, entre otras, la autoridad para: (i) determinar cuándo, a quién y en qué tipos y cantidades deben hacerse las contribuciones; (ii) autorizar a la compañía a hacer contribuciones para los asociados elegibles cualquiera sea su cantidad, y determinar los términos y las condiciones correspondientes a cada una de dichas contribuciones; (iii) establecer un mínimo y un máximo de dólares, acciones o limitaciones sobre las distintas contribuciones permitidas conforme al Plan; (iv) determinar si una entidad de la cual somos propietarios de más del 50 % o sobre la cual tenemos el control, de manera directa o indirecta (“una filial”) debe pasar a ser (o dejar de ser) un Empleador Participante (según se define a continuación); (v) determinar si alguno de los asociados de Empleadores Participantes que no sean estadounidenses debería ser elegible para participar en el Plan (y cuál es este asociado); (vi) tomar todas las determinaciones que se consideren necesarias o aconsejables para la administración del Plan; (vii) establecer, enmendar, anular y rescindir normas y reglamentaciones para la administración del Plan; (viii) ejercer cualquier tipo de autoridad, llevar a cabo una acción y tomar determinaciones según se consideren necesarias o aconsejables para administrar el Plan. Todas las decisiones tomadas por el Comité conforme al plan son finales y obligatorias para todas las personas, incluidas la Compañía y sus filiales, los asociados, las personas que reclamen algún derecho contemplado en el plan de un participante o a través de él, y para los accionistas de la compañía. Los miembros del Comité no actúan como depositarios de los participantes ni mantienen las acciones acreditadas en las cuentas del Plan de los participantes, ningún fondo contribuido al Plan por ningún asociado o la ganancia de las ventas de las acciones en fideicomiso para el beneficio de los participantes.

## Participación y elegibilidad para el Plan

Si es elegible para participar en el Plan, puede inscribirse en línea a través de [One.Walmart.com/ASPP](https://One.Walmart.com/ASPP) para autorizar que se realicen las deducciones de su remuneración regular y se las contribuya al Plan para la Compra de Acciones que se colocarán en su cuenta del Plan. También puede comenzar a participar en el Plan si el Comité le otorga un premio en forma de acciones, conforme al Programa de premios al desempeño sobresaliente.

Todos los asociados de la compañía y afiliados aprobados de la compañía (“Empleadores participantes”) son elegibles para participar en el plan, excepto:

- Si su participación en el Plan está restringida o prohibida por la ley del estado o país donde reside, no podrá participar en el Plan o su participación en el Plan estará limitada. Es su responsabilidad asegurarse de que no haya tales restricciones o prohibiciones en su participación en el Plan.
- Debe tener la mayoría de edad según se establece en el estado donde reside o trabaja para participar. Es su responsabilidad asegurarse de tener la edad suficiente para participar. La compañía puede dar por finalizada su participación si descubre que usted no tiene la edad legal suficiente para participar en el Plan.
- Si participa de un convenio colectivo de trabajo cuyos beneficios surgieron de un convenio colectivo de trabajo de buena fe, queda excluido de la participación en el Plan.
- Si su empleador es un Empleador participante que no es estadounidense, usted puede participar solo si es un asociado aprobado (clasificado por grupo, categoría o de forma individual).
- Si es una autoridad de Walmart sujeta al apartado 16(a) de la Ley de Intercambio de Valores de 1934 o está sujeto a nuestra Política de Transacciones con Información Privilegiada, es posible que su facultad para cambiar los montos de su deducción por quincena, adquirir o vender acciones sea restringida en determinados momentos.

Si se encuentra en una licencia de buena fe concedida por la empresa o un Empleador Participante, continuará siendo elegible para hacer contribuciones al Plan durante el plazo en que esté vigente, pero no será elegible para las contribuciones paralelas que realiza la compañía durante ese período. Si se encuentra en una licencia militar de la compañía o de un Empleador Participante, comuníquese con el Departamento de Beneficios a fin de saber si es elegible para recibir las contribuciones paralelas de la compañía durante su licencia. Recuerde que debe realizar contribuciones de sus propios fondos si no recibe el cheque de pago mientras está de licencia, ya que las deducciones del sueldo no serían una opción disponible. Cualquier otra circunstancia que le permitiría seguir participando en el Plan mientras está de licencia de ausencia debe ser aprobada por el Comité.

## FOLLETO INFORMATIVO

## Contribuciones del plan: Programa de compra de acciones para asociados

Si desea realizar contribuciones por deducción del sueldo, debe completar una sesión de inscripción para recibir beneficios en línea en [One.Walmart.com/ASPP](https://One.Walmart.com/ASPP). Una vez que se inscribió correctamente en el Plan, las contribuciones por deducciones del sueldo continuarán de acuerdo con su autorización más reciente para hacerlo (sujeta a toda restricción impuesta por el Plan) mientras usted siga siendo empleado de la empresa o de un Empleador Participante, con la excepción de que usted modifique o anule la autorización para realizar deducciones del sueldo o que el Plan finalice.

Recuerde que no se aplicarán deducciones a un cheque de pago en el cual la contribución de las deducciones del sueldo exceda su salario neto después de retener los impuestos. Puede modificar o cancelar su autorización para realizar deducciones del sueldo completando una sesión de inscripción para recibir beneficios en línea en [One.Walmart.com/ASPP](https://One.Walmart.com/ASPP). Su solicitud se procesará apenas pueda llevarse a cabo. Es posible que su inscripción o solicitud se demoren o se rechacen si alguna de las políticas de la compañía, incluida la Política de Transacciones con Información Privilegiada, prohíbe el cambio o la inscripción que usted solicita en el momento de intentar realizar la solicitud o inscripción.

Recuerde que, por lo general, las contribuciones de las deducciones del sueldo se toman de su último cheque de pago como asociado. Si no desea que se apliquen deducciones del sueldo a su último cheque de pago, es importante que anule a tiempo la autorización para realizar las deducciones del sueldo. Si trabaja en un estado donde se exige que le paguen su último cheque fuera del ciclo normal de sueldo, las contribuciones de las deducciones del sueldo no se tomarán de su último cheque de pago.

Las deducciones de nómina pueden ser tan pequeñas como \$2 o hasta \$26,000 por período de nómina quincenal (para un monto máximo de deducción de nómina anual de \$26,000). El monto de una deducción que se realice cada quince días que supere el mínimo debe ser en incrementos de \$1. La compañía o su Empleador Participante realizarán una contribución paralela en efectivo a su nombre a su cuenta del Plan cuando usted realice contribuciones al Plan a través de las deducciones del sueldo. Actualmente, la contribución paralela es un quince por ciento (15 %) de los primeros \$1,800 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, o \$270, como máximo, por cada año del Plan. La contribución paralela de la compañía se utilizará para comprar Acciones para su cuenta del Plan.

Si participa o ha participado en las deducciones del sueldo conforme al Plan y su cuenta del Plan no se ha cerrado como se describe a continuación, puede contribuir voluntariamente una suma en efectivo (en dólares estadounidenses) proveniente de sus otros recursos para financiar la compra de Acciones conforme al Plan, las cuales se colocarán en su cuenta del Plan, incluso después de que cese su empleo con la compañía o cualquier Empleador Participante. Las contribuciones voluntarias se deben enviar directamente a Computershare. Las instrucciones para realizar tales contribuciones voluntarias están disponibles en Computershare. Ni la compañía ni su Empleador

Participante realizarán contribuciones paralelas sobre los montos que usted contribuye directamente a Computershare. También puede depositar las Acciones que tenga guardadas fuera del Plan (ya sea que originalmente haya adquirido dichas acciones a través del Plan o de otra manera) en la cuenta de su Plan haciendo los trámites correspondientes directamente con Computershare.

El total de deducciones del sueldo y contribuciones voluntarias en efectivo al Plan no puede exceder los \$125,000 por cada año de Plan (del 1.º de abril al 31 de marzo). Los dividendos acreditados a su cuenta del Plan no contarán contra el máximo.

El Comité determina y puede modificar el máximo y el mínimo de las contribuciones, puede cambiar las condiciones de las contribuciones voluntarias en efectivo o en acciones, y puede cambiar la cantidad de las contribuciones paralelas del empleador en cualquier momento.

### PROGRAMA DE PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Según el componente de Premios al desempeño sobresaliente, se le puede otorgar un premio en Acciones por demostrar un desempeño laboral sobresaliente durante un mes, un trimestre o un año. El Comité aprueba todos los Premios al desempeño sobresaliente y, de vez en cuando, establece límites máximos en dólares para estos premios.

Las acciones que reciba según el componente de Premios al desempeño sobresaliente se entregarán mediante una cuenta que Computershare mantiene en su nombre.

### COMPRA DE ACCIONES

Su empleador enviará todas las deducciones del sueldo, junto con las contribuciones paralelas, a Computershare tan pronto como sea posible después de cada período de pago. Computershare comprará Acciones para su cuenta del Plan dentro de los cinco días hábiles (5) posteriores a la recepción de los fondos. Si realiza una contribución voluntaria en efectivo aparte de las deducciones del sueldo, Computershare comprará las Acciones con esa contribución voluntaria en efectivo dentro de los cinco días hábiles (5) posteriores a la recepción de los fondos.

Computershare puede comprar las Acciones para las cuentas del Plan en una bolsa de valores nacional, en la compañía o en una combinación de estos lugares. El Comité se reserva el derecho de indicar a Computershare que compre las acciones a una fuente determinada, de acuerdo con las normas de valores correspondientes y las normas vigentes de las bolsas de valores nacionales.

Por lo general, cuando Computershare compra Acciones para el Plan en una bolsa de valores nacional, las acciones se compran como parte de un grupo, y no de manera individual para cada participante. En algunas instancias, las Acciones para un grupo se deben comprar para el Plan durante más de un día. Cuando las Acciones se compran como parte de un grupo, el precio de compra de cada Acción será igual al valor promedio de todas las Acciones compradas para ese grupo, según lo determine Computershare. No está permitido que un participante ordene a Computershare que compre de manera individual para el participante Acciones que sean parte de un grupo.

## FOLLETO INFORMATIVO

Si Computershare compra Acciones a la compañía, ya sean acciones autorizadas, pero no emitidas o acciones del tesoro, el precio por acción pagado a la compañía por aquellas acciones será igual al Precio Promedio Ponderado por Volumen (VWAP) que se informa en el NYSE: Transacciones Compuestas, el día de la compra. El VWAP es el promedio ponderado de los precios a los cuales se realizan todas las transacciones comerciales de las acciones de la compañía en la NYSE en la fecha en que se compran acciones de la compañía. Si bien el Plan le permite al Comité designar otra metodología para valorar las acciones compradas de la compañía, hasta el día en que se elaboró este folleto explicativo no se han designado otras metodologías.

La cantidad de acciones adjudicadas a su cuenta del Plan en relación con cualquier compra de Acciones debe igualar el monto total de las contribuciones y los dividendos disponibles para su cuenta del Plan divididas por el precio de compra de cada Acción atribuible a tales compras, como se mencionó anteriormente.

### Información importante para participantes no estadounidenses:

Todos los montos que se contribuyan al Plan a través de deducciones del sueldo, todas las contribuciones paralelas y todas las contribuciones realizadas conforme al Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente se convertirán de la moneda local a dólares estadounidenses antes de que se compren las Acciones. Generalmente, se utiliza la tasa de cambio del día hábil inmediatamente anterior al día en que se envían los fondos a Computershare, sin embargo eso puede no ser posible en algunas circunstancias. Todas las contribuciones voluntarias se deben convertir a dólares estadounidenses antes de enviarlas a Computershare para la compra de acciones.

## Propiedad de acciones, cargos y riesgos

### PROPIEDAD DE ACCIONES

Desde el momento en que se acreditan las Acciones a su cuenta del Plan, usted tendrá la propiedad total de dichas acciones (incluidas las fracciones). Las acciones de su cuenta del Plan se registrarán a nombre de Computershare hasta que usted haga una de tres cosas: solicite que le depositen sus acciones en una cuenta "General de Accionistas", que le envíen los certificados de acciones de su cuenta del Plan, o hasta que usted venda las acciones acreditadas en su cuenta del Plan. No puede ceder ni transferir ningún interés en el Plan antes de que las acciones se acrediten en su cuenta; no obstante, puede vender, transferir, ceder o negociar de otro modo con sus acciones acreditadas en su cuenta del Plan una vez que se hayan acreditado en su cuenta del Plan, de manera similar a cualquier otro accionista de la empresa. No puede transferir o asignar su cuenta del Plan a otra persona que no sea un participante elegible en el Plan. La compañía no mantiene automáticamente un gravamen ni derecho de garantía sobre las acciones que se mantienen en su cuenta del Plan, y los términos del Plan no prevén que nadie tenga o tenga la capacidad de crear un gravamen sobre los fondos o partes de las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan; no obstante, puede pignorar, hipotecar o negociar con las acciones acreditadas en sus cuentas del Plan de la misma manera que lo hace con otras acciones de las que pueda ser propietario, sujeto al cumplimiento de nuestra Política de uso de información privilegiada.

### DIVIDENDOS Y VOTOS

Los dividendos sobre las Acciones de su cuenta se volverán a invertir automáticamente en Acciones adicionales. Podrá emitir un voto por cada Acción completa de su cuenta del Plan, pero no por las acciones fraccionadas. Se le enviarán en forma gratuita y tan pronto como sea posible (por correo o por otro medio) todas las notificaciones de reuniones, las declaraciones de representación, avisos de disponibilidad en línea de los materiales de representación y otros materiales que la compañía distribuye entre sus accionistas. Para emitir un voto por las Acciones de su cuenta del Plan, debe enviar oportunamente las instrucciones de voto firmadas, también denominadas "instrucciones del apoderado", tal como se describe en los materiales de representación de la compañía. Si no entrega instrucciones de voto debidamente completadas y ejecutadas como se describe en los materiales de representación de la compañía, sus acciones no se votarán en relación con ninguna elección de directores, voto de asesoramiento sobre compensaciones pagadas a los ejecutivos ni ciertas cuestiones que podrían estar sujetas al voto de los accionistas. En esas circunstancias, podría votarse por sus Acciones de la manera recomendada por la compañía en la declaración de representación, o según lo indique el Comité en cuestiones que NYSE define como "rutina", tales como la ratificación de la designación de los auditores independientes de la compañía, siempre que al hacerlo se cumplan las leyes vigentes y todas las normas de admisión de un valor en bolsa de una bolsa de valores nacional.

### CARGOS Y RESÚMENES DE CUENTA

La compañía paga todos los gastos relacionados con la compra de acciones. Generalmente, no se cobran cargos de mantenimiento ni otros cargos por su cuenta del Plan mientras usted sea un empleado de la compañía o de una de sus filiales (incluso si esa filial no es un Empleador Participante). Usted debe pagar las comisiones o los cargos que surjan a raíz de otros servicios de Computershare que solicite, por ejemplo, comisiones de corretaje y otros cargos aplicables a la venta de Acciones. Computershare puede indicarle si una solicitud en particular incurrirá en un cargo. Los cargos cobrados por Computershare descritos en este Prospecto informativo están sujetos a cambios de vez en cuando.

Al menos una vez por año, se le enviará un resumen de su cuenta conforme al Plan, en el cual se reflejan todos los movimientos de su cuenta del Plan durante el plazo indicado en el resumen. Puede optar por recibir sus resúmenes de cuenta en línea. En ese caso, recibirá un correo electrónico donde se le informe que el resumen está listo y puede encontrarlo en [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart). El resumen anual también contiene información importante sobre impuestos. Es muy importante que guarde el resumen para saber la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de cualquier acción que venda. Necesitará esa información para su declaración de impuestos.

Asimismo, puede acceder a la información sobre su cuenta en cualquier momento iniciando sesión en [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart) o descargando la aplicación Associate Stock. Para acceder a la información sobre su cuenta por teléfono, llame al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**).

## FOLLETO INFORMATIVO

Si solicita copias de los resúmenes a Computershare, actualmente se cobra \$5 por cada resumen de los años anteriores al último año del Plan. Puede obtener copias sin cargo a través del sitio [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart).

### RIESGOS

Muchos de los riesgos que usted corre al participar en el Plan son los mismos que los de otros accionistas de la compañía, es decir, usted asume el riesgo de que el valor de las Acciones aumente o disminuya. No existen garantías en cuanto al valor de las Acciones. Esto significa que asume el riesgo de que se produzcan fluctuaciones en el valor o en el precio de mercado de las Acciones. Es posible que en nuestro Informe Anual más reciente presentado en el Formulario 10-K ante el SEC y, como se indica más adelante, incorporado por referencia en este Folleto informativo, y en otros informes presentados ante el SEC, se planteen ciertos riesgos relacionados con la compañía, sus operaciones y su rendimiento financiero que pueden afectar el valor, el precio de mercado y la liquidez de las Acciones. La empresa le recomienda especialmente que revise tales planteos antes de tomar la decisión de participar en el Plan, de modificar las condiciones de su participación en él, de finalizar su participación en él, o de realizar contribuciones voluntarias conforme a él.

Si es un participante no estadounidense, también asume el riesgo de que se produzcan fluctuaciones en los tipos de cambio. Asimismo, Computershare aplica sus deducciones del sueldo (así como las contribuciones paralelas relacionadas) a la compra de las acciones, por lo que dichos fondos se consideran activos generales de la compañía o del Empleador Participante y, como tales, están sujetos a los reclamos de los acreedores de la compañía o de los Empleadores Participantes. No se pagarán intereses sobre las contribuciones al Plan.

### Entrega de certificados de acciones y venta de acciones

Si lo solicita, Computershare le enviará de forma gratuita un certificado de acciones en el que se representan algunas o todas las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan. Sus acciones representadas por un certificado de acciones ya no se acreditarán ni estarán relacionadas de ningún otro modo con ninguna cuenta del Plan que usted mantenga y los dividendos relacionados con esas acciones no serán reinvertidos en virtud del Plan.

También puede permitir que Computershare transfiera algunas o todas las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan en su nombre al sistema de registro directo. Dicha transferencia implica que mantendría sus acciones como valores "representados por anotaciones en cuenta" y que su propiedad se mostraría en nuestros registros de transferencia de acciones, y sería representada por un resumen que muestre sus posesiones de Acciones.

Puede solicitar en cualquier momento que Computershare venda todas o algunas de las Acciones (incluidas participaciones fraccionadas) acreditadas en su cuenta del Plan, ya sea que desee o no cerrar su cuenta del Plan.

Si por alguna razón solicita a Computershare que venda Acciones de su cuenta del Plan, se le cobrarán la comisión de corretaje y otros gastos aplicables. Las comisiones de corretaje y los gastos adicionales tendrán la tarifa fijada por Computershare de tanto en tanto. Estas tarifas se encuentran disponibles si la solicita a Computershare. En [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart), puede hallarse un cronograma actual de las comisiones aplicables al Plan por parte de Computershare. La compañía negoció el monto de dichas comisiones con Computershare.

Si opta por vender sus acciones, estas se venderán según una orden de mercado. A pesar de que el Plan permite que la venta de las Acciones que se mantienen en las cuentas del Plan se realice a través de órdenes en lote, y dichas ventas se han realizado a través de órdenes en lote en el pasado, las ventas de las Acciones conforme al Plan ahora se realizan únicamente según órdenes de mercado. Como resultado, si le indica a Computershare que venda las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan, Computershare venderá aquellas acciones en el mercado abierto al mejor precio disponible actual. Recuerde que: no obstante el precio en el cual se ejecutará su orden no está garantizado y el último precio comercializado de nuestras acciones antes de la ejecución de su orden para vender acciones no es, necesariamente, el precio al cual se va a ejecutar su orden. De tanto en tanto, compramos Acciones en el mercado abierto conforme al programa de compra de acciones adoptado por nuestra Junta Directiva. Como resultado, si Computershare vende las acciones acreditadas en su cuenta del Plan en el mercado abierto, podríamos adquirir dichas acciones. Nosotros normalmente no sabremos si las Acciones que compramos en el mercado abierto se las compramos de usted. Sus Acciones serán vendidas inmediatamente después de que su solicitud pueda procesarse razonablemente. En general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de que se realizan. Tenemos previsto vender todas sus acciones en la ("NYSE"), aunque no es necesario que las órdenes para dichas ventas se ejecuten en la NYSE. Si la NYSE cierra cuando su orden está lista para ser procesada, su transacción de venta se procesará lo antes posible el día siguiente de actividad comercial de la NYSE. Las órdenes de venta de acciones según el Plan pueden ejecutarse a través de una filial de Computershare que esté registrada en el SEC como agente bursátil en virtud de la Ley de Intercambio de Valores de 1934. Las ventas de las acciones se realizarán en dólares estadounidenses. Si trabaja fuera de los Estados Unidos con un Empleador Participante y si Computershare provee este servicio en su país, las ganancias de la venta pueden convertirse por un costo adicional a otra moneda si así lo pide cuando solicita que sus acciones se vendan. Si las ganancias se convierten a otra moneda, generalmente, se utiliza la tasa de cambio del día hábil inmediatamente anterior al día de la transacción, pero eso puede no ocurrir en todas las circunstancias.

### Finalización de la participación y cierre de la cuenta

Una vez que se convierte en un participante del Plan, lo será hasta que decida cerrar su cuenta del Plan, y todas las Acciones y las ganancias de las ventas acreditadas en la cuenta se retiren de la cuenta del Plan, o hasta que todas las Acciones y las ganancias de las ventas se retiren de la cuenta del Plan después de que finalice su empleo en la compañía o en una de sus filiales.

## FOLLETO INFORMATIVO

Si anula su autorización para realizar las deducciones del sueldo o finaliza su relación laboral con la empresa y todas sus filiales, puede optar por continuar con su cuenta del Plan o bien cerrarla, si así se lo especifica a Computershare. Específicamente:

- Puede mantener su cuenta del Plan abierta (sin las deducciones del sueldo semanal o quincenal ni las contribuciones paralelas que hace la compañía). Si mantiene su cuenta abierta, puede hacer contribuciones voluntarias en efectivo y no se le cobrarán comisiones de corretaje sobre la compra de Acciones. Si deja de ser empleado de la compañía o de sus filiales, se le cobrará un cargo de mantenimiento anual a su cuenta. Computershare tiene la opción de cobrar dichos gastos de mantenimiento, ya sea en forma de cuotas trimestrales o en un pago de suma única anual, el primer trimestre de cada año calendario y Computershare los pagará mediante la venta de una cantidad adecuada de acciones o de la parte de una acción. (Si lo transfieren a una filial de la compañía que no es un Empleador Participante, es posible que la compañía continúe pagando el gasto de mantenimiento).
- Si es propietario de una Acción completa, como mínimo, puede cerrar su cuenta del Plan transfiriendo sus Acciones a una cuenta "General de Accionistas" que Computershare mantendrá en su nombre. Puede hacer esta transferencia recibiendo todas las acciones enteras en forma de certificados con un cheque por cualquier propiedad de acciones fraccionadas o volver a depositarlas en la cuenta General de Accionistas, o bien, Computershare puede transferir las acciones de manera electrónica, si usted así lo solicita. Consulte a Computershare para obtener más información sobre los cargos asociados a la cuenta General de Accionistas.
- Puede cerrar su cuenta del Plan luego de vender todas las Acciones que tenía en esta y obtener todas las ganancias, o bien, puede solicitar que le entreguen certificados por las acciones completas (y ganancias en efectivo por las acciones fraccionadas que se le pagaron). Las ganancias de toda venta de acciones completas o fraccionadas estarán libres de comisiones de corretaje, honorarios de venta y otros cargos correspondientes. Su cuenta se cerrará automáticamente si lo despiden y no hay acciones o acciones fraccionadas en su cuenta.

Si fallece antes de que se cierre su cuenta del Plan, esta se distribuirá según la documentación legal presentada ante Computershare o entre sus herederos, a menos que haya acordado previamente con Computershare mantener sus acciones en una cuenta conjunta. En caso de tener una cuenta conjunta, el titular de dicha cuenta puede hacer los trámites necesarios ante Computershare para transferir las acciones a una cuenta General de Accionistas que Computershare mantendrá, a cargo del titular de la cuenta conjunta, o distribuir las Acciones (o las ganancias obtenidas de la venta de estas), menos los gastos o las comisiones correspondientes.

Si abrió una cuenta de copropietario antes del 1 de abril de 2018, puede comunicarse con Computershare por teléfono al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**) para eliminar a un copropietario de su cuenta.

## Modificaciones y finalización del Plan

El Plan no tiene una fecha de vencimiento determinada. La Junta Directiva de la compañía, el Comité o cualquier otro comité debidamente designado de la Junta Directiva puede modificar o finalizar el Plan en cualquier momento. Sin embargo, si la ley o las normas aplicables de una bolsa de valores nacional exigieran la aprobación de los accionistas para una modificación, la modificación quedará sujeta a esa aprobación. Ninguna modificación o finalización del Plan hará que usted pierda los derechos sobre: (1) los fondos que contribuyó al Plan o los fondos paralelos que haya contribuido la compañía y que aún no se hayan utilizado para comprar Acciones, (2) las acciones (o acciones fraccionadas) de las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan, o (3) los dividendos o las distribuciones declaradas con respecto a las Acciones después de contribuir al Plan, pero antes de la fecha efectiva de la modificación o finalización.

## Información sobre impuestos

El siguiente resumen de las consecuencias del Plan del impuesto sobre los ingresos en los Estados Unidos se basa en el Código Fiscal y en todas las reglamentaciones de dicho Código que se encuentran en vigencia a la fecha de creación de este folleto informativo. Este resumen no cubre los impuestos a las ganancias estatales ni locales, ni los impuestos de jurisdicciones que no sean los Estados Unidos. Consulte a su asesor fiscal con respecto a las consecuencias del impuesto individuales antes de comprar Acciones según el Plan.

## COMPRA DE ACCIONES CONFORME AL PLAN DE COMPRA DE ACCIONES

No se aplican consecuencias del impuesto federal sobre los ingresos cuando se inscribe en el Plan o cuando se compran Acciones para usted conforme al Programa de compra de acciones, ya sea a través de deducciones del sueldo o de contribuciones voluntarias. El monto de las deducciones del sueldo y de las contribuciones voluntarias conforme al Plan no es deducible a los fines de determinar su ingreso gravable federal. El monto del sueldo que usted ha deducido conforme al Plan y el valor total de las contribuciones paralelas de la compañía se consideran como ingresos ordinarios para usted durante el año calendario de las deducciones o las contribuciones y se informarán en su recibo de sueldo y en el formulario W-2. La compañía deduce todas las retenciones salariales correspondientes y demás impuestos del resto de su remuneración (aumentando las deducciones del sueldo y otras deducciones impositivas a tal fin) con respecto a la cantidad del salario que se deduce conforme al Plan y las contribuciones paralelas a su cuenta del Plan, si existieran. La compañía tiene derecho a una deducción de impuestos sobre el monto de la contribución paralela en el mismo año que usted produce sus ingresos.

## FOLLETO INFORMATIVO

### PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE CONFORME AL PROGRAMA DE PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Las concesiones de Acciones conforme al Programa de Premios al desempeño sobresaliente son gravables como ingresos ordinarios en el año calendario del premio, independientemente de si los certificados de Acciones se le otorgan directamente a usted o si las Acciones se otorgan a su cuenta del Plan. Sus ingresos ordinarios serán el valor de mercado de las Acciones a la fecha en que se le otorga el premio, multiplicado por el número de Acciones otorgadas. El valor de mercado de toda Acción otorgada se informará en su formulario W-2. La compañía deducirá todas las retenciones salariales correspondientes y demás impuestos del resto de su remuneración (aumentando las deducciones del sueldo a tal fin). La compañía tiene derecho a una deducción de impuestos en la misma cantidad y en el mismo año en que usted produce sus ingresos ordinarios.

### VENTA DE ACCIONES O DISTRIBUCIÓN DE CERTIFICADOS

No deberá reconocer ningún ingreso sujeto a impuestos cuando solicite que se le otorguen certificados para algunas o todas las Acciones de su cuenta del Plan. Cuando vende o dispone de sus Acciones de cualquier otra forma, ya sea a través de Computershare o después de recibir los certificados de Acciones, la diferencia entre el valor justo de mercado de las Acciones en el momento de la venta y el valor justo de mercado de las Acciones en la fecha en que las adquirió se aplicará como ganancia o pérdida de capital. El período de tenencia para determinar si la ganancia o la pérdida de capital es a largo o a corto plazo comenzará a partir de la fecha en que adquirió las Acciones (es decir, la fecha en que se acreditan las Acciones en su cuenta del Plan). La compañía no tendrá deducciones como resultado de su disposición de las Acciones y no será responsable del pago del impuesto a las ganancias u otros impuestos que usted pague sobre las ganancias que pueda obtener de la venta de las Acciones, o que se impongan sobre la transacción de venta, o en relación con esta.

### Información disponible

Para obtener más información acerca del Plan o de sus administradores, llame a Servicios al Personal: **800-421-1362**. También puede escribir a:

**Walmart People Services**  
**Walmart Inc.**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

Puede comunicarse con Computershare llamando al **800-438-6278 (800 GET-MART)** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**), en línea a través de [computershare.com/walmart](https://computershare.com/walmart), o escribiendo a la siguiente dirección para enviar toda la correspondencia, incluidas transacciones, solicitudes de certificados de acciones, cartas poder para la venta de valores, compras voluntarias y consultas al Servicio de Atención al Cliente:

**Computershare**  
**Attn: Walmart ASPP**  
**P.O. Box 43080**  
**Providence, Rhode Island 02940-3080**

### Envío electrónico de folletos informativos y otros documentos

Para reducir los costos de administración del Plan y para ayudar con nuestros esfuerzos de sostenibilidad, le pedimos que nos permita enviar folletos informativos y otros documentos relacionados con el Plan de manera electrónica, y que consulte los folletos informativos y los documentos que proporcionamos a los participantes del Plan en [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com). Su inscripción en el Plan representará su consentimiento para recibir o acceder a nuestras comunicaciones sobre el Plan y a los folletos informativos relacionados con la compra de Acciones conforme al Plan de manera electrónica a través de [One.Walmart.com](https://One.Walmart.com), a menos que elija afirmativamente recibir copias impresas de dichas comunicaciones. En cualquier momento después de la inscripción puede revocar dicho consentimiento enviando por escrito una revocación del consentimiento para recibir los documentos del Plan de manera electrónica al Departamento de Beneficios a la dirección que aparece a continuación. Además, si desea solicitar una copia impresa del folleto informativo actual relacionado con las compras de Acciones conforme al Plan y de nuestro Informe anual más reciente en el Formulario 10-K, escriba al Departamento de Beneficios para que le envíen dichos documentos sin cargo.

### Documentos incorporados por referencia

Los siguientes documentos presentados por la compañía ante la Comisión de Bolsa y Valores (la "Comisión"), expediente n.º 1-6991, por la presente, se incorporan por referencia en este folleto informativo y forman parte de este:

- El Informe anual de la compañía en el Formulario 10-K para el año fiscal que finaliza el 31 de enero de 2024;
- Informes trimestrales de la compañía en el Formulario 10-Q para los trimestres fiscales que finalizaron el 30 de abril de 2023, 31 de julio de 2023 y 31 de octubre de 2023;
- Informes actuales de la compañía en el Formulario 8-K presentados en la Comisión el 20 de febrero de 2024;
- Declaración de Representación definitiva de la empresa para la Asamblea Anual de Accionistas de 2024, presentada ante la Comisión el 5 de abril de 2024; y
- Anexo 99.1 a la Declaración de registro de la compañía en el Formulario S-8 (Expediente N.º 333-214060).

Todos los documentos presentados por la compañía conforme a las Secciones 13(a), 13(c), 14 y 15(d) de la Ley de Intercambio de Valores de 1934 (la "Ley de intercambio") a la fecha de elaboración de este Folleto informativo o posteriormente serán considerados para su incorporación por referencia a este folleto informativo y para formar parte del mismo a partir de la fecha de presentación de dichos documentos, excepto para la información provista a la Comisión que no es considerada para ser "presentada" en relación con motivos incluidos en la Ley de Intercambio (de aquí en más, nos referiremos a tales documentos, y los documentos enumerados anteriormente, como "Documentos incorporados"). Toda declaración contenida en un Documento incorporado será considerada para su modificación o invalidación para los propósitos de este folleto informativo, en la medida en que una declaración contenida en



## FOLLETO INFORMATIVO

---

el presente o en cualquier otro archivo posterior del Documento incorporado modifique o invalide dicha declaración. Las declaraciones modificadas o reemplazadas no se considerarán, excepto en la medida en que sean modificadas o reemplazadas de esa manera, como parte del folleto informativo de la Sección 10(a) de la compañía en relación con la compra de las Acciones conforme al Plan, tal como se describe en la portada de este folleto informativo. Este documento y los documentos incorporados por referencia en el presente constituyen dicho folleto informativo de la Sección 10(a).

Estos documentos y el último Informe anual de la compañía para los accionistas, y cualquier otro documento que debamos enviarle conforme a la Norma 428(b) en virtud de la Ley de Valores de 1933, y sus enmiendas, están a su disposición sin cargo, ya sea que los solicite de forma escrita u oral. Envíe su solicitud para recibir los documentos a:

**Walmart Inc.**  
**Benefits Department**  
**508 SW 8th Street**  
**Bentonville, Arkansas 72716-0295**

○ puede llamar al Servicios al Personal: **800-421-1362**.

# Para obtener más información

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE...	SITIO WEB	TELÉFONO
Cuándo es elegible para acceder a los beneficios o cómo inscribirse	<a href="https://One.Walmart.com/Benefits">One.Walmart.com/Benefits</a>	Servicios al Personal: <b>800-421-1362</b>
Beneficios médicos y reclamos, o administración de la atención	Consulte <a href="#">Buscar un médico y obtener ayuda con el plan del seguro médico</a> en la próxima página	
Nombrar sus beneficiarios	<a href="https://One.Walmart.com/Beneficiary">One.Walmart.com/Beneficiary</a>	Servicios al Personal: <b>800-421-1362</b>
Beneficios de farmacia	<a href="https://One.Walmart.com/Prescriptions">One.Walmart.com/Prescriptions</a>	OptumRx: <b>844-705-7493</b>
Cuenta de ahorro de salud (HSA) para asociados inscritos en el Plan Saver	<a href="https://One.Walmart.com/Saver">One.Walmart.com/Saver</a> <a href="https://Learn.HealthEquity.com/Walmart/HSA">Learn.HealthEquity.com/Walmart/HSA</a>	HealthEquity: <b>866-296-2860</b>
Centros de excelencia	<a href="https://One.Walmart.com/COE">One.Walmart.com/COE</a>	BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b> Aetna, Chicago metro, south FL: <b>800-525-6257</b> Aetna, AZ, IL, MO, TN: <b>833-554-1544</b> Aetna, otros estados: <b>855-548-2387</b> UMR: <b>855-870-9177</b> Plan local Mercy Arkansas: <b>800-804-1272</b> Plan local Banner: <b>855-548-2387</b> (O consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Programa de salud digestiva: Todos los estados excepto Hawái	<a href="https://One.Walmart.com/GIthrive">One.Walmart.com/GIthrive</a>	GIthrive: <b>833-336-9488</b> (O consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Programa de fisioterapia virtual: Todos los estados excepto Hawái	<a href="https://One.Walmart.com/OmadaHealth">One.Walmart.com/OmadaHealth</a>	(Consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Plan de la visión	<a href="https://One.Walmart.com/Vision">One.Walmart.com/Vision</a>	VSP: <b>866-240-8390</b>
Plan dental	<a href="https://One.Walmart.com/Dental">One.Walmart.com/Dental</a>	Delta Dental: <b>800-462-5410</b>
Seguro por discapacidad a corto plazo	<a href="https://One.Walmart.com/ShortTermDisability">One.Walmart.com/ShortTermDisability</a> (CA, CO, CT, DC, HI, MA, NJ, NY, OR, RI, WA; consulte la guía de estados)	Sedgwick/Lincoln: <b>800-492-5678</b>
Seguro por discapacidad a largo plazo	<a href="https://One.Walmart.com/LongTermDisability">One.Walmart.com/LongTermDisability</a>	Lincoln: <b>877-353-6404</b>
Seguro por accidentes y enfermedades graves	<a href="https://One.Walmart.com/Accident">One.Walmart.com/Accident</a> <a href="https://One.Walmart.com/Critical">One.Walmart.com/Critical</a>	Allstate Benefits: <b>800-514-9525</b>
Seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y seguro de viaje durante viajes de negocios	<a href="https://One.Walmart.com/Life">One.Walmart.com/Life</a> <a href="https://One.Walmart.com/ADD">One.Walmart.com/ADD</a>	Prudential: <b>877-740-2116</b>
Mis recursos de salud mental	<a href="https://One.Walmart.com/Lyra">One.Walmart.com/Lyra</a>	<b>800-825-3555</b> , disponible 24/7
Programa Quit Tobacco (Dejar de fumar)	<a href="https://One.Walmart.com/QuitTobacco">One.Walmart.com/QuitTobacco</a>	Programa Kick Buts: <b>855-955-1905</b>
Plan 401(k) de Walmart	<a href="https://One.Walmart.com/401k">One.Walmart.com/401k</a> <a href="https://Benefits.ML.com">Benefits.ML.com</a>	Merrill: <b>888-968-4015</b>
Plan de compra de acciones para asociados	<a href="https://One.Walmart.com/ASPP">One.Walmart.com/ASPP</a> <a href="https://ComputerShare.com/Walmart">ComputerShare.com/Walmart</a>	ComputerShare: <b>800-438-6278</b> Asociados con dificultades auditivas: <b>800-925-9245</b>

## Buscar un médico y obtener ayuda con el plan del seguro médico

La información de contacto para obtener ayuda con el plan médico depende de dos cosas:

- De dónde trabaje o, en algunos casos, del plan en el que esté inscrito.
- Qué administrador del plan presta servicio en su área. Encontrará el suyo en el reverso de su tarjeta de identificación.

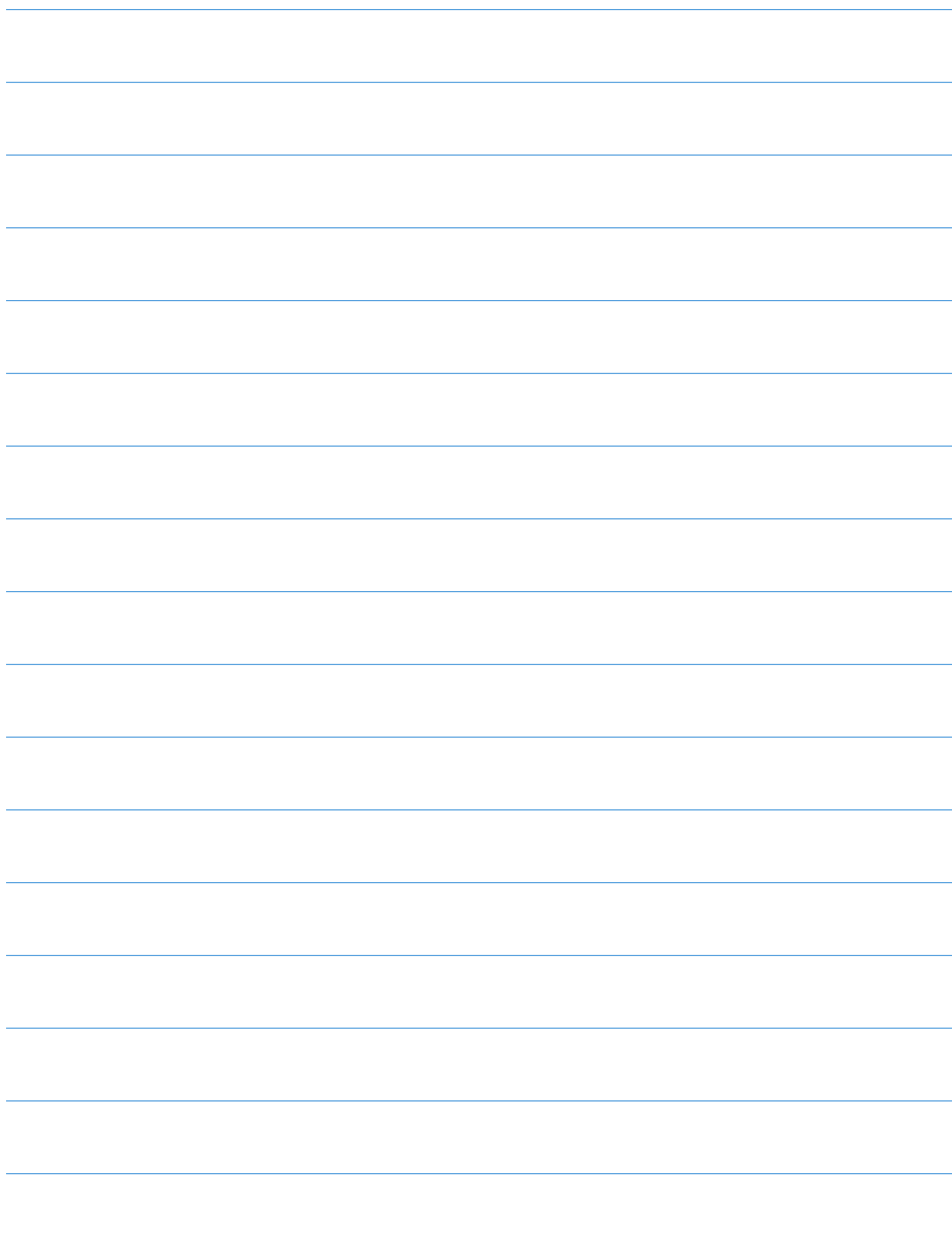
UBICACIÓN O PLAN	ADMINISTRADOR DEL PLAN	BUSCAR UN MÉDICO	RECLAMOS, ATENCIÓN AL CLIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE CUIDADO
La mayoría de las áreas	BlueAdvantage Aetna UMR	Incluye Health, BlueAdvantage y Aetna: <b>800-941-1384</b> UMR: <b>855-870-9177</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b> Aetna: <b>855-548-2387</b> UMR: <b>855-870-9177</b>
AK, AL, AZ, CO, IA, IL, IN, KY, MN, MO, NC, SC, TN, VA, WI, WV	BlueAdvantage Aetna	Incluye Health, BlueAdvantage y Aetna: <b>800-941-1384</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b> Aetna: <b>833-554-1544</b> Included Health: <b>800-941-1384</b> (administración de la atención)
Texas: Austin, Dallas, Houston, San Antonio Arkansas: Noroeste de Arkansas Oklahoma: Tulsa, ciudad de Oklahoma Florida: Tampa, Orlando, Jacksonville, Gainesville, West Palm Beach, Port St. Lucie	BlueAdvantage	BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b>
Florida: Port Charlotte, Cape Coral/Ft. Myers, Naples, Miami/Ft. Lauderdale	Aetna	Aetna: <b>800-525-6257</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Consulta virtual con un médico: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	Aetna: <b>800-525-6257</b>
IL, IN: Chicago metro	Aetna BlueAdvantage	Aetna: <b>800-525-6257</b> BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	Aetna: <b>800-525-6257</b> BlueAdvantage: <b>866-823-3790</b>
Plan local de Mercy Arkansas	UMR	Included Health: <b>800-941-1384</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	UMR: <b>800-804-1272</b>
Plan local Banner	Aetna	Aetna: <b>855-548-2387</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Médico de atención primaria virtual: <a href="https://www.One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare">One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare</a>	Aetna: <b>855-548-2387</b>
Hawái	Plan de salud Hawái (HMSA) Kaiser	<a href="https://www.HMSA.com">HMSA.com</a> : <b>808-948-6111</b> <a href="https://www.KP.org">KP.org</a> : <b>800-966-5955</b>	<a href="https://www.HMSA.com">HMSA.com</a> : <b>808-948-6111</b> <a href="https://www.KP.org">KP.org</a> : <b>800-966-5955</b>
Plan PPO	Aetna	Included Health: <b>800-941-1384</b> <a href="https://www.includedhealth.com/Walmart">IncludedHealth.com/Walmart</a> Consulta virtual con un médico: <a href="https://www.Teladoc.com/Aetna">Teladoc.com/Aetna</a>	Aetna: <b>855-548-2387</b> Teladoc: <b>800-835-2362</b>

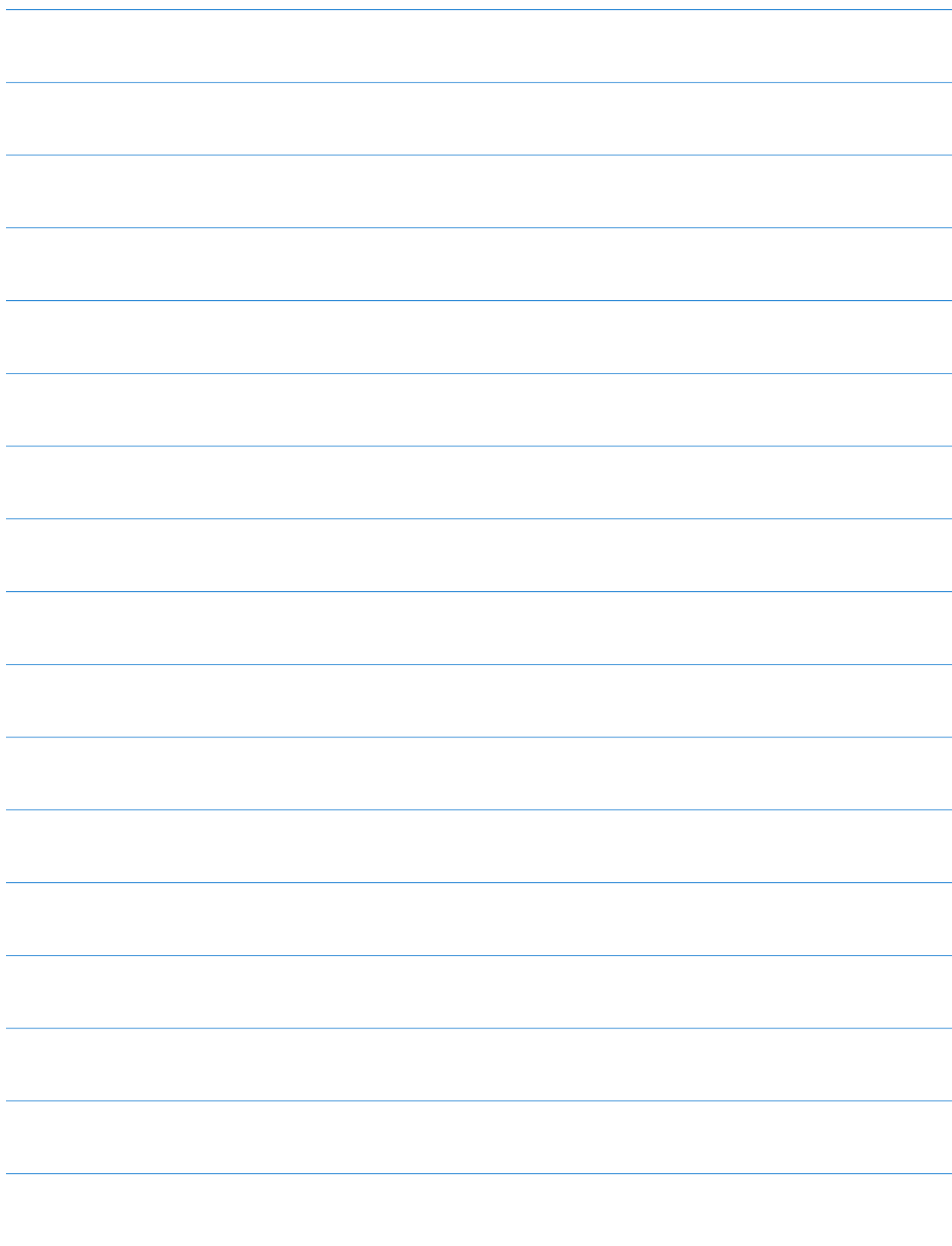
**Asociados inscritos en planes HMO: Buscar un médico y obtener ayuda con el plan del seguro médico**

Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un médico, beneficios, reclamos médicos o cómo administrar la atención para un plan HMO:

PLAN HMO	SITIO WEB	TELÉFONO
Plan de salud Geisinger Plan de salud Geisinger Extra Plan de salud Geisinger—Área del este Plan de salud Geisinger Extra—Área del este	<a href="https://www.GeisingerHealthPlan.com">GeisingerHealthPlan.com</a>	Geisinger: <b>844-863-6850</b>
Health Net Low Option ExcelCare Health Net High Option ExcelCare Health Net Salud y Mas HMO	<a href="https://www.HealthNet.com">HealthNet.com</a>	Health Net: <b>800-722-5342</b>
HMSA Hawaii	<a href="https://www.HMSA.com">HMSA.com</a>	HMSA: <b>808-948-6111</b>
Kaiser of California	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	<b>800-464-4000</b> (inglés) <b>800-788-0616</b> (español)
Kaiser of Colorado	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	Denver metro: <b>303-338-3800</b> Otras áreas: <b>800-632-9700</b>
Kaiser of Georgia	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	Atlanta metro: <b>404-261-2590</b> Otras áreas: <b>888-865-5813</b>
Kaiser de Hawái	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	Kaiser: <b>800-966-5955</b>
Kaiser of the Mid-Atlantic Low-MD Kaiser of the Mid-Atlantic Low-VA	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	Kaiser: <b>855-249-5018</b>
Kaiser Foundation Health Plan of WA	<a href="https://www.kp.org">kp.org</a>	Kaiser: <b>888-901-4636</b>









## Libro de beneficios para asociados de 2024 | Descripciones resumidas del plan