

Libro de Beneficios del Asociado de 2023

Descripción resumida del plan

Contenido

Plan de seguro médico	Plan de la vista	Plan 401(k) de Walmart
Beneficio farmacéutico	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 2023**

Plan 401(k) de Walmart vigente a partir del **1.º de febrero de 2023**

Plan de Compra de Acciones para Asociados efectivo a partir del **1.º de abril de 2023**



Le presentamos su Libro de Beneficios del Asociado de 2023

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 descarga el *Libro de Beneficios del Asociado 2023* desde 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 a salarizados y a tiempo completo pagados por hora	194
Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái	62	Discapacidad a largo plazo para conductores de camión	202
Plan médico	68	Seguro de vida pagado por la empresa	210
Beneficio de farmacia	120	Seguro de vida opcional para asociados	216
Cuenta de ahorro de salud (HSA)	128	Seguro de vida opcional para dependientes	222
Plan dental	136	Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	228
Plan de la vista	146	Seguro contra accidentes	234
Recursos para la vida (Resources for Living®)	152	Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	242
Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)	156	Seguro por enfermedades graves	250
Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora	164	Reclamos y apelaciones	258
Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados	174	Información legal	280
Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión	184		

El Plan 401(k) de Walmart	294
---------------------------	-----

Plan de Compra de Acciones para Asociados (ASPP)	322
--	-----

Para obtener más información	334
------------------------------	-----

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: Custodian of Records, People Services, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3500.

Atención Asociados Hispanos: Este folleto contiene un resumen en inglés de los derechos y beneficios para todos los asociados bajo el plan de beneficios de Walmart. Si tiene dificultades para entender cualquier parte de este folleto puede dirigirse a la siguiente dirección: People Services, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3500.

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 a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos	9
Elegibilidad de los dependientes	18
Documentación legal para la cobertura de los dependientes	19
Dependientes que no son elegibles	20
En qué momento el dependiente pierde la elegibilidad	20
Cuándo puede inscribirse para los beneficios	20
En qué momento entra en vigencia la cobertura	21
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	23
Fechas de entrada en vigencia de los beneficios del Plan	24
Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral	24
Pago de los beneficios	33
Mantener las primas al día	35
Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual	38
Si cambia su clasificación laboral	41
Cambio de una clasificación laboral a otra	42
Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas	60
En qué momento finaliza su cobertura del Plan	61

Si usted (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 288 del capítulo de [Información legal](#).

Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"> Inscripción en los beneficios de Walmart Notificación a los Servicios al Personal dentro de un plazo de 60 días de un evento de cambio de elección 	Visite One.Walmart.com/Enroll	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Comunicarse con Servicios al Personal si tiene alguna pregunta sobre las deducciones de la nómina para sus beneficios		Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Pago de las primas para los beneficios mientras está haciendo uso de una licencia de ausencia		<p>Consulte la sección Mantener las primas al día en este capítulo para obtener información detallada. La falta de pago de las primas para mantener la cobertura al día resultará en la cancelación de la cobertura. Puede pagar con tarjeta de débito o crédito (Visa, MasterCard, American Express o Discover) ingresando en One.Walmart.com/Enroll y eligiendo “make a payment” (realizar un pago), o llamando al 800-421-1362 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>Walmart People Services P.O. Box 1039 Department 3001 Lowell, Arkansas 72745</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

- Su clasificación laboral (o los cambios en su clasificación laboral) determina cuándo comienza su período de inscripción. Si es un asociado de Hawái con pago por hora, consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).
- Puede inscribirse a los beneficios durante el período de inscripción inicial como asociado recientemente elegible, durante la Inscripción Anual y cuando surge un evento de cambio de elección.
- Debe inscribirse antes de la fecha de vigencia. Consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener detalles adicionales.
- Los beneficios médicos, dentales, de la vista, por enfermedad grave, por accidente, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), al igual que los beneficios del plan mejorado por discapacidad a corto plazo, por discapacidad a largo plazo y por discapacidad a largo plazo para conductores de camión no pueden modificarse, añadirse ni cancelarse fuera del periodo de inscripción inicial, la Inscripción anual o después de que surja un evento de cambio de elección.
- Si no se inscribe en los beneficios por discapacidad a largo plazo o por discapacidad a largo plazo para conductores de camión durante el periodo de inscripción inicial y luego elige la cobertura en una fecha posterior, según lo permitido por el Plan, se considerará una “inscripción tardía” y tendrá que presentar evidencia de buena salud.
- Puede inscribirse, darse de baja o cambiar los beneficios opcionales del seguro de vida en cualquier momento, pero si aumenta su cobertura o se inscribe después del periodo de inscripción inicial, tendrá que presentar evidencia de buena salud.

Plan de salud y bienestar para asociados

Walmart Inc. (la empresa) 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 vista, de Recursos para la vida (asistencia y bienestar de los empleados), de discapacidad, seguro de vida, de seguro de accidentes en viajes de negocios, seguro de accidentes, seguro de muerte y desmembramiento accidental y seguro de enfermedad grave para los asociados que reúnen los requisitos y a sus familiares que reúnen los requisitos. El derecho a estos beneficios se describe en este capítulo, y los términos y condiciones de los beneficios específicos que se ofrecen bajo este Plan se describen en los capítulos correspondientes de este *Libro de Beneficios del Asociado* de 2023. 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, incluyendo los miembros de la familia que pueden inscribirse para la cobertura, consulte la sección **Elegibilidad de los dependientes** de este capítulo y para obtener detalles sobre los periodos de inscripción inicial y cuando la cobertura es efectiva para todos los beneficios disponibles bajo el Plan, la sección **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** de este capítulo.

El derecho a los beneficios y los términos y condiciones de cada beneficio se describen en el documento del Plan y en este *Libro de Beneficios del Asociado* de 2023. 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 y este *Libro de Beneficios del Asociado* de 2023, los términos del *Libro de Beneficios del Asociado* de 2023 prevalecerán. En caso de conflicto entre los términos del documento del Plan y este *Libro de Beneficios del Asociado* de 2023, los términos del documento del Plan prevalecerán. Consulte el capítulo **Información legal** de este *Libro de Beneficios del Asociado* si desea revisar el documento del Plan, el cual 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 tenga derecho a los beneficios por primera vez, sino durante todo el tiempo que mantenga su empleo. En algunos casos, la información contenida en este capítulo y en otros capítulos del *Libro de Beneficios del Asociado* será relevante incluso después de que haya dejado de trabajar (tal como si escoge la continuación de la cobertura bajo COBRA). Contiene toda la información que necesita sobre los beneficios a los que tiene derecho; cuándo tiene derecho; 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 acontecimientos en su derecho a los beneficios; y cuándo termina su cobertura.

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:

1	SU CLASIFICACIÓN LABORAL Su clasificación laboral en el sistema de nóminas de la empresa afecta sus beneficios. Consulte la página 7.
2	OBTENER EL DERECHO A LOS BENEFICIOS <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo comenzará a tener derecho? Los gerentes y los trabajadores por hora a tiempo completo, consulten la página 8; los trabajadores por hora a tiempo parcial, consulten las páginas 7 y 9. • ¿A quién puede cubrir? Consulte la página 18. • ¿Cuándo debe inscribirse? Consulte la página 24. • ¿Cuándo entra en vigencia su cobertura? Consulte la página 24.
3	PAGO DE LOS BENEFICIOS ¿Cómo debe cumplir pagar los beneficios? Consulte la página 33. ¿Cuándo tiene que hacer arreglos especiales para pagar sus beneficios? Consulte la página 35.
4	ACONTECIMIENTOS QUE PUEDEN AFECTAR SU COBERTURA ¿Qué puede afectar sus beneficios? <ul style="list-style-type: none"> • Si está de licencia de ausencia o queda discapacitado, consulte la página 35. • Un acontecimiento de la vida, como un cambio en su situación familiar: consulte la página 38. • Un acontecimiento laboral, como un cambio de situación laboral: consulte la página 39. • Circunstancias especiales como una orden judicial o la posibilidad de acogerse a un periodo de inscripción especial: consulte la página 39.

Elegibilidad del asociado

Los beneficios a los que puede acogerse y el momento en que puede hacerlo dependen de una serie de factores, incluyendo su clasificación laboral en el sistema de nóminas de la empresa, su fecha de contratación y el promedio de horas semanales que trabaja. Asimismo, para algunos beneficios, es posible que tenga que satisfacer un periodo de espera de elegibilidad o presentar evidencia de buena salud antes de que entren en vigencia los beneficios en los que se inscribió. En el apartado **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** de este capítulo encontrará una lista de los beneficios a los que tiene derecho y los requisitos de periodo de espera o evidencia de buena salud que pueden aplicarse. Puede haber periodos de espera para algunos beneficios que se aplican a determinados tipos de cobertura. El análisis de estos periodos de espera se incluye en los respectivos capítulos de beneficios de este *Libro de Beneficios del Asociado*.

Esperamos 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 materiales de forma inexacta, esto puede afectar a su derecho al beneficio.

Consulte el Código de Conducta, que puede encontrar en One.Walmart.com para revisar la política de la empresa 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 A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA

Para poder inscribirse en los beneficios para asociados a tiempo completo pagado por hora, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa como asociado a tiempo completo pagado por hora. Esto incluye a los farmacéuticos (excepto los de California), los asociados de la cadena de suministro de campo a tiempo completo y los puestos de supervisor de campo en tiendas y clubes, pero excluye a los gerentes de Centros de visión. Los farmacéuticos de California tienen derecho a los beneficios en las mismas condiciones que los asociados gerenciales. Si usted es un gerente de un Centro de visión, vea a continuación.

Si es un 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 DE CENTRO DE VISIÓN A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA

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

ELEGIBILIDAD DEL ASOCIADO A TIEMPO PARCIAL PAGADO POR HORA

Para poder inscribirse en los beneficios para asociados a tiempo parcial pagados por hora, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa como asociado a tiempo parcial pagado por hora. Consulte más abajo si es un conductor de camión que trabaja a tiempo parcial.

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

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

Si es un asociado a tiempo parcial pagado por hora, se revisarán las horas que trabaja para determinar su derecho a los beneficios médicos. Si tiene derecho a los beneficios médicos durante las primeras 52 semanas de trabajo, también tendrá derecho a otros beneficios voluntarios al mismo tiempo. De lo contrario, tendrá derecho a otros beneficios voluntarios después de haber estado empleado durante 52 semanas, independientemente de si tiene derecho a los beneficios médicos. Consulte la sección **Asociados temporales y a tiempo parcial pagados por hora** de este capítulo para más información.

ELEGIBILIDAD DEL ASOCIADO TEMPORAL

Para poder inscribirse en los beneficios para asociado temporal, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa como asociado temporal.

Además de estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa 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 temporales pagados por hora en 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 más detalles, consulte el capítulo titulado **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái**.

Si es un asociado temporal, se revisarán las horas que trabaja para determinar su derecho a los beneficios médicos. Si tiene derecho a los beneficios médicos durante las primeras 52 semanas de trabajo, también tendrá derecho a otros beneficios voluntarios al mismo tiempo. En caso contrario, podrá optar para recibir otros beneficios voluntarios después de haber estado empleado durante 52 semanas, independientemente de que pueda optar a los beneficios médicos, según las condiciones del Plan. Para más información, consulte la sección titulada **Asociados a tiempo parcial pagados por hora 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 conductores de camión a tiempo parcial.

ELEGIBILIDAD DEL ASOCIADO GERENCIAL

Para poder inscribirse en los beneficios como asociado de la gerencia, debe estar clasificado en el sistema de nóminas de la empresa como asociado de la gerencia, aprendiz de gerencia, farmacéutico de California o conductor de camión a tiempo completo.

ASOCIADOS QUE NO SON ELEGIBLES

A menos que se indique lo contrario, 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 de derecho común de la empresa o de cualquier filial participante:

- Es un empleado contratado.
- Un extranjero no residente (a excepción de que, para 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, los extranjeros no residentes clasificados como a tiempo completo en el sistema de nóminas de los EE. UU. reunirán los requisitos; y los extranjeros no residentes cubiertos por una póliza de seguro específica para expatriados o nacionales de países terceros que estén empleados por la empresa reunirán los requisitos, sujeto a los términos de tales pólizas).
- Es un contratista independiente.
- Es un asesor.
- Es un asociado que reside fuera de los Estados Unidos.
- Una persona que no está clasificada como asociado de la compañía ni de sus filiales participantes.
- Un asociado que está inscrito en Medicare Parte D (solo aplicable a la elegibilidad para opciones de planes de seguro médico, incluidas las opciones de planes HMO y PPO) o,
- Un 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: Hay opciones médicas del plan HMO y PPO disponibles para algunos lugares de trabajo. 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 periodo 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 un asociado a tiempo completo pagado por hora, a tiempo parcial pagado por hora 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.** Si es un asociado de la gerencia 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 la empresa le ha aprobado la condición de estado localizado, usted y las personas a su cargo que residen en los Estados Unidos tienen derecho a 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 un asociado localizado y un dependiente que reúne los requisitos reside fuera de los Estados Unidos, las reclamaciones médicas se procesarán como reclamaciones 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 a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos



Si es un asociado temporal o por hora a tiempo parcial, su derecho a inscribirse en los beneficios médicos dependerá del promedio de horas que trabaje por semana. 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 a tiempo parcial pagados por hora. Tales verificaciones son:

- **Durante las primeras 52 semanas de trabajo:** Para determinar el derecho a 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 sus primeras 52 semanas de empleo](#) en esta sección.
- **A las 52 semanas de trabajo:** Para determinar el derecho a 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 [Verificación única de elegibilidad a las 52 semanas de trabajo](#) en esta sección.
- **Después de un año de trabajo:** Para determinar el derecho a los beneficios médicos en el siguiente año calendario, las horas trabajadas durante un periodo de 12 meses 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 a tiempo parcial pagados por hora ni asociados temporales en Hawái. Para obtener más información, consulte el capítulo titulado [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái](#).

SUS VERIFICACIONES DE ELEGIBILIDAD DE 60 DÍAS DURANTE SUS PRIMERAS 52 SEMANAS DE EMPLEO EN ESTA SECCIÓN

Si es un nuevo asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora, 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 para tener derecho a los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios. Consulte a continuación la cantidad de horas que necesita.

Si está registrado como un asociado* a tiempo parcial en el sistema de la empresa 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"> • Un enfermero profesional • Un farmacéutico por horas contratado a partir del 1 de febrero de 2012** • Parte de la cadena de suministro en el campo 	Un promedio de 24 horas por semana
Todos los demás asociados a tiempo parcial y temporales	Un promedio de 30 horas por semana

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

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

Si trabaja la cantidad de horas requerida durante sus primeros 59 días de empleo sin una interrupción de más de 30 días, tendrá derecho a inscribirse en los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados a tiempo parcial y temporales poco después de que finalice el periodo de medición. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que se ocurra su 89.º día de trabajo, siempre y cuando 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 derecho a los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección.

EJEMPLO: Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2023, sus horas trabajadas desde ese día hasta el 13 de junio de 2023 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, podrá inscribirse en los beneficios que están disponibles para los asociados a tiempo parcial y temporales. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que se ocurra su 89.º día de trabajo, siempre y cuando se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial. Dado que su 89.º día de trabajo sería el 13 de julio, sus beneficios serán efectivos el 1 de julio, suponiendo que se inscriba antes de que finalice su periodo

de inscripción inicial. No se le volverán a calcular las horas durante sus primeras 52 semanas de trabajo, aunque no se inscriba durante su periodo de inscripción inicial. La próxima vez que se verifique su derecho a los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en 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, podrá inscribirse en los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios. Si satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes en el que se ocurra su 89.º día de trabajo, medido a partir del primer día del periodo de medición aplicable (en este caso, el segundo periodo de medición), siempre y cuando 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 derecho a los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección.

EJEMPLO: Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2023, las horas que haya trabajado desde ese día hasta el 13 de junio de 2023 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, podrá inscribirse en los beneficios, que entrarían en vigencia el primer día del mes que contenga el 89.º día de empleo, 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 89.º día de trabajo, contado a partir del 14 de junio, es el 10 de septiembre, sus beneficios entrarían en vigencia el 1 de septiembre de 2023, 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 derecho a los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en 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 única de elegibilidad se describe en [Verificación única de elegibilidad a las 52 semanas de trabajo](#) en esta sección. Habrá un máximo de seis verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo.

Si adquiere el derecho a 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 derecho a los beneficios médicos continúa hasta el final del segundo año calendario siguiente a su fecha de contratación (el "periodo de derecho a la cobertura médica"), suponiendo que siga siendo un asociado temporal o un asociado a tiempo parcial pagado por hora. En el ejemplo anterior, el periodo de elegibilidad de la cobertura médica continuaría hasta el final del año calendario 2025, que es el final del segundo año calendario siguiente a su fecha de contratación. Su derecho a los demás beneficios voluntarios que se describen en la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) continuará mientras siga siendo un asociado temporal o un asociado a tiempo parcial pagado por hora, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. No obstante, si no se inscribe en los beneficios médicos cuando reúna 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 tenga derecho a los beneficios voluntarios, podrá inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento. La próxima vez que se verifique su derecho a los beneficios médicos será la verificación anual de la elegibilidad que se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección.

EJEMPLO: En el ejemplo anterior, sus beneficios médicos continuarán hasta finales de 2025, a menos que abandone la cobertura durante el periodo de Inscripción anual de 2023 (para el año calendario 2024), o el periodo de Inscripción anual de 2024 (para el año calendario 2025), o si surge un evento de cambio de elección. Si no elige la cobertura médica durante el periodo de inscripción inicial, seguirá teniendo derecho a los beneficios médicos hasta 2025. No obstante, no se le permitirá cambiar de cobertura excepto durante un periodo de inscripción anual o si surge un evento de cambio de elección. Su derecho a los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora, 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 tenga derecho a 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 para tener derecho a la cobertura médica (incluso si no trabaja ninguna hora uno o más días).

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 días durante el periodo de medición de 60 días que estuvo en 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 en 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 la empresa durante las primeras 52 semanas de trabajo y vuelve a ser contratado

Para fines de las verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo, si deja de trabajar durante ese periodo de 52 semanas y vuelve a trabajar como asociado temporal o a tiempo parcial pagados por hora dentro de los 30 días siguientes a haberse ido, su derecho a los beneficios médicos u otros al ser contratado de nuevo se determinará de acuerdo con las normas de la siguiente tabla:

SI SE VA DURANTE LAS PRIMERAS 52 SEMANAS DE TRABAJO Y VUELVE A SER CONTRATADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS	
Si no ha superado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de terminación del empleo	<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 terminado 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 terminado por un periodo de 10 días durante un periodo de medición 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 Si toma tiempo libre durante cualquier periodo de medición de 60 días en esta sección.</p>
Si ha superado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de terminación del empleo	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos hasta el final de su periodo de elegibilidad para la cobertura médica. Su derecho a los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si estaba inscrito en beneficios médicos u otros beneficios voluntarios cuando terminó el empleo, se restablecerá cualquier cobertura que haya estado vigente (o la más similar que ofrezca el Plan) en la fecha de su terminación, 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo. • 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 terminación de su empleo, no podrá inscribirse en tales 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. <p>Si su empleo termina 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 la terminación de su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual).</p> <p>Si su empleo termina en 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 los 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que terminó el empleo pero no se inscribió. • Tenía derecho a los beneficios y estaba inscrito en los mismos en el año en que dejó de trabajar y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar. <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 tiene un evento de cambio de elección, como se describe en la sección Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección Si deja la compañía y lo contratan nuevamente en el capítulo Plan médico 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 bajo el programa de formación de familias de los Centros de excelencia, si deja 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 deja su empleo y luego vuelve a ser contratado, consulte la sección Si deja la compañía y lo contratan nuevamente en el capítulo Plan dental.</p>	

Sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si vuelve a ser contratado más de 30 días después de haberse ido 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 sus primeras 52 semanas de empleo](#) en esta sección, incluso si había pasado una verificación de elegibilidad de 60 días antes de la fecha de haberse ido. No obstante, si vuelve a trabajar menos de 13 semanas desde la fecha de haberse ido, consulte [Verificación única de elegibilidad a las 52 semanas de trabajo](#) 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.

VERIFICACIÓN ÚNICA DE ELEGIBILIDAD A LAS 52 SEMANAS DE TRABAJO

Si es un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora 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 para tener derecho a los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios, su derecho a los beneficios médicos se verificará de nuevo a las 52 semanas de empleo. El periodo de medición para la verificación única 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, para tener derecho a los beneficios médicos. Consulte a continuación la cantidad de horas que necesita.

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

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 satisface los requisitos, sus beneficios entrarán en vigencia el primer día del segundo mes natural siguiente a la fecha de su primer aniversario, siempre y cuando se inscriba antes de que finalice el periodo de inscripción inicial.

Asimismo, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios voluntarios, independientemente de que trabaje la cantidad de horas necesaria para tener derecho a los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Para informarse acerca de los otros beneficios a los que puede tener derecho, consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo.

EJEMPLO: Si su fecha de contratación es el 16 de abril de 2022, se medirán sus horas trabajadas desde ese día hasta el 15 de abril de 2023 para determinar si ha trabajado la cantidad de horas requerida durante el periodo de medición inicial. Tendrá derecho a 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 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 de junio de 2023, que es el primer día del segundo mes natural siguiente a la fecha de su primer aniversario, 16 de abril de 2023.

Si no trabaja la cantidad de horas requerida durante su periodo de medición inicial para tener derecho a los beneficios médicos, su derecho a los beneficios médicos se verificará de nuevo al realizar la verificación anual de elegibilidad que sigue a su periodo de medición inicial, tal y como se describe en [Su verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección. Si en el ejemplo anterior no hubiera superado la verificación única a las 52 semanas de trabajo, su primera verificación anual de elegibilidad para los beneficios médicos para la cobertura médica de 2024 sería durante el otoño de 2023. Puede seguir teniendo derecho a otros beneficios voluntarios que están disponibles para los asociados a tiempo parcial y temporales, independientemente de si trabaja la cantidad de horas requerida para tener derecho a los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Para informarse acerca de los otros beneficios a los que puede tener derecho, consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en este capítulo.

Si adquiere el derecho a los beneficios como resultado de la verificación única a las 52 semanas de empleo, su derecho a 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 siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora. El periodo de elegibilidad de la cobertura médica continuaría hasta el final del año calendario 2024 en el ejemplo anterior. Su derecho a los demás beneficios voluntarios que se describen en la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo continuará mientras siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora, 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 tenga derecho a los beneficios voluntarios, podrá inscribirse en el seguro de vida opcional en cualquier momento. Su derecho a los beneficios médicos no se volverá a verificar hasta la verificación anual que ocurre en el último año de su periodo de derecho a la cobertura médica, tal y 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 para tener derecho a 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 en 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 semanas durante el periodo de medición inicial, menos la cantidad de semanas que estuvo en una 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 la empresa y vuelve a ser contratado

Para fines de la verificación de elegibilidad única, si deja su empleo y se reincorpora como asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora dentro de menos de 13 semanas de la fecha de terminación del empleo, su derecho a los beneficios médicos u otros al ser contratado de nuevo se determinará de acuerdo con las normas de la siguiente tabla:

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESDE LA FECHA DE SU TERMINACIÓN:
Fue dado de baja del 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 derecho a los beneficios médicos como resultado de la verificación única 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 Si toma un tiempo libre durante el periodo de medición inicial en esta sección si ha tomado algún tiempo libre durante el periodo de medición inicial.
Fue dado de baja del empleo después de su periodo de medición inicial, y Tuvo derecho a los beneficios médicos pero fue contratado de nuevo después de la finalización del periodo de cobertura médica, o No tenía derecho a los beneficios médicos en el momento de la terminación del empleo	Su derecho a los beneficios médicos y a otros beneficios voluntarios se determinará como se describe en Su verificación anual de elegibilidad en esta sección.

(Continúa en la próxima página)

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESDE LA FECHA DE SU TERMINACIÓN: (CONTINUACIÓN)
<p>Terminación del empleo después de su periodo de medición inicial, y</p> <p>Tenía derecho a beneficios médicos al momento de la terminación del empleo, y</p> <p>Fue recontratado 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 derecho a los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora, 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 su terminación, 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 la terminación del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 terminó 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo. • 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 terminación de su empleo, no podrá inscribirse en tales 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. • Si su empleo termina 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 la terminación de su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual). • Si su empleo termina en 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 los 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"> – No tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que dejó de trabajar, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo – Tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que se dio de baja pero no se inscribió – Tenía derecho a los beneficios y estaba inscrito en los mismos en el año en que dejó de trabajar y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar <p>Si vuelve al trabajo después de 30 días, pero menos de 13 semanas desde la fecha de la terminación del 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan médico 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 bajo el programa de formación de familias de los Centros de excelencia, si deja 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 deja su empleo y luego vuelve a ser contratado, consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan dental.</p>	

Si se reincorpora como asociado a tiempo parcial o temporal 13 semanas o más después de la fecha de terminación del empleo, se lo tratará como un asociado nuevo y estará sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días que se describen en **Sus verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo** en esta sección, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables.

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

SU VERIFICACIÓN ANUAL DE ELEGIBILIDAD

Si es un asociado a tiempo parcial o temporal y ha estado empleado durante más de 52 semanas consecutivas sin una 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, para tener derecho a 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 derecho a los beneficios médicos en el siguiente año calendario, siempre y cuando siga siendo un asociado temporal o un asociado a tiempo parcial pagado por hora. Consulte a continuación la cantidad de horas que necesita.

Si ha reunido los requisitos para recibir beneficios médicos como resultado de las verificaciones de elegibilidad de 60 días o de una sola 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 (tal y como se ha definido anteriormente).

Si está registrado como un asociado* a tiempo parcial en el sistema de la empresa y es:	Debe trabajar esta cantidad de horas durante el periodo de medición anual:
<ul style="list-style-type: none"> • Un enfermero profesional • Un farmacéutico pagado por horas contratado a partir del 1 de febrero de 2012** • Parte de la cadena de suministro en el campo 	Un promedio de 24 horas por semana
Todos los demás asociados a tiempo parcial y temporales	Un promedio de 30 horas por semana
<p>*Asociados a tiempo parcial pagados por hora en Hawái: consulten el capítulo titulado Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia para los asociados en Hawái para más detalles.</p> <p>**No hay requisito de horas para los farmacéuticos a tiempo parcial pagados por hora contratados antes del 1 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 serán efectivos el 1 de enero del siguiente año calendario. Si tiene derecho a los beneficios como resultado de la verificación anual, su derecho a los beneficios médicos continúa hasta el 31 de diciembre del año en que sea efectivo, independientemente de que se inscriba realmente en los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables y suponiendo que siga siendo un 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 derecho a los beneficios médicos no se volverá a verificar hasta la siguiente verificación anual de su 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 para tener derecho a los beneficios médicos, no se volverá a verificar su derecho a los beneficios médicos hasta la siguiente verificación anual de elegibilidad, siempre y cuando siga siendo un asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora.

Si está inscrito en los beneficios médicos en el año calendario en curso, pero no ha trabajado la cantidad de horas requerida para tener derecho a los beneficios médicos en el año calendario siguiente, no tendrá derecho a 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. (Para más información, consulte el capítulo **Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)**).

Asimismo, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios voluntarios, independientemente de que trabaje la cantidad de horas necesaria para tener derecho a los beneficios médicos, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables. Consulte la sección **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** para conocer otros beneficios para los que puede tener derecho.

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 tener derecho a 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 satisfecho 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 en una 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 la empresa y vuelve a ser contratado

Para fines de la verificación anual de elegibilidad, si deja de trabajar y es contratado de nuevo como asociado a tiempo parcial o temporal en un plazo inferior a 13 semanas desde la fecha de la terminación del 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 derecho a los beneficios médicos para el año siguiente. Su derecho a los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios al ser contratado de nuevo antes de que pasen 13 semanas de la fecha de terminación del empleo se determinará de acuerdo con las normas de la siguiente tabla:

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESDE LA FECHA DE SU TERMINACIÓN:
<p>No tiene derecho a los beneficios médicos en el año en que vuelva a ser contratado, pero sí a otros beneficios voluntarios</p>	<p>Su derecho a 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 un 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 su terminación, 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 la terminación del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 terminó 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo. • 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 terminación de su empleo, no podrá inscribirse en tales 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. • Si su empleo termina 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 la terminación de su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual). • Si su empleo termina en 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 los Servicios al Personal al 800-421-1362 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"> – No tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que dejó de trabajar, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo – Tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que se dio de baja pero no se inscribió – Tenía derecho a los beneficios y estaba inscrito en los mismos en el año en que dejó de trabajar y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas desde la fecha de la terminación del 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo.</p>

(Continúa en la próxima página)

SI USTED:	Y ES CONTRATADO DE NUEVO EN MENOS DE 13 SEMANAS DESDE LA FECHA DE SU TERMINACIÓN: (CONTINUACIÓN)
<p>Tiene derecho a los beneficios médicos y a otros beneficios voluntarios en el año de su recontractación</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 derecho a los demás beneficios voluntarios continuará mientras siga siendo un 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 su terminación, 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 la terminación del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 terminó 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo. • 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 terminación de su empleo, no podrá inscribirse en tales 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. • Si su empleo termina 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 la terminación de su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la 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"> – Si su empleo termina en 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 los 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 – No tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que dejó de trabajar, pero sí en el año en que se reincorporó al trabajo – Tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que se dio de baja pero no se inscribió – Tenía derecho a los beneficios y estaba inscrito en los mismos en el año en que dejó de trabajar y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas desde la fecha de la terminación del 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan médico 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 bajo el programa de formación de familias de los Centros de excelencia, si deja 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 deja su empleo y luego vuelve a ser contratado, consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan dental.</p>	

Si se reincorpora como asociado a tiempo parcial o temporal 13 semanas o más después de su fecha de la terminación del empleo, se le tratará como un asociado nuevo y estará sujeto a las verificaciones de elegibilidad de 60 días que se describen en la sección **Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante sus primeras 52 semanas de empleo**, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables.

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 un asociado a tiempo completo pagado por hora y tiene derecho a los beneficios del Plan, también puede inscribir a todos los dependientes que reúnan los requisitos, tal y como se describe a continuación. Para fines del *Libro de Beneficios del Asociado*, el término “dependiente” incluye a su cónyuge/pareja. Si es un asociado temporal o un asociado a tiempo parcial pagado por hora, o un conductor de camión a tiempo parcial, y tiene derecho a los beneficios del Plan, solo puede inscribir a su(s) hijo(s) dependiente(s) además de inscribirse a usted; no puede inscribir a su cónyuge/pareja.

CLASIFICACIÓN LABORAL	DEPENDIENTES ELEGIBLES (SEGÚN SE DEFINE A CONTINUACIÓN)
<ul style="list-style-type: none"> • Gerencial • A tiempo completo pagado por hora 	<p>Puede elegir cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge/pareja • Hijo(s) dependiente(s)
<ul style="list-style-type: none"> • A tiempo parcial pagado por hora • Temporal • Conductor de camión a tiempo parcial 	<p>Puede elegir cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hijo(s) dependiente(s) <p>Pero <i>no</i> cónyuge/pareja</p>

DEFINICIONES. DEPENDIENTES QUE REÚNEN LOS REQUISITOS*

Los dependientes que no se describen en esta tabla son dependientes que no reúnen los requisitos.

<p>CÓNYUGE/PAREJA</p> <p>Los asociados temporales y a tiempo parcial no pueden obtener cobertura para un cónyuge/pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su cónyuge, mientras no estén legalmente separados. • Su pareja de hecho (o “pareja”), siempre que su pareja y usted: <ul style="list-style-type: none"> – vivan y mantengan una relación exclusiva y comprometida, similar al matrimonio, durante 12 meses, como mínimo; – no estén casados entre sí ni con otras personas; – tengan la edad para contraer matrimonio en su estado natal y sean mentalmente competentes para celebrar un contrato; – no estén relacionados de manera tal que esto impida un matrimonio legal en el estado en el que viven; y – no mantengan la relación únicamente a los fines de obtener la cobertura de beneficios. • 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”).
<p>HIJO(S) DEPENDIENTE(S)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sus hijos dependientes hasta el final del mes en el cual cumplan 26 años. Sus hijos dependientes deben: <ul style="list-style-type: none"> – ser hijos naturales; – ser hijos adoptivos o entregados a usted en adopción; – ser sus hijastros o hijos de su pareja elegible, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • La elegibilidad finalizará en caso de divorcio o cambio en el estado de pareja, incluso si su hijo es menor de 26 años. • La elegibilidad finalizará en caso de muerte de su cónyuge o pareja, si su hijo es menor de 18. • 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. – ser niños a su cuidado como hogar de acogida; – ser un dependiente del cual usted tenga la custodia o tutela legal siempre y cuando viva como miembro de su grupo familiar y usted esté a cargo de más de la mitad de su sostén.

*Incluso si su dependiente cae en una de las categorías de este cuadro, puede haber casos en los que ese dependiente no tenga derecho a la cobertura por otros motivos. Consulte la sección titulada **Dependientes que no son elegibles** más adelante en este capítulo.

Si una persona es su dependiente que reúne los requisitos y deja de cumplir con la definición de dependiente que reúne los requisitos, esa persona dejará de reunir los requisitos para la cobertura del Plan y usted está obligado a reportar el cambio de estado. Para más información, consulte [En qué momento el dependiente pierde la elegibilidad](#) más adelante en este capítulo. Si no comunica el cambio, puede sufrir la pérdida de los beneficios y/o la terminación del empleo.

Si una orden judicial le obliga a proporcionar cobertura médica, dental, y/o de la vista a su hijo, este debe ser un dependiente que reúne los requisitos tal y 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 de seguro médico, puede inscribir igual 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 si sus dependientes elegibles viven 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 NO TIENE LA CAPACIDAD PARA MANTENERSE POR SUS PROPIOS MEDIOS

Si su hijo está inscrito para recibir la cobertura del AMP, puede continuar la cobertura de su hijo después de que termine el mes en el que cumple los 26 años en los siguientes casos:

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

Se puede agregar una cobertura adicional si su hijo experimenta un evento de cambio de elección válido. Consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) de este capítulo para obtener información sobre un evento de cambio de elección.

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 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 registro del matrimonio informal a través del condado o del estado. Si no contrajo matrimonio en el año calendario en curso, también se requiere una copia de su declaración de impuestos federales presentada conjuntamente de la temporada 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 comprobante de su relación:

- Comprobante 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 copropiedad 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.

Niños: Copia de los siguientes documentos, según corresponda:

- **Hijo natural o hijo 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 de la temporada de impuestos más reciente, o de las declaraciones de impuestos de ambos si declaran por separado.

- **Hijo de su pareja de hecho/pareja:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado y prueba de que la pareja de hecho está establecida.
- **Niño de acogida:** Carta firmada por el agente de los servicios sociales en la que se confirma que el niño ha sido puesto a su cargo.
- **Niño del que tiene la tutela legal:** Orden judicial firmada.
- **El niño para el que un tribunal o una agencia le ordena tener cobertura:** Orden de manutención médica calificada firmada. Consulte [Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas](#) más adelante en este capítulo.

NOTA: En algunos casos, también se le puede pedir que complete 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, al seguro por muerte y desmembramiento accidental ("AD&D"), al seguro por enfermedad grave ni al seguro de accidentes, y no se aplica 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 bajo [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).
- Inscrito en la Parte D de Medicare (aplicable solo a la elegibilidad de las opciones de AMP, incluyendo HMO y las opciones del Plan PPO).
- 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).

En qué momento 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 vista y usted notifica a Servicios al Personal dentro de este plazo, el Plan enviará un aviso de elección para que su dependiente pueda elegir la continuación de la cobertura bajo la Ley Ómnibus 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. Consulte el capítulo [Ley COBRA \(Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria\)](#) para obtener más información.

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 materiales, 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 para los beneficios

NOTA: A menos que esté categorizado como asociado de la gerencia o gerente de un Centro de visión a tiempo completo, debe inscribirse en *antes* de su fecha de entrada en vigencia. Consulte [En qué momento entra en vigencia la cobertura](#) en la página siguiente, y la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo para más detalles.

Debe inscribirse en la cobertura de beneficios durante el "periodo de inscripción inicial". El "período de inscripción inicial" es la primera vez que es elegible para inscribirse. Los plazos de los períodos 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 más información, consulte [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo y consulte 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:

- Cobertura médica, incluidas las opciones del plan HMO y PPO (sujeto a las verificaciones de elegibilidad que se describen en la sección anterior de este capítulo titulada [Asociados a tiempo parcial pagados por hora 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" más abajo)
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro contra accidentes
- Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)

Puede agregar o cancelar el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes (o agregar cobertura) en cualquier momento. Consulte las excepciones importantes relativas a la “evidencia de buena salud” y a la “inscripción tardía” que se indican a continuación.

Evidencia 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 reúne los requisitos, en una fecha posterior, estará sujeto a los requisitos de la evidencia de buena salud. Para más información, consulte [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo y consulte la tabla que se aplica a su clasificación laboral.

Inscrito fuera de término. Si no se inscribe en el plan de discapacidad a largo plazo, 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 evidencia 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 una evidencia de buena salud. Para más información, consulte [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) más adelante en este capítulo y consulte 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.

En los planes de cobertura médica, dental y de la vista, al igual que el seguro de enfermedad grave y de accidentes, puede elegir uno de los siguientes niveles de cobertura:

- Únicamente asociado
- 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).

CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Una vez que se inscriba en la cobertura, puede ver su declaración de confirmación en [One.Walmart.com/Enroll](#). 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 (Associates' Medical Plan, 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 los Asociados (el “plan dental”) y/o en el Plan de vista para los Asociados (el “plan de la vista”), su tarjeta de identificación del plan servirá también como tarjeta de identificación dental y/o tarjeta de identificación de la vista.

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

Si se inscribe para el plan dental o el plan de la vista 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](#). 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.

En qué momento entra en vigencia la cobertura

Para obtener más información sobre las fechas de entrada en vigencia de la cobertura, consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) de este capítulo. 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.

Cobertura médica, dental, de la vista, enfermedad grave, accidente, muerte y desmembramiento accidental (“AD&D”), Recursos para la vida, seguro de vida pagado por la empresa y accidente durante viaje de negocios. Si no se encuentra en el trabajo el día en que su cobertura entraría en vigencia (incluso en el caso de una licencia de ausencia) para el seguro médico, dental, de la vista, de enfermedad

grave, de accidentes, muerte y desmembramiento accidental (“AD&D”), Recursos para la vida, accidentes en viajes de negocios o de vida pagado por la empresa, su cobertura entrará en vigencia el primer día en que esté “activamente en el trabajo”, tal y como se define en esta página, siempre y cuando esté inscrito en ese beneficio y las primas aplicables estén al día. No es necesario inscribirse ni pagar primas por los Recursos para la vida, el seguro de accidentes en viajes de negocios, el seguro básico de discapacidad a corto plazo ni el seguro de vida pagado por la empresa.

Cobertura de seguro de vida opcional para asociados y dependientes. Si no se encuentra en el trabajo por cualquier motivo (incluyendo una licencia de ausencia) que no sea tiempo libre con goce de sueldo programado (PTO) el día en que su cobertura entraría en vigencia para el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes, su cobertura entrará en vigencia el primer día en que esté “activamente en el trabajo”, tal como se define en esta página, siempre y cuando esté inscrito para el beneficio y las primas aplicables estén al día. Si su cónyuge/ pareja o hijo dependiente está limitado porque debe recibir tratamiento médico (en su hogar o en otro lugar), la cobertura no será efectiva hasta que obtenga el alta médica definitiva para tal condición limitante.

Discapacidad. Si es un asociado pagado por hora y no ha trabajado horas durante el periodo de pago en el que su cobertura entraría en vigencia, o es un asociado de la gerencia y no tiene salarios devengados en el mismo periodo de pago en el que su cobertura entraría en vigencia, para el seguro de discapacidad a corto plazo básico o mejorado (según corresponda) a tiempo completo por hora, asalariado y de conductores de camión, discapacidad a largo plazo (LTD) básico o mejorado (según corresponda), a tiempo completo por hora y asalariado, o seguro LTD para conductores de camión (según corresponda), su cobertura entrará en vigencia el primer día del periodo de pago que se considere “activamente en el trabajo”, tal como se define a continuación, siempre y cuando esté inscrito en la beneficio y las primas aplicables estén al día.

“TRABAJO ACTIVO” O “ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO”

Cobertura médica, dental, de la vista, enfermedad grave, accidente, muerte y desmembramiento accidental (“AD&D”), Recursos para la vida. A los efectos de la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por enfermedades graves, de seguro contra accidentes, de AD&D y de recursos para la vida (Resources for Living), “trabajo activo” (o “activamente en el trabajo”) significa que

usted está en servicio activo y que se ha presentado a su primer día de trabajo en la compañía, incluso si no está en el trabajo el día en el que entra en vigencia la cobertura (por ejemplo, debido a una enfermedad).

Seguro de vida y contra accidente durante viaje de negocios. Para el seguro de vida pagado por la empresa, el seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes y el seguro de accidentes en viajes de negocios, estar activamente en el trabajo se refiere a estar en estado activo y no de licencia de ausencia.

Discapacidad. Para todos los tipos de cobertura de discapacidad, estar activamente en el trabajo significa que ha trabajado horas en el mismo periodo de pago en el que su cobertura se hace efectiva si es un asociado por hora o ha devengado salarios en el mismo periodo de pago en el que su cobertura se hace efectiva si es un miembro de la gerencia.

REINSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si actualmente está inscrito en los beneficios y tiene derecho a 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://www.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 la compañía y lo contratan nuevamente

ASOCIADOS GERENCIALES, A TIEMPO COMPLETO POR HORA Y CONDUCTORES DE CAMIÓN

Si deja de trabajar después de satisfacer los requisitos de elegibilidad para los beneficios, y vuelve a trabajar para la empresa como gerente, empleado por hora a tiempo completo o conductor de camión, su elegibilidad para los beneficios se determinará de acuerdo con las reglas de la siguiente tabla:

SI USTED	
<p>Es contratado de nuevo en menos de 13 semanas desde la fecha de su terminación</p>	<p>Mantendrá su estado de elegibilidad anterior para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios mientras siga siendo un asociado que sea gerente, a tiempo completo pagado por hora o conductor de camión, 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 su terminación, 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 la terminación del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 terminó 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo. • A excepción de lo dispuesto a continuación, y sujeto a los términos del Plan que sean aplicables, si no estaba inscrito en los beneficios médicos u otros beneficios voluntarios en la fecha de terminación de su empleo, no podrá inscribirse en tales 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. • Si su empleo termina 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 la terminación de su empleo, se aplicarán los cambios que haya realizado durante la Inscripción anual (o la cobertura que le corresponde por defecto por no haber realizado ningún cambio durante la Inscripción anual). • Si su empleo termina en 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 los 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"> – Tenía derecho a inscribirse en los beneficios en el año en que se dio de baja pero no se inscribió – Tenía derecho a los beneficios y estaba inscrito en los mismos en el año en que dejó de trabajar y desea agregar a un hijo a cargo (si corresponde) para el año en que vuelve a trabajar <p>Si vuelve al empleo después de 30 días, pero antes de 13 semanas desde la fecha de la terminación del 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual en este capítulo.</p>
<p>Consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan médico 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 bajo el programa de formación de familias de los Centros de excelencia, si deja 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 deja su empleo y luego vuelve a ser contratado, consulte la sección Si deja la empresa y vuelve a ser contratado en el capítulo Plan dental.</p>	

Si se reincorpora como asociado que es un gerente, por hora a tiempo completo o conductor de camión después de 13 semanas desde la fecha de la terminación del empleo, se le tratará como un asociado nuevo, sujeto a los términos del Plan que sean aplicables.

ASOCIADOS TEMPORALES Y A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA

Para obtener información sobre los beneficios si deja la empresa y vuelve a ser contratado, consulte la sección **Asociados a tiempo parcial pagados por hora 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 [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) tablas indican las fechas de entrada en vigencia de su cobertura si se inscribe durante el periodo de inscripción inicial y está activamente en el trabajo, tal como se ha definido anteriormente, en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Si finaliza su empleo antes de inscribirse para los beneficios durante el periodo de inscripción inicial, no será elegible para inscribirse. Cada beneficio está sujeto a términos y condiciones específicos. Para conocer más detalles, consulte el *Libro de Beneficios del Asociado*.

Si usted es un asociado a tiempo completo pagado por hora, a tiempo parcial pagado por hora 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 efectivas por clasificación laboral

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA

Esto incluye a los farmacéuticos (excepto los de California*), puestos de la cadena de suministro de campo a tiempo completo y los puestos de supervisor de campo en tiendas y clubes, pero excluye a los gerentes de Centros de visión

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Dental <ul style="list-style-type: none"> – La inscripción es por dos años calendario completos De la vista Seguro por enfermedades graves Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: 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>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario durante el cual se cumplen 89.º día de empleo a tiempo completo 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida pagado por la compañía 	<p>Se inscribe automáticamente el primer día del mes calendario en el que cumple 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro contra accidentes durante viajes de negocios 	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>	

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN) Esto incluye a los farmacéuticos (excepto los de California*), puestos de la cadena de suministro de campo a tiempo completo y los puestos de supervisor de campo en tiendas y clubes, pero excluye a los gerentes de Centros de visión NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de vigencia de la cobertura.	
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: 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 caiga su 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo la cobertura entra en vigencia: ** Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe por el importe de emisión garantizado, su cobertura entrará en vigencia 1) en la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes natural en el que se cumpla su 89.º día de trabajo continuo, lo que ocurra más tarde, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. • 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 una evidencia 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 1) en la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes natural en el que se cumpla su 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo, lo que ocurra más tarde, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Se le pedirá que proporcione evidencia de buena salud para usted y/o su cónyuge/pareja y se le puede pedir que se someta a un examen médico a su cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que Prudential apruebe su cobertura; siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo.</p> <p>Si debe facilitar evidencia de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, tal y como se ha descrito anteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Plan básico de discapacidad a corto plazo <ul style="list-style-type: none"> – 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) – Beneficios de maternidad <p><i>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora.</i></p>	<p>Su inscripción es automática al aniversario de 12 meses de la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)

Esto incluye a los farmacéuticos (excepto los de California*), puestos de la cadena de suministro de campo a tiempo completo y los puestos de supervisor de campo en tiendas y clubes, pero excluye a los gerentes de Centros de visión

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) (incluidos los beneficios mejorados) 	<p>Período de inscripción inicial: 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 caiga su 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en la cobertura durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura entra en vigencia en el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: 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. <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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p> <p>Período de inscripción inicial: 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 caiga su 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en la cobertura durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura entra en vigencia en el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: Su cobertura está sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. <ul style="list-style-type: none"> – Si usted se inscribe en la cobertura después de un evento de cambio de elección y obtiene aprobación, su cobertura entra en vigencia 1) el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que Lincoln aprueba su cobertura, o 2) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación, lo que ocurra después. – Si usted se inscribe en la cobertura durante el periodo de Inscripción anual y recibe aprobación, su cobertura entrará en vigencia a más tardar 1) el 1 de enero, o 2) si es aprobado el 1 de enero del año en curso o después, el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que Lincoln apruebe su cobertura, o 3) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación. – 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 de evidencia de buena salud. <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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>

*Consulte el cuadro de asociados gerenciales si está clasificado como “farmacéutico de California” en los sistemas de nóminas.

**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).

NOTA: Algunos beneficios requieren que se cumpla la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección [“Trabajo activo”](#) o [“activamente en el trabajo”](#) de este capítulo.

GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de vigencia de la cobertura.	
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Dental <ul style="list-style-type: none"> – La inscripción es por dos años calendario completos De la vista Seguro por enfermedades graves Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> al 60.º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hará efectiva 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de vida pagado por la compañía Seguro contra accidentes durante viajes de negocios 	<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"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y el día <i>anterior</i> al 60.º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Cuándo la cobertura entra en vigencia: * Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe por el importe de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. • 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 una evidencia 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 apruebe su cobertura, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia 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 apruebe su cobertura; siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo.</p> <p>Si debe facilitar evidencia de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, tal y como se ha descrito anteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Plan básico de discapacidad a corto plazo <ul style="list-style-type: none"> – 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) – Beneficios de maternidad <p><i>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora.</i></p>	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>

(Continúa en la próxima página)

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

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora.</p>	<p>Período de inscripción inicial: 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>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura es vigente en la fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: 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. <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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) (incluidos los beneficios mejorados) 	<p>Período de inscripción inicial: 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>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en la cobertura durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura es vigente en la fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: Su cobertura está sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. <ul style="list-style-type: none"> – 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 Lincoln aprueba su cobertura. – Si usted se inscribe en la cobertura durante el periodo de Inscripción anual y recibe aprobación, su cobertura entrará en vigencia a más tardar 1) el 1 de enero, o 2) si es aprobado el 1 de enero del año en curso o después, el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que Lincoln apruebe su cobertura. – 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 de evidencia de Buena Salud. <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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual 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>NOTA: Algunos beneficios requieren que se cumpla la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” de este capítulo.</p>	

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Médico* • Planes HMO • Dental <ul style="list-style-type: none"> – La inscripción es por dos años calendario completos • De la vista • Seguro por enfermedades graves • Seguro contra accidentes • AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Si tiene derecho a los beneficios durante las primeras 52 semanas de trabajo como resultado de haber trabajado la cantidad de horas requerida en un ciclo de 60 días: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha en que se le notifica por primera vez que satisface los requisitos de elegibilidad y el día <i>anterior</i> al 60.º día posterior a la notificación. Consulte la sección titulada Asociados a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos.*</p> <p>Si tiene derecho a la cobertura médica como resultado de la verificación anual de elegibilidad que surge a las 52 semanas de empleo: Debe inscribirse en la cobertura médica 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>Independientemente de si tiene derecho a la cobertura médica como resultado de las verificaciones de elegibilidad que se describen anteriormente: Podrá seguir inscribiéndose en todos los beneficios listados, excepto la cobertura médica, después de 52 semanas de empleo. Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha siguiente a la semana 52 de aniversario y el día <i>anterior</i> al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de la semana 52 de aniversario.*</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si tiene derecho al beneficio durante las primeras 52 semanas de trabajo como resultado de haber trabajado la cantidad de horas requerida en un ciclo de 60 días: Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes en el que ocurre su 89.º día de trabajo, contado desde la fecha en la que se inició el ciclo de medición de 60 días con éxito. Consulte la sección titulada Asociados a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos.</p> <p>Si reúne los requisitos como resultado de la verificación anual de elegibilidad que se produce a las 52 semanas de empleo (para los beneficios médicos)* o en su aniversario de 52 semanas (para el resto de beneficios): Su cobertura entra en vigencia el primer día del segundo mes calendario siguiente a la fecha de su aniversario de 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p> <p>*Para tener derecho a la cobertura médica, los asociados temporales y los asociados a tiempo parcial pagados por hora deben trabajar la cantidad de horas requerida y pasar una de las verificaciones de elegibilidad que se describieron en Asociados a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos anteriormente en este capítulo. Los farmacéuticos a tiempo parcial pagados por hora que fueron contratados antes del 1 de febrero de 2012 están exentos de este requisito.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos para la vida (Resources for Living) • Seguro contra accidentes durante viajes de negocios 	<p>Su inscripción es automática en la fecha de contratación y su cobertura entra en vigencia en esa fecha.</p>

(Continúa en la próxima página)

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

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Si tiene derecho al beneficio durante las primeras 52 semanas de trabajo como resultado de haber trabajado la cantidad de horas requerida en un ciclo de 60 días: Debe inscribirse en la cobertura del seguro de vida opcional para asociados o dependientes entre la fecha en que se le notifique por primera vez que reúne los requisitos y el día <i>anterior</i> al 60.º día posterior a la notificación.</p> <p>Si reúne los requisitos a las 52 semanas de aniversario: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha siguiente a la semana 52 de aniversario y el día <i>anterior</i> al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de la semana 52 de aniversario.</p> <p>Cuándo la cobertura entra en vigencia: ** 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 tiene derecho a 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 satisfizo los requisitos para la cobertura médica antes de su aniversario de 52 semanas y, en cambio, reúne los requisitos 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 a su aniversario de 52 semanas.</p> <p>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe por el monto de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia 1) en la fecha en que se inscriba, o 2) en la “fecha aplicable”, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. • Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia 1) en la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) en la “fecha aplicable”, lo que ocurra más tarde, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Una vez que reúna los requisitos, puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia 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 apruebe su cobertura, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo.</p> <p>Si debe facilitar evidencia de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, tal y 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 a tiempo parcial pagados por hora 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 a tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales.</p>	
<p>NOTA: Algunos beneficios requieren que se cumpla la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” de este capítulo.</p>	

CONDUCTORES DE CAMIÓN A TIEMPO PARCIAL	
NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de 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 efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Dental <ul style="list-style-type: none"> La inscripción es por dos años calendario completos De la vista Seguro por enfermedades graves Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: 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>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hace efectiva el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su 89.º día de empleo a tiempo completo 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro contra accidentes durante viajes de negocios 	<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"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: 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 caiga su 89.º día de trabajo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo la cobertura entra en vigencia: * Si se inscribe durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por el importe de emisión garantizada, su cobertura entrará en vigencia 1) en la fecha en que se inscriba, o 2) el primer día del mes natural en el que se cumpla su 89.º día de trabajo continuo, lo que ocurra más tarde, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia 1) en la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes natural en el que se cumpla su 89.º día de trabajo continuo, lo que ocurra más tarde, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia 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 apruebe su cobertura, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo.</p> <p>Si debe facilitar evidencia de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, tal y 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 empresa no están disponibles para los conductores de camión a tiempo parcial.</p> <p>NOTA: Algunos beneficios requieren que se cumpla la definición de trabajo activo. Para más información, consulte la sección “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” de este capítulo.</p>	

ASOCIADOS A LA GERENCIA

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

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Planes HMO • Dental <ul style="list-style-type: none"> – La inscripción es por dos años calendario completos • De la vista • Seguro por enfermedades graves • Seguro contra accidentes • AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago quincenal y <i>antes</i> del 60.º día de trabajo, el cual se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hará efectiva 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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos para la vida (Resources for Living) • Seguro de vida pagado por la compañía • Seguro contra accidentes durante viajes de negocios • Plan de discapacidad a corto plazo** 	<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"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer pago y el día <i>anterior</i> al 60.º día de trabajo, que se cuenta a partir de su fecha de contratación.</p> <p>Cuándo la cobertura es efectiva: ***</p> <p>Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe por el importe de emisión garantizada, la cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. • 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 una evidencia 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 apruebe su cobertura, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura después del periodo de inscripción inicial y en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia 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 apruebe su cobertura, siempre y cuando no esté de licencia de ausencia en la fecha en que la cobertura entraría vigente. Si está de licencia de ausencia cuando su cobertura habría entrado en vigencia, la cobertura entrará en vigencia cuando vuelva a estar activo.</p> <p>Si debe facilitar evidencia de buena salud, las retenciones en nómina de sus primas no comenzarán hasta que su cobertura entre en vigencia, tal y como se ha descrito anteriormente.</p>	

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A LA GERENCIA (CONTINUACIÓN)

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

NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) (incluidos los beneficios mejorados) Plan por LTD para conductores de camión (incluidos los beneficios mejorados) 	<p>Período de inscripción inicial: 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>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en la cobertura durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura es vigente en la fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: Su cobertura está sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. <ul style="list-style-type: none"> – 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 Lincoln aprueba su cobertura. – Si usted se inscribe en la cobertura durante el periodo de Inscripción anual y recibe aprobación, su cobertura entrará en vigencia a más tardar 1) el 1 de enero del año siguiente, o 2) si es aprobado el 1 de enero del año en curso o después, el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que Lincoln aprueba su cobertura. – 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 de evidencia de buena salud. <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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual de este capítulo.</p>
<p>*Los farmacéuticos que trabajan en California y tienen la designación de “farmacéutico de California” en los sistemas de nómina tienen derecho a los beneficios que se indican aquí para los asociados gerenciales.</p> <p>**Los planes de discapacidad a corto plazo para personal asalariado y conductores de camión no están cubiertos bajo 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>NOTA: Algunos beneficios requieren que se cumpla la definición de trabajo activo. Para más información, consulte “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” más adelante en este capítulo.</p>	

Pago de los beneficios

Tiene que pagar las primas de cualquier beneficio al que decida inscribirse (tal como cobertura médica, dental, de la vista, 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 (tal como: Recursos para la vida, 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 empresa 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, como los beneficios que seleccione, los dependientes que cubra y si tiene derecho a las tarifas por no fumar. En el capítulo específico de cada beneficio se explican los factores, incluido si puede acogerse a las tarifas por no fumar, que influyen los montos de las primas de

ese beneficio. No obstante, su derecho a las tarifas por no fumar dependerá de las preguntas que responda durante el proceso de inscripción.

TASAS PARA FUMADORES

Puede recibir tarifas por no fumar que son más bajas para la cobertura médica y de 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 un cónyuge/pareja cubiertos consumen tabaco 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 2023. 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 2023. Los “productos del tabaco” incluyen los cigarrillos, los puros, las pipas, el rapé, el tabaco de mascar y los 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, a fin de recibir las tarifas para personas que no consumen tabaco.

Se le pedirá que confirme si consume tabaco en la inscripción inicial para determinar su elegibilidad para las tarifas para personas libres de tabaco durante el período de elegibilidad inicial y, cada año en la Inscripción Anual, para determinar su elegibilidad para las tarifas reducidas para personas libres de tabaco para el siguiente año calendario. Tenga en cuenta que su elegibilidad para las tarifas para personas libres de tabaco 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 personas libres de tabaco 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 para revisar la política de la empresa sobre la deshonestidad intencionada. Si recibimos un informe de abuso, llevaremos a cabo una investigación ética.

La compañía ofrece el programa Quit Tobacco (Dejar de fumar) sin costo para todos los asociados. Para más información, consulte [Programa Quit Tobacco para dejar el tabaco](#) en el capítulo [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 los beneficios de 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 los beneficios tomados 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 período de pago. Si un período 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 de enero hasta el final del período 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. 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 posible pago excesivo. 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, sus futuros beneficios de Seguridad Social pueden reducirse. 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:

- Médico
- Dental
- De la vista
- Seguro por enfermedades graves
- Seguro contra accidentes
- Seguro por muerte y desmembramiento accidental (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 sobre [Cuenta de ahorro de salud \(HSA\)](#).

Las primas de los siguientes tipos de cobertura se pagan sobre una base 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 periodo 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 la compañía, la compañía 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 la compañía (es decir, cualquier pago que se procese a través del sistema de nóminas de la compañía), 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 periodo de pago deben realizarse antes del cierre de tal periodo.

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 periodo 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. Si su cobertura se cancela por falta de pago de las primas:

- Si usted es un asociado activo, no podrá volver a inscribirse hasta la próxima Inscripción Anual a menos

que experimente 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 una evidencia de buena salud para reinscribirse. Consulte la sección [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) de este capítulo.

- Si tiene un permiso de ausencia y vuelve al trabajo activo dentro del primer año a partir del primer día del permiso, será inscrito en la misma cobertura (o la cobertura más similar ofrecida dentro del Plan). La cobertura se hará efectiva el primer día del período de pago en que usted se reincorpore al trabajo activo.
- Si tiene un permiso de ausencia y vuelve a trabajar activamente después de un año a partir del primer día del permiso, se lo considerará como asociado nuevo y deberá cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes antes de que pueda inscribirse para recibir la cobertura.

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](#). 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 con el pago. El procesamiento demorará entre 10 y 14 días.

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, no siempre es así. 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 la compañía (es decir, cualquier pago que se procese a través del sistema de nóminas de la compañía), 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 la compañía, los pagos de incentivos, el tiempo libre con goce de sueldo, etc.

Mientras esté de licencia bajo 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 vista, de enfermedad grave, de accidentes, de vida opcional para asociados, de vida opcional para dependientes y de AD&D. Asimismo, conservará los Recursos para la vida (Resources For Living®, RFL), pero no se requieren primas para ese beneficio. La cobertura de estos beneficios voluntarios se mantiene, generalmente, en los mismos términos y condiciones que si hubiera seguido trabajando durante la licencia. (Póngase en contacto con un miembro de su equipo de la gerencia o con Sedgwick para obtener información adicional sobre la licencia FMLA, personal o militar, o consulte la política de licencias de la compañía 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 FMLA, personal o militar. Las decisiones sobre la licencia de ausencia son responsabilidad de la compañía, no del Plan.

Si se ha inscrito en algún tipo de cobertura por discapacidad, la cobertura puede continuar durante un periodo a 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 a tiempo que continúa la cobertura por discapacidad en esta circunstancia, consulte la sección [Si está de licencia de ausencia](#) o está sujeto a cesantía temporal del capítulo [Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora](#), el capítulo [Discapacidad a largo plazo para asociados asalariados y a tiempo completo pagados por hora](#), 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, una licencia por razones personales o una licencia por motivos militares 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 mantiene alguna cobertura de beneficios mientras está de licencia, puede haber momentos en los que reciba una licencia con goce de sueldo o un pago quincenal continuo de la compañía durante todo el tiempo o parcialmente. Este es el caso si participa en un programa de licencia con

goce de sueldo (por ejemplo, licencia parental con goce de sueldo) o si recibe beneficios por discapacidad bajo un plan de discapacidad.

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 la compañía. 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 recibiendo 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 usted recibe beneficios por discapacidad procesados a través del sistema de nóminas de Walmart cuando las primas (incluidas las primas por discapacidad) de un periodo de nóminas anterior siguen estando vencidas, esas primas vencidas pueden deducirse de los beneficios por discapacidad, a pesar de que no se deban 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 la compañía (incluyendo los beneficios por discapacidad u otros beneficios pagados en virtud de un programa de licencias de la compañía) se deducirán las primas que se deban actualmente (ya sea si están vencidas o relacionadas con el periodo 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.



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

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 figura en la siguiente página es ayudarle a comprender cómo se gestionan las primas cuando se reciben pagos por discapacidad y otras remuneraciones bajo un programa de licencias con goce de sueldo de la compañía.

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 (que no sea para el pago de la discapacidad)
- Discapacidad a largo plazo (que no sea para el pago de la discapacidad)

MIENTRAS RECIBE...

<p>Beneficios por discapacidad a corto plazo en virtud del plan de discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora (excepto para los asociados que trabajan en CA, HI, NJ, NY y RI)</p>	<p>Los beneficios por discapacidad a corto plazo se tramitan a través del sistema de nóminas de la compañía. 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 la compañía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Las primas debidas por el período de pago en curso se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba, salvo que no se deban primas con respecto a ningún pago por discapacidad. • Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.
<p>Beneficios por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora que trabajan en CA, HI, NJ, NY y RI</p>	<p>Los beneficios por discapacidad a corto plazo no se tramitan a través del sistema de nóminas de la compañía*. 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 la compañía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad) no se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo, sino que se deducirán de otros pagos que reciba. • Las primas adeudadas por el período de pago en curso no se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo, sino que se deducirán de otros pagos que reciba, excepto que no se adeudarán primas con respecto a ningún pago por discapacidad. • Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.
<p>Beneficios por discapacidad a largo plazo bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>*En algunos estados, su beneficio de maternidad puede complementarse con pagos tramitados a través del sistema de nóminas de la compañía. En ese caso, se deducirán de esos pagos las primas vencidas y las actuales (no por discapacidad).</p> <p>Los beneficios por discapacidad a largo plazo de este plan no se tramitan a través del sistema de nóminas de la compañía. 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 la compañía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las primas vencidas (incluidas las primas vencidas de la cobertura de discapacidad) no se deducirán de los pagos por discapacidad a largo plazo, sino que se deducirán de otros pagos que reciba. • Las primas adeudadas por el período de pago en curso no se deducirán de los pagos por discapacidad a largo plazo, sino que se deducirán de otros pagos que reciba, excepto que no se adeudarán primas con respecto a ningún pago por discapacidad. • Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.
<p>Beneficios de discapacidad a corto plazo bajo el plan de discapacidad a corto plazo para asalariados o del plan de discapacidad a corto plazo para los conductores de camión</p>	<p>Los beneficios por discapacidad a corto plazo se tramitan a través del sistema de nóminas de la compañía. 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 la compañía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Las primas debidas por el período de pago en curso se deducirán de los pagos por discapacidad a corto plazo y de otras remuneraciones que reciba, salvo que no se deban primas con respecto a ningún pago por discapacidad. • Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban, de lo contrario se arriesgará a la cancelación de su cobertura.
<p>Licencia con goce de sueldo (no por discapacidad) bajo un programa de licencia con goce de sueldo de la compañía</p>	<p>La licencia con goce de sueldo se tramita a través del sistema de nóminas de la compañía. Asimismo, puede recibir un pago quincenal (por ejemplo, incentivos), etc., que también se procesa a través del sistema de nóminas de la compañía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las primas vencidas se deducirán de los pagos que reciba. • Las primas que se deban por el período de pago en curso se deducirán, salvo que no se adeuden primas con respecto a los beneficios de licencias con goce de sueldo. • Deberá hacer los arreglos necesarios para pagar las primas que aún se deban, 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 se produzca un 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 vista, seguro por muerte y desmembramiento accidental (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 experimente un 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 de evidencia 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 esta 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 de vida o acontecimiento 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 de 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 de 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 de vida.

En caso de un evento de cambio de elección (incluido un evento de 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 acontecimientos de 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 los Asociados y se refiere a un evento de vida o acontecimiento 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 calificadores*. En esta página puede encontrar información detallada sobre los eventos de cambio de elección.

EVENTOS DE 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 su estado de pareja de hecho:
 - Inicio de una pareja de hecho
 - Finalización de relación de 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 el número 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
 - 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.
- Reducción en las horas como asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora 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 hasta 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.
- Elegibilidad bajo un plan gubernamental: si usted o sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad conforme a un plan gubernamental (que no sea Medicare, Medicaid, TRICARE o un plan de seguro de salud del estado para niños), no puede dar de baja la cobertura médica (incluidas una opción del plan HMP o PPO) del seguro contra accidentes o por enfermedades graves, salvo durante el período de 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 su 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 que reúnen los requisitos necesarios pierden la cobertura de un plan gubernamental, incluido Medicaid o un plan estatal de seguro médico para niños, un plan de una institución educativa o un plan de un gobierno tribal, puede agregar una cobertura médica (incluida una opción de plan HMO o PPO), un seguro de accidentes o un seguro de enfermedades graves en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de cobertura. (Esto no se aplica a la pérdida de la cobertura de un plan del Mercado de Seguros Médicos, aunque la pérdida de la cobertura de un plan del Mercado de Seguros Médicos puede resultar en que tenga derecho de inscripción especial de la HIPAA si originalmente rechazó la cobertura del AMP porque tenía cobertura a través de un plan del Mercado de Seguros Médicos).
- Puede agregar cobertura médica, dental o de la vista para usted o sus dependientes elegibles en los siguientes casos:
 - Originalmente rechazó la cobertura porque usted o sus dependientes tenían cobertura de la ley COBRA que ha finalizado (la falta de pago de las primas no es suficiente para este propósito)
 - Usted o sus dependientes no tenían cobertura médica de la ley COBRA y la otra cobertura terminó debido a la pérdida de elegibilidad, o
 - 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, 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 (incluidas las órdenes 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 o de la vista para 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 o de la vista 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 reúnen los requisitos para la cobertura médica (incluida una opción del plan HMO o PPO), un seguro contra accidentes o por enfermedades graves, usted puede dar de baja esa cobertura si usted o sus dependientes comienzan a ser elegibles para recibir los beneficios de Medicare o Medicaid, o la cobertura del plan de seguro de salud del estado para niños. Si usted o sus dependientes elegibles reúnen los requisitos para recibir asistencia de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños para que pueda pagar la cobertura del Plan, usted debe solicitar cobertura del Plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que comienzan a ser 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 SU COBERTURA TRAS UN EVENTO DE CAMBIO DE ELECCIÓN

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

A menos que el Plan lo incluya de otra manera, si usted agrega a su cónyuge/pareja u otro dependiente elegible debido a un evento de vida, cada persona debe cumplir individualmente con el período de espera de los beneficios correspondiente (por ejemplo, para la cobertura de trasplante o 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 gasto máximo en efectivo nuevo en su totalidad. Si cambia de un Plan de Contribución a otro plan, perderá el saldo de la cuenta HRA del Plan de Contribución. Consulte el capítulo **Plan médico** para obtener información.

Si tiene cobertura como dependiente y pasa a tener cobertura como asociado durante el año del Plan, por lo general, 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 calificador 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 gasto máximo en efectivo 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 que reúne los requisitos estaba inscrito en el Plan Médico de los Asociados (AMP) y había acumulado montos hacia, o había alcanzado, el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad bajo el programa de formación 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 acontecimientos de 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). Tal 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 o sus dependientes elegibles. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días. Tal cobertura será efectiva 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 niños, o bien si usted o un dependiente empiezan a ser elegibles para recibir asistencia para la cobertura del Plan de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños, 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. Tal 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 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
- Tomarse un permiso de ausencia

- Matrimonio
- Regreso de una licencia
- Período de inscripción especial
- Finalización de relación de 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 el individuo que se ha de agregar como dependiente fallece antes de que usted avise del evento de cambio de elección, el individuo no se agregará a su cobertura como dependiente.

Si agrega cobertura como resultado de un evento de cambio de elección, tal 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, tal cobertura continuará hasta la fecha del evento. Si se realiza un cambio debido a estar de licencia de ausencia no remunerada, el cambio entra en vigencia a partir de la fecha efectiva 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 (incluyendo los beneficios mejorados) o por discapacidad a largo plazo para conductores de camión (incluyendo los beneficios mejorados); consulte los cuadros **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** 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 únicamente 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 efectiva 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 puede 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 o de la vista si usted no informa el caso a Servicios al Personal dentro de los 60 días. De modo similar, 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/pareja perderá el derecho a elegir la cobertura de la ley COBRA para beneficios médicos, dental o de la vista si no se notifica el evento a Servicios al Personal dentro de los 60 días. Consulte el capítulo **Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)** para obtener más información.

Si cambia su clasificación laboral

La transición de una clasificación laboral a otra puede afectar su elegibilidad para ciertos beneficios. Los gráficos de 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 tiene derecho a ellos por primera vez, pero lo hace más adelante. Para más información, consulte **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** anteriormente en este capítulo y consulte 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 vista, 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 **Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)** para obtener información sobre cómo usted o sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica, dental y de la vista.

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

Cambio de una clasificación laboral

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA	
Su estado en la transición	Información sobre inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición</p> <p>O</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/ pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves y/o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de estado válido. Usted no podrá seleccionar la cobertura para asociado únicamente o asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral, porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Información sobre inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición</p> <p>○</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo (Continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. – Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia de buena salud de su cónyuge/pareja, quien 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 inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Está inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo a partir 1) del primer día del periodo de pago en el que ocurre la transición, o 2) en el día en se cumplen 12 meses desde la fecha de contratación, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad exigidos por ley. • Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y si ha estado empleado durante más de 52 semanas en esa fecha, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y ha estado empleado durante más de 52 semanas en esa fecha, su cobertura entra en vigencia en la fecha en que se cumplan 12 meses desde la fecha de inscripción. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. • Usted es elegible para inscribirse en el Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y si ha estado empleado durante más de 52 semanas en esa fecha, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y ha estado empleado durante más de 52 semanas en esa fecha, su cobertura entra en vigencia en la fecha en que se cumplan 12 meses desde la fecha de inscripción. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. • Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y no era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición.</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es elegible para inscribirse en la cobertura médica. Consulte el capítulo Plan médico para obtener información. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica después de su periodo de inscripción inicial. • Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de elección válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial.* • Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. • Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. – Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia de buena salud de su cónyuge/pareja, quien 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 inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad exigidos por ley.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y no era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición.</p> <p>(Continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. • Usted es elegible para inscribirse en el Plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. • Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su cheque de pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha llegado al primer día del mes en el que se produce el día 89 de empleo continuo, pero ha estado empleado de forma continua durante menos de 52 semanas</p> <p>Y</p> <p>No obtuvo derecho a los beneficios al no haber pasado ninguna de las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es elegible para inscribirse en el seguro médico, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por enfermedades graves y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y en el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. 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 una evidencia 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. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, que entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley. Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia 1) cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, o 2) el aniversario de 12 meses de la fecha de su transición. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. Usted es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia 1) cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, o 2) en la fecha de inscripción, lo que ocurra último. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su cheque de pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha llegado al primer día del mes en el que se produce el día 89 de empleo continuo, pero ha estado empleado de forma continua durante menos de 52 semanas</p> <p>Y</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes*, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de elección válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. • Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. – Si se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia de buena salud de su cónyuge/pareja, quien 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 inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, que entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley. • Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia 1) cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, o 2) el aniversario de 12 meses de la fecha de su transición. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha llegado al primer día del mes en el que se produce el día 89 de empleo continuo, pero ha estado empleado de forma continua durante menos de 52 semanas</p> <p>Y</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p> <p>(Continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Usted es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia 1) cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, o 2) el aniversario de 12 meses de la fecha de su transición. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su cheque de pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.
<p>No ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo</p> <p>Y</p> <p>No obtiene el derecho a los beneficios porque no pasó las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es elegible para inscribirse en el seguro médico, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por enfermedades graves y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo o en la fecha de inscripción.* Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y en el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y se inscribe por el monto de emisión garantizada, su cobertura entrará en vigencia 1) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo, o 2) en la fecha en que se inscriba, lo que ocurra último. 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 una evidencia 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 a partir 1) del primer día del mes calendario en el que se cumplan 89 días de empleo continuo, o 2) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, que entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>No ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo</p> <p>Y</p> <p>No obtiene el derecho a los beneficios porque no pasó las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p> <p>(Continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. • Usted es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea o a través de Servicios al Personal en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, y antes del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo. • Si se inscribe en línea en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y después del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se inscriba. • Si se inscribe llamando a Servicios al Personal en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y después del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo. En ese caso, las primas se deducirán de su pago quincenal después de impuestos retroactivamente a la fecha de entrada en vigencia.
<p>No ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo</p> <p>Y</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/ pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de elección válido. Usted no podrá seleccionar la cobertura para asociado únicamente o asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral, porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado temporal o a tiempo parcial pagado por hora. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO A TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)

Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>No ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo</p> <p>Y</p> <p>Obtiene el derecho a los beneficios porque pasó todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p> <p>(Continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y en el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y se inscribe por el monto de emisión garantizada, su cobertura entrará en vigencia 1) el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, o 2) en la fecha en que se inscriba, lo que ocurra último. – 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 una evidencia 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 a partir 1) del primer día del mes calendario en el que se cumplan 89 días de empleo a tiempo completo continuo, o 2) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, que entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley. • Puede inscribirse en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York) de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. • Usted es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses de su fecha de contratación. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. • Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su cheque de pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición</p> <p>○</p> <p>Ha estado empleado de forma continua durante menos de 52 semanas y obtuvo el derecho a los beneficios tras haber pasado todas las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Sus verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse o realizar cambios a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de elección válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000, y usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> Si inscribe a su cónyuge/pareja dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y usted se inscribe por un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si inscribe a su cónyuge/pareja por un monto superior a la emisión garantizada (o extiende la cobertura), la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Usted o su cónyuge/pareja deberán proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Usted es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados o para el plan por LTD para conductores de camión, según corresponda, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES (CONTINUACIÓN)

Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y no era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado a tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición</p> <p>O</p> <p>Ha estado empleado de forma continua durante menos de 52 semanas y no obtuvo el derecho a los beneficios al no haber pasado ninguna de las verificaciones de elegibilidad de 60 días descritos anteriormente en este capítulo en la sección Sus verificaciones de elegibilidad de 60 días durante las primeras 52 semanas de empleo</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es elegible para inscribirse en el seguro médico, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por enfermedades graves y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en la cobertura médica, dental, de la vista, de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de enfermedades graves o contra accidentes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del periodo de pago en que ocurre la transición. • El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000, y usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> – Si inscribe a su cónyuge/pareja dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y usted se inscribe por un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. – Si inscribe a su cónyuge/pareja por un monto superior a la emisión garantizada (o extiende la cobertura), la cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Usted o su cónyuge/pareja deberán proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del periodo de pago en que ocurre la transición. • Usted es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados o para el plan por LTD para conductores de camión, según corresponda, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* – Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. • Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo	<ul style="list-style-type: none"> El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000. <ul style="list-style-type: none"> Si aumenta el monto de su cobertura, esta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia cuando Prudential la apruebe. Si se inscribió en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora o en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, su cobertura se cancelará el día antes del primer día periodo de pago en el que se produzca su transición. Queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Los términos de su cobertura por discapacidad a largo plazo cambiarán de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si eligió el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados durante su periodo de inscripción inicial (cuando era un asociado a tiempo completo pagado por hora) y no está vigente en el momento de su transición, su cobertura entrará en vigor el primer día del periodo de pago en el que se produzca su transición. Si no eligió la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados durante su periodo de inscripción inicial (cuando era un asociado a tiempo completo pagado por hora), consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que aparece anteriormente en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial.
No ha llegado al primer día del mes en que ocurre su día 89 de empleo continuo	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es elegible para inscribirse en el seguro médico, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por enfermedades graves y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Queda inscrito automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del periodo de pago en que ocurre la transición. Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y en el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. 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 una evidencia 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. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Usted es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados o para el plan por LTD para conductores de camión, según corresponda, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados gerenciales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> Su elegibilidad para la cobertura del plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora y del plan mejorado por discapacidad a corto plazo finalizarán el día anterior al primer día del período de pago en el que se produzca su transición. Queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados el primer día del período de pago en que ocurre la transición.

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Dentro de los 60 días de su fecha de contratación y antes de inscribirse para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es elegible para inscribirse en el seguro médico, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), por enfermedades graves y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción.* Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y en el seguro de vida opcional para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición y se inscribe en un monto de emisión garantizada, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. 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 una evidencia 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. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del período de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su período de inscripción inicial. Deja de estar inscrito en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Queda inscrito automáticamente en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York se inscriben automáticamente en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York). Consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora para más información. Usted tendrá 60 días para cambiar su elección a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición. <ul style="list-style-type: none"> Si no cambia la elección dentro de los 60 días desde el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición. Si no cambia su elección (es decir, cancela la inscripción en la cobertura mejorada por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora) en un plazo de 60 días a partir del primer día del período de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo después de su período de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora el primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad exigidos por ley.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Dentro de los 60 días de su fecha de contratación y antes de inscribirse para los beneficios (Continuación)	<ul style="list-style-type: none"> Usted es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición. Si no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan por discapacidad a largo plazo después de su periodo de inscripción inicial. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.
Dentro de los 60 días de su fecha de contratación y después de inscribirse para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los montos de cobertura del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. Su inscripción en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, se cancela el día anterior al primer día del período de pago en que ocurre la transición. Se inscribe automáticamente en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York se inscriben automáticamente en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York). Consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora para más información. Usted tendrá 60 días para cambiar su elección a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición. <ul style="list-style-type: none"> Si no cambia la elección dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición. Si no cambia su elección (es decir, cancela la inscripción en la cobertura mejorada por discapacidad a corto plazo) en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro de Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora el primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad exigidos por ley.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Más de 60 días después de su fecha de contratación	<p>Si actualmente está inscrito para obtener beneficios, tiene 60 días para inscribirse nuevamente desde la fecha en que ocurre su transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los montos de cobertura del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. • Su inscripción en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, se cancela el día anterior al primer día del período de pago en que ocurre la transición. • Se inscribe automáticamente en el Plan mejorado por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, excepto si trabaja en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que tienen planes de discapacidad exigidos por ley (los asociados de Nueva York se inscriben automáticamente en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo de Nueva York). Consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora para más información. Usted tendrá 60 días para cambiar su elección a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición. <ul style="list-style-type: none"> – Si no cambia la elección dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición. – Si no cambia su elección (es decir, cancela la inscripción en la cobertura mejorada por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora) en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo completo pagados por hora en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el plan mejorado por discapacidad a corto plazo después de su periodo de inscripción inicial. Queda inscrito automáticamente en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora el primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad exigidos por ley.

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS TEMPORALES O A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Ha cumplido con el período de espera de elegibilidad y era elegible para la cobertura conforme al Plan inmediatamente antes de su transición	<ul style="list-style-type: none"> • Si está inscrito en la cobertura de seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, el tipo de cobertura se ajusta de manera automática a únicamente asociado o asociado + hijos (según si tiene dependientes cubiertos) y entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transición. La cobertura de asociado + cónyuge/pareja y asociado + familia no se encuentra disponible para asociados a tiempo parcial pagados por hora o temporales. • Su inscripción en el seguro de vida pagado por la compañía se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. • Si ha inscrito a su cónyuge/pareja en el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura para su cónyuge/pareja se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago siguiente al periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida de su cónyuge/pareja en una póliza individual. • Su inscripción en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora y el plan mejorado por discapacidad a corto plazo (si se ha inscrito) se cancelará el día anterior al primer día del periodo de pago en el que ocurra su transición. • Si eligió el seguro por discapacidad a largo plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora, su inscripción se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago siguiente al periodo de pago en el que se produce su transición.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS TEMPORALES O A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
NO cumplió con el período de espera de elegibilidad	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es elegible para inscribirse en la cobertura médica, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), enfermedades graves y la cobertura contra accidentes para usted y sus hijos. Es elegible para inscribirse en las coberturas de asociado únicamente o asociado + hijos. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero antes del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición pero después del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo o en la fecha de inscripción.* Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes para sus hijos: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero antes del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe por el monto garantizado, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero después del primer día del calendario mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo y se inscribe para el monto garantizado, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se inscriba. Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero antes del primer día del calendario mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo y se inscribe para un monto mayor al garantizado, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del mes calendario en el que se cumplan 89 días de empleo continuo o la fecha en que Prudential apruebe su cobertura. Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero después del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe para un monto mayor al garantizado, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia 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 no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. Si ha inscrito a su cónyuge/pareja en el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura para su cónyuge/pareja se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Su inscripción en el plan básico por discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora y el plan mejorado por discapacidad a corto plazo (si se ha inscrito) se cancelará el día anterior al primer día del periodo de pago siguiente al periodo de pago en el que ocurra su transición. Si eligió el seguro por discapacidad a largo plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados, su inscripción se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. <p>*La cobertura entra en vigencia de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en línea o a través de Servicios al Personal en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, y antes del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. Si se inscribe en línea en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y después del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se inscriba. Si se inscribe llamando a Servicios al Personal en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición y después del primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del mes en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. En ese caso, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha de entrada en vigencia.

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O TEMPORALES	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Se encuentra dentro de los 60 días desde su fecha de contratación, pero no está inscrito para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es elegible para inscribirse en la cobertura médica, dental, de la vista, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), enfermedades graves y la cobertura contra accidentes para usted y sus hijos. Es elegible para inscribirse en las coberturas de asociado únicamente o asociado + hijos. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se inscribió o en la fecha en que se inscribió.* • Su inscripción en el seguro de vida pagado por la compañía se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. • Usted es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes para sus hijos: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero antes del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe por el monto garantizado, su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo. – Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero después del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe para el monto garantizado, su cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se inscriba. – Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero antes del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe para un monto mayor al garantizado, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del mes calendario en el que se cumplan 89 días de empleo continuo o la fecha en que Prudential apruebe su cobertura. – Si se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el que se produce su transición, pero después del primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo continuo y se inscribe para un monto mayor al garantizado, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia 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 no se inscribe en un plazo de 60 días a partir del primer día del periodo de pago en el cual ocurre su transición, consulte el cuadro Asociados a tiempo parcial pagados por hora y asociados temporales en la sección Inscripción y fechas de entrada en vigencia por clasificación laboral que se encuentra más arriba en este capítulo para conocer las reglas que se aplican si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados y dependientes después de su periodo de inscripción inicial. • Su inscripción en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en que ocurre la transición. <p>*La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe en línea dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición, su cobertura entra en vigencia en la fecha de inscripción. • Si se inscribe dentro de los 60 días desde el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición llamando a Servicios al Personal, usted podrá elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Si elige que la cobertura entre en vigencia el primer día del periodo de pago en el que se produce la transición, las primas se deducen de su pago quincenal después de impuestos con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigencia.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O TEMPORALES (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas de entrada en vigencia y detalles de la cobertura
Se encuentra dentro de los 60 días desde su fecha de contratación y no está inscrito para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está inscrito en la cobertura de seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, el tipo de cobertura se ajusta de manera automática a únicamente asociado o asociado + hijos (según si tiene dependientes cubiertos) y entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transición. La cobertura de asociado + cónyuge/pareja y asociado + familia no se encuentra disponible para asociados a tiempo parcial pagados por hora o temporales. • Su inscripción en el seguro de vida pagado por la compañía se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual. • Los montos de cobertura del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. • Si ha inscrito a su cónyuge/pareja en el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura para su cónyuge/pareja se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida de su cónyuge/pareja en una póliza individual. • Su inscripción en el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, se cancela el día anterior al primer día del período de pago siguiente al periodo de pago en el que ocurre la transición. • Si eligió el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, su inscripción se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago siguiente al periodo de pago en el que se ocurre su transición.
Más de 60 días desde de su fecha de contratación	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está inscrito en la cobertura de seguro médico, dental, de la vista, por AD&D, por enfermedades graves, o contra accidentes, el tipo de cobertura se ajusta de manera automática a únicamente asociado o asociado + hijos (según si tiene dependientes cubiertos) y entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transición. La cobertura de asociado + cónyuge/pareja y asociado + familia no se encuentra disponible para asociados a tiempo parcial pagados por hora o temporales. • Su inscripción en el seguro de vida pagado por la compañía se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en pólizas individuales. • Los montos de cobertura del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. • Si ha inscrito a su cónyuge/pareja en el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura para su cónyuge/pareja se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago en el que se produce su transición. Puede convertir su seguro de vida de su cónyuge/pareja en pólizas individuales. • Su inscripción en el plan por discapacidad a corto plazo para asociados asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, se cancela el día anterior al primer día del período de pago siguiente al periodo de pago en que ocurre la transición. • Si eligió el plan por discapacidad a largo plazo (LTD) para asociados a tiempo completo pagados por hora y asalariados o el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión, según corresponda, su inscripción se cancela el día anterior al primer día del periodo de pago siguiente al periodo de pago en el que se ocurre su transición.

Órdenes de manutención de los hijos por razones médicas

Si tiene derecho a 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 diligenciada o de una Orden de cobertura médica para menores (QMCSO). Una 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, dental o de la vista 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. Un 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 o de la vista 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 Hawáii, 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 su 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 deja de reunir los requisitos por falta de pago de las primas
 - Si deja de reunir los requisitos como consecuencia de un cambio en su situación laboral
- Si usted es elegible para la cobertura y tiene una QMCSO en vigencia, luego finaliza su relación laboral, 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 apropiado).

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 a cubrirse a usted mismo y a 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 período 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 terminación. No puede dar de baja la cobertura dental de asociado durante el período 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 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:

- **Después de un evento de cambio de elección:** la cobertura continuará en la fecha efectiva del evento. Para más información, consulte [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) en este capítulo.
- **En la Inscripción anual:** la cobertura continúa hasta el 31 de diciembre del año en curso.

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

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

Períodos de espera de elegibilidad para la cobertura médica	64
Opciones de cobertura médica para los asociados de Hawái	64
Pago de primas durante un permiso de ausencia para los asociados de Hawái	64
Inscripción y fechas de entrada en vigencia para los asociados de Hawái	64

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

Como trabaja en Hawái, existen algunas normas especiales sobre los beneficios médicos y de discapacidad a corto plazo. Esas diferencias se describen en este capítulo. El resto de información de este *Libro de Beneficios para Asociados de 2023* se aplica en su caso.

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

Lo que debe saber como asociado de Hawái

- Los asociados de Hawái tienen dos opciones de cobertura médica: Health Plan Hawái (HMSA) y Kaiser Foundation Health Plan. Para obtener más información sobre estas opciones médicas, visite One.Walmart.com, o consulte la información de contacto para cada opción en la tabla anterior.
- Debido a que Hawái tiene un plan 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 de maternidad bajo el plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart. Para obtener información, consulte el capítulo [Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora](#).
- 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 usted es asociado gerencial en Hawái, los términos de elegibilidad descritos en el **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** capítulo se aplican en su caso. Los asociados gerenciales y los asociados gerenciales en formación en Hawái son elegibles para obtener cobertura médica desde 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 labora 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 un asociado a tiempo completo pagado por hora (incluidos los farmacéuticos a tiempo completo pagados por hora y los supervisores de campo en tiendas y clubes), un asociado a tiempo parcial pagado por hora 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 para los asociados de Hawái** 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 el cuadro al comienzo de este capítulo para obtener información sobre las opciones médicas.

Pago de primas durante un permiso 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 un permiso de ausencia aprobado. La única prima para la cobertura médica que deberá pagar en el caso de un permiso 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 un permiso 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 (únicamente asociado), 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 libre de tabaco, 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 entrada en vigencia para los asociados de Hawái

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA

Incluye a los farmacéuticos a tiempo completo pagados por hora y a los supervisores de campo en tiendas y clubes

NOTA: No confunda el período de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura **antes** de la fecha de vigencia de la cobertura.

Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
Médico	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día <i>anterior</i> a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia cuando se produzca el primer evento de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo a tiempo completo continuo.
Dental (la inscripción es por dos años calendarios) 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 período de Inscripción anual del siguiente año calendario, a menos que surja un evento de cambio de elección, como se describe en la sección Cambios de elección permitidos fuera del período de Inscripción anual de este capítulo Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia.</p> <p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: 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 próxima página)

ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Incluye a los farmacéuticos a tiempo completo pagados por hora y a los supervisores de campo en tiendas y clubes	
NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de vigencia de la cobertura.	
Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia
Seguro de vida pagado por la compañía	Queda inscrito automáticamente el primer día del mes calendario durante en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo.
Recursos para la vida (Resources for Living)	Queda inscrito automáticamente en la fecha de contratación.
Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	
Seguro de discapacidad temporal de Hawái* (plan obligatorio por ley)	Para el seguro de discapacidad temporal de Hawái, consulte la tabla Recursos al principio de este capítulo para obtener información de contacto sobre los requisitos y las fechas de entrada en vigencia.
Plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart	En el caso de los beneficios de 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 y cuando se satisfagan los requisitos de actividad laboral descritos en el capítulo Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia .
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura básica (no disponible para los asociados que trabajan en Hawái) Beneficios de maternidad (disponibles para las asociadas que trabajan en Hawái) 	
*Para obtener información general sobre los beneficios estatales, consulte el capítulo Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora .	
Seguro de vida opcional para asociados	Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día <i>anterior</i> a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
Seguro de vida opcional para dependientes	Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia en 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, lo que ocurra último. Cuando se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia 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 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuos, lo que ocurra último. Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá presentar una evidencia 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.
Plan por LTD	Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer cheque de pago y el día <i>anterior</i> al primer día del mes calendario en el que se cumplen 89 días de empleo a tiempo completo continuo.
Plan de LTD mejorado	Cuándo entra en vigencia la cobertura: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe en la cobertura durante el periodo de inscripción inicial: La cobertura entra en vigencia en el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación. Si se inscribe en la cobertura después del periodo de inscripción inicial: Su cobertura está sujeta a la aprobación de Lincoln. Deberá presentar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. <ul style="list-style-type: none"> Si usted se inscribe en la cobertura durante el periodo de Inscripción anual y recibe aprobación, su cobertura entrará en vigencia a más tardar 1) el 1 de enero, o 2) si es aprobado el 1 de enero del año en curso o después, el primer día del periodo de pago siguiente a la fecha en que Lincoln apruebe su cobertura, o 3) el aniversario de 12 meses de su fecha de contratación. 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 de evidencia de buena salud.

ASOCIADOS A TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES		
NOTA: No confunda el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cobertura. Para la mayoría de los beneficios, debe inscribirse en la cobertura antes de la fecha de vigencia de la cobertura.		
Plan	Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigencia	
Médico*	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.</p>	
<p>*Los asociados a tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales en Hawái no están sujetos a los requisitos descritos en Asociados temporales y a tiempo parcial pagados por hora: verificación de elegibilidad para la cobertura médica en el capítulo Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia.</p>	<p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia cuando se produzca el primer evento de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> El primer día del periodo de pago después de un periodo de trabajo de al menos 20 horas por semana durante cuatro semanas consecutivas, o El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo. 	<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 Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual del capítulo Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia.</p>
	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.</p>	
<p>Dental (la inscripción es por dos años calendarios)</p> <p>De la vista</p> <p>Seguro por enfermedades graves</p> <p>Seguro contra accidentes</p> <p>AD&D</p>	<p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia el primer día del mes calendario durante el cual se cumplen 89 días de empleo continuo.</p>	
<p>Recursos para la vida (Resources for Living)</p> <p>Seguro contra accidentes durante viajes de negocios</p>	<p>Queda inscrito automáticamente en la fecha de contratación.</p>	
<p>Seguro de discapacidad temporal de Hawái (plan obligatorio por ley)</p>	<p>Para el seguro de discapacidad temporal de Hawái, consulte la tabla Recursos al principio de este capítulo para obtener información de contacto sobre los requisitos y las fechas de entrada en vigencia.</p>	
<p>Seguro de vida opcional para asociados</p> <p>Seguro de vida opcional para dependientes</p>	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia en 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, lo que ocurra último. Cuando se inscribe por un monto superior a la emisión garantizada, su cobertura estará sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia de buena salud y posiblemente deba someterse a un examen médico a su propio cargo. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia en 1) la fecha en que Prudential apruebe su cobertura, o 2) el primer día del mes calendario en el que cumplen 89 días de empleo continuo, lo que ocurra último. <p>Si se inscribe después del periodo de inscripción inicial: Puede inscribirse, aumentar o abandonar la cobertura en cualquier momento del año, pero su cobertura (incluido cualquier aumento) está sujeta a la aprobación de Prudential. Deberá proporcionar una evidencia 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.</p>	

NOTA: Los asociados a tiempo parcial pagados por hora y los asociados 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 temporales y a tiempo parcial pagados por hora.

Asociados gerenciales: 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**.

Plan médico

Plan Médico para Asociados (AMP)	70
Inscripción	70
Función del administrador de terceros (TPA)	71
Opciones del AMP disponibles para usted	72
Evalúe sus opciones	81
Redes de proveedores	85
Servicios de emergencia, prevención y telesalud	88
Centros de Excelencia	90
Walmart Health	99
Asistencia en el control de su salud	100
Programa de atención preventiva	104
Salud mental y trastornos por abuso de sustancias	107
Qué está cubierto por el AMP	107
Notificación previa	108
Autorización previa	109
Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP	109
Qué no está cubierto por el AMP	114
Presentar un reclamo médico (que no sean los beneficios de viaje por atención compleja)	116
Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención compleja	116
Si tiene cobertura conforme a más de un plan médico	116
Interrupción de la cobertura	118
Cuándo finaliza la cobertura	118
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	119
Otra información acerca del plan médico	119

La información de este capítulo describe los beneficios médicos 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) que reúne los requisitos
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, 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 sea efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Plan médico

RECURSOS			
Encuentre lo que necesita	En línea	Por teléfono: Health Care Advisor	Otros recursos
Aetna (Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver y Plan local de Banner)	Ingrese a One.Walmart.com o a aetna.com	855-548-2387 800-525-6257 (área metropolitana de Chicago y sur de FL) 833-554-1544 (AZ, TN, MN, CO) 800-626-9170 (GA, OH)	Aetna 151 Farmington Avenue Hartford, Connecticut 06156
BlueAdvantage Administrators of Arkansas (Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver)	Ingrese a One.Walmart.com o a blueadvantagearkansas.com	866-823-3790	BlueAdvantage Administrators of Arkansas P.O. Box 1460 Little Rock, Arkansas 72203-1460
UMR (Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver)	Ingrese a One.Walmart.com o a UMR.com	855-870-9177	UMR P.O. Box 30541 Salt Lake City, Utah 84130-0541
Included Health • Asistente personal de salud para participantes en Illinois, Indiana, Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia		855-377-2200 Asistente Personal de Salud	
HealthSCOPE Benefits (programas de cáncer, trasplante y otros viajes, y plan local de Mercy Arkansas)		800-804-1272	
Contigo Health (programas de cirugía de corazón, columna vertebral, reemplazo de cadera y rodilla y pérdida de peso) Solicite una copia impresa del <i>Libro de Beneficios para Asociados 2023</i>		877-230-7037 Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362	
<ul style="list-style-type: none"> • En este capítulo se describen de forma general los beneficios médicos ofrecidos en las opciones del AMP autoaseguradas. 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. Los términos de cobertura de estas opciones no se describen en este capítulo. 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 o que provee por separado la compañía de seguro del plan PPO o HMO. 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. • 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 bajo el AMP a menos que experimente un evento de cambio de elección válido, tal como se describe en el capítulo Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia. • Algunos programas que se describen en este capítulo también están disponibles para los participantes inscritos en la opción de Plan PPO totalmente asegurada. Para obtener más información, consulte la sección Asistencia en el control de su salud en este capítulo. 			

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 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 las opciones 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 la compañía.

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.

Asociados que se inscriben en la cobertura médica a través de una opción de plan HMO o PPO: Hay opciones del plan HMO y PPO disponibles para algunos lugares de trabajo. 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 Plan Médico para Asociados (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 bajo estas opciones se describen en los materiales proporcionados por separado por la aseguradora HMO o PPO o puede encontrarlos en [One.Walmart.com](#).

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 a tiempo durante el cual debe realizar sus elecciones de 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 varían en función de una serie de factores. 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 se produzca 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](#).

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:

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

Las contribuciones o “primas” que paga por la cobertura médica variarán dependiendo de la opción del AMP que elija, del nivel de cobertura que elija y de si puede acogerse a las tarifas para personas libres de tabaco.

Función del administrador de terceros (TPA)

El AMP brinda beneficios médicos solo para ciertos servicios, que generalmente 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. El TPA que generalmente administra la opción del AMP que usted elige se identifica en su tarjeta de identificación del plan. No obstante, para ciertos servicios cubiertos, como aquellos disponibles a través del

programa de los Centros de Excelencia o el beneficio de viaje para cuidados complejos, un TPA diferente administrará los beneficios. Consulte la tabla a continuación. El TPA utilizará sus políticas y procedimientos internos para tomar decisiones sobre reclamos y apelaciones en nombre del AMP.

Debe tener en cuenta que 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.

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	HealthSCOPE Benefits
Programa de Centros de Excelencia: revisión del historial clínico del cáncer, revisión del historial clínico de la diálisis renal ambulatoria o de la enfermedad renal terminal, servicios de trasplante y beneficios de viaje relacionados (incluso para la formación de familias) Adicionalmente: beneficio de cuidados preventivos para extracción de leche y programa de doula	HealthSCOPE Benefits
Programa de los 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”) pueden ser tomadas por Included Health o por un tercero en nombre de Included Health.

Además de determinar sus reclamos de beneficios, el TPA para su opción del AMP también brinda acceso a su red de proveedores. Una red de proveedores es un grupo de proveedores que tienen un contrato con el TPA y han acordado 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 la red 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 COBRA, se lo asignará al centro más cercano a su domicilio en el registro. Si trabaja como conductor de camión, su opción de plan puede estar determinada por su domicilio registrado en vez del lugar donde trabaja. Las opciones específicas del AMP disponibles para usted se enumerarán en sus materiales de inscripción y, cuando ingrese al sistema de inscripción en línea, solo estas opciones estarán disponibles para que usted elija. En las próximas páginas, encontrará tablas de las diversas opciones que pueden estar disponibles en los lugares de trabajo. Cada tabla proporciona un resumen de la cobertura para cada opción del AMP. A continuación de las tablas encontrará información que le ayudará a evaluar la opción adecuada para usted.

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 Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver pueden variar levemente en el diseño real en algunos lugares. Para facilitarle la evaluación de las opciones específicas del AMP disponibles para usted, inmediatamente después de la tabla **Opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver: a nivel nacional**, verá cinco tablas con esas mismas opciones del AMP pero identificadas por áreas geográficas en las que esas opciones están disponibles. El hecho de que se le ofrezca una de las opciones de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver específicas de su localidad 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	Central (incluido Orlando y Tampa): Brevard, Citrus, Hernando, Hillsborough, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, Sumter y Volusia
	Noreste: Alachua, Baker, Bradford, Clay, Duval, Flagler, Nassau, Putnam y St. Johns
	Sur (incluyendo Ft. Lauderdale, Miami, Naples y Port St. Lucie): 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)	Illinois: Cook, DeKalb, DuPage, Grundy, Kane, Kendall, Lake, McHenry y Will
	Indiana: Lake y Porter
Oklahoma	Oklahoma City: Canadian, Cleveland, Lincoln, Logan, McClain y Oklahoma
	Tulsa: Creek, Osage, Rogers, Tulsa y Wagoner
Texas	Austin: Bastrop, Caldwell, Hays, Travis y Williamson
	Dallas/Fort Worth (“DFW”): Collin, Dallas, Denton, Ellis, Henderson (noroeste), Hunt, Johnson, Kaufman, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise
	Houston: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery y Waller
	San Antonio: 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 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 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 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. Los acuerdos que se establezcan entre el AMP y estos proveedores pueden incluir incentivos financieros para gestionar la atención. 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. 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.

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 el cuadro titulado **Opciones de plan local: Banner y Mercy Arkansas**.

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
Deducible anual (individual/familiar) • 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
Fondos proporcionados por Walmart (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>
Desembolso máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,850/\$13,700 Ninguno	\$6,650/\$13,300 Ninguno
Atención preventiva elegible • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
Atención médica primaria • 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
Especialista • Dentro de la red • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia* • Dentro de la red • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria* Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia*	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 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			
Seleccione condados, vea la tabla Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver			
	Plan Premier	Plan Contribution	Plan Saver
Deducible anual (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
Fondos proporcionados por Walmart (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>
Desembolso máximo anual en efectivo (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
Atención preventiva elegible • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
Atención médica primaria • 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
Especialista • Dentro de la red • Fuera de la red	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia* • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria* Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia*	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 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: CENTRO, NORESTE Y SUR DE FLORIDA

Seleccione condados, vea la tabla [Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver](#)

	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
Deducible anual (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
Fondos proporcionados por Walmart (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
Desembolso máximo anual en efectivo (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
Atención preventiva elegible • 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)
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
Atención médica primaria • 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
Especialista • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia** • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria** Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia**	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 urgente de su estado.

OPCIONES DE LOS PLANES PREMIER, CONTRIBUTION Y SAVER: ÁREA METROPOLITANA DE CHICAGO

Seleccione condados, vea la tabla [Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver](#)

	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
Deducible anual (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
Fondos proporcionados por Walmart (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>
Desembolso máximo anual en efectivo (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
Atención preventiva elegible • 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
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
Atención médica primaria • 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
Especialista • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia** • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria** Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental			
Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia**	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 urgente de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER: OKLAHOMA

Seleccione condados, vea la tabla Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver

El Plan Contribution está disponible en ciertos lugares en el área de Oklahoma City y Tulsa.

	Plan Premier	Plan Contribution (Disponibilidad limitada)	Plan Saver
Deducible anual (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
Fondos proporcionados por Walmart (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
Desembolso máximo anual en efectivo (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
Atención preventiva elegible • 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
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de telesalud) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
Atención médica primaria • 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
Especialista • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia** • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria** Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental			
Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia**	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 urgente de su estado.

OPCIONES DE PLAN PREMIER, PLAN CONTRIBUTION Y PLAN SAVER: TEXAS

Seleccione condados, vea la tabla Lugares específicos de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver

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
Deducible anual (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
Fondos proporcionados por Walmart (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
Desembolso máximo anual en efectivo (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
Atención preventiva elegible • 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
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de telesalud) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>			
Atención médica primaria • 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
Especialista • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 después del deducible
Atención de urgencia** • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes 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
Hospitalaria** Atención hospitalaria o ambulatoria <i>Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</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
Salud mental Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • 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
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia**	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .		
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.		
Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health 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 urgente de su estado.

OPCIONES DE PLAN LOCAL: BANNER Y MERCY ARKANSAS		
	Banner	Mercy Arkansas
Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$3,000/\$6,000	\$1,750/\$3,500
Fondos proporcionados por Walmart (individual/familiar)	N/D	N/D
Desembolso máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,850/\$13,700	\$6,850/\$13,700
Atención preventiva elegible • Dentro de la red • Fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura	100 % (sin deducible) Sin cobertura
Visitas al médico (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i>		
Atención médica primaria • 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
Especialista • 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
Visitas de asesoramiento de la salud por video a través de Doctor On Demand por Included Health	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de urgencia* • 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
Pruebas de diagnóstico <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
Hospitalaria* <i>Atención hospitalaria o ambulatoria Incluidas las visitas de proveedores fuera del consultorio y los servicios quirúrgicos</i> • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
Salud mental Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Dentro de la red • Fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura	75 % después del deducible Sin cobertura
Paciente externo (consultorio del proveedor o asesoramiento de la salud por teléfono) • 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
Servicios de emergencia*	100 % después del deducible y copago de \$300	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio de farmacia .	
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.	
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Health de este capítulo.	
NOTA: 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 urgencia, hospitalización y emergencia. Es posible que no se aplique a los centros de atención urgente de su estado.		

Evalúe sus opciones

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, la compañía 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 la compañía 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 solo para asociados (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, la compañía 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 2022 y 2023, los fondos de la HRA asignados en 2023 podrían usarse solo para cubrir los gastos médicos elegibles de los servicios recibidos en 2023, pero no para los servicios recibidos antes de 2023 (como por ejemplo un gasto realizado en 2022 pero que no se procesa hasta 2023). Sin embargo, cualquier “fondo de transferencia directa”, fondos de la HRA que se transfieren directamente del 2022 al 2023, 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, la compañía 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 “solo para asociados” a la “cobertura para asociado + familia”, la compañía 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 “cobertura de solo para asociados”, 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 en los que haya incurrido antes de cambiar a la opción diferente. 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 la compañía 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 [Ley COBRA \(Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria\)](#) 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. La compañía aporta contribuciones paralelas a las deducciones de su sueldo a esta cuenta, dólar por dólar hasta el límite de \$350 si cuenta con cobertura solo para asociados o \$700 si ha elegido otra cobertura que no sea solo para asociados. Las contribuciones combinadas a su HSA (la suya y la de la compañía) no pueden exceder el límite anual del IRS para 2023 de \$3,850 si cuenta con cobertura solo para asociados o de \$7,750 para todos los demás niveles de cobertura, más una contribución para ponerse al corriente de \$1,000 si cumple 55 años al final del año del calendario.

Puede optar por usar su dinero en su 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 explican cómo se comparte el costo de los servicios cubiertos entre usted y el AMP. La parte de los gastos médicos elegibles que usted es responsable de pagar se denomina “costo compartido”, que generalmente incluye los montos de deducible, copago y coseguro que se enumeran en las tablas de resumen de cobertura. 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.

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 que reúnan los requisitos pagados a proveedores de la red) y un deducible anual fuera de la red (para los gastos médicos que reúnan los requisitos pagados a proveedores fuera de la red). En esos casos, 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 servicios fuera de la red no son gastos médicos elegibles y no se considerarán para su deducible anual 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 solo para asociados. 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: Si se inscribe en el Plan de Ahorro, por lo general debe pagar el costo total de los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual de proveedores 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 de asesoramiento de la salud por teléfono con un médico, 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 recetados (incluidos los cargos por medicamentos recetados pagados directamente a las farmacias en su nombre mediante programas con descuentos/cupones).
- Montos que superen el cargo máximo permitido 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 que se lleven a cabo fuera de Walmart Health que no sea parte de la red estarán sujetos a los términos correspondientes del AMP, incluidos 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.



NOTA: El beneficio del AMP para visitas a proveedores fuera del consultorio (por ejemplo, visita como paciente hospitalizado o servicios quirúrgicos) es del 75 % después del deducible, para proveedores dentro de la red (o para opciones de Plan Premier, Plan Contribution y Plan Saver en condados selectos en el noreste, centro y sur de Florida, el área metropolitana de Chicago y Oklahoma y Texas, 75 % después del deducible para proveedores *preferidos*; y 50 % después del deducible para proveedores *no preferidos* (si corresponde).

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 APM 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 que reúnan los requisitos, que también se expresan en forma de porcentaje. Por ejemplo, si el AMP paga un beneficio del 75 % de los gastos médicos que reúnan los requisitos (una vez satisfecho el deducible), el monto del coseguro será del 25 % de los gastos médicos que reúnan los requisitos. 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 en vez 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, o ciertos servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red que no ha obtenido su consentimiento para facturarle. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: IncludedHealth.com/Walmart.
- Opciones de Plan Premier, Plan Contribution, Plan Saver: centro, noreste y sur de Florida:** para algunos servicios cubiertos, el beneficio del AMP bajo estas opciones puede depender no solo de si el proveedor es un proveedor de la red, sino también de si el proveedor es un proveedor de la red *preferido* o un proveedor de la red *no preferido*. 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* en vez de un proveedor *no preferido*. No obstante, cualquier coseguro que pague por los servicios cubiertos se aplicará al deducible y al desembolso máximo, independientemente de que reciba los servicios de un proveedor *preferido* o *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, o ciertos servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red que no ha obtenido su consentimiento para facturarle. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores *preferidos* en el directorio de proveedores: 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. Eso quiere decir que usted será responsable de pagar el costo total de los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red. Se aplica una excepción para los servicios cubiertos por una afección médica de emergencia en un servicio de emergencias o ciertos servicios prestados por un proveedor que no sea parte de la red en instalaciones dentro de la red que no haya obtenido su consentimiento para facturarle. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores dentro de la red en el directorio de proveedores: IncludedHealth.com/Walmart.
- Opciones de plan local:** el AMP no cubre los servicios que se reciban de un proveedor fuera de la red para estas opciones. Eso quiere decir que usted será responsable de pagar el costo total de los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red. Se aplica una excepción para los servicios cubiertos por una afección médica

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, o ciertos servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red que no ha obtenido su consentimiento para facturarle. Consulte la sección [Redes de proveedores](#) para ver otras excepciones. Busque proveedores *preferidos* en el directorio de proveedores: IncludedHealth.com/Walmart.

de emergencia en un servicio de emergencias o ciertos servicios prestados por un proveedor que no sea parte de la red en instalaciones dentro de la red que no haya obtenido su consentimiento para facturarle. 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 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). Por lo general, si su opción del AMP incluye cobertura fuera de la red y recibe servicios de un proveedor fuera de la red (salvo los servicios cubiertos para el tratamiento de una afección médica que no sea de emergencia en un departamento de emergencias y ciertos servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red que no ha obtenido su consentimiento para facturarle), usted será responsable de pagar no solo los montos de costos compartidos, sino también los montos que excedan el cargo máximo permitido. 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 solamente 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 que reúnen los requisitos 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 que reúnan los requisitos 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 de asesoramiento de la salud por teléfono 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.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el AMP cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- 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.
- Los montos que superen el cargo máximo permitido 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

El AMP contrata a su TPA o contrata a proveedores directamente para proporcionar 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. Si bien la compañía y el AMP buscan utilizar proveedores y redes de proveedores que brinden atención de calidad, ni la compañía ni el AMP hacen ningún tipo de declaración con respecto a la calidad de los servicios que recibirá de cualquier 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, entre ellos, del incumplimiento o rechazo de la prestación de los servicios. La responsabilidad de las decisiones médicas es compartida entre usted y su proveedor.

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 los 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, 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 precio contratado por el servicio.

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 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 “cargo máximo permitido”. El cargo máximo permitido es el cargo 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 cargo 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 cargo máximo permitido es el monto que los proveedores dentro de la red han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos.

El cargo máximo permitido para los proveedores fuera de la red generalmente lo determina el AMP. Con algunas excepciones, los proveedores fuera de la red pueden facturarle montos que excedan el cargo máximo permitido determinado por el AMP. Consulte **Cargo máximo permitido** en la sección **Qué está cubierto por el AMP** más adelante en este capítulo para obtener información detallada sobre cómo el AMP determina el cargo máximo permitido para proveedores fuera de la red.

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, Missouri (área de Kansas City), Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Oklahoma, Pensilvania, Tennessee, el norte de Virginia o Wisconsin, consulte la información importante que aparece a continuación en la sección titulada **Redes Blue Select a través de BlueAdvantage Administrators of Arkansas**.
- HealthSCOPE Benefits
- UMR

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** en la siguiente página.

Busque proveedores dentro de la red en [IncludedHealth.com/Walmart](https://www.includedhealth.com/Walmart).

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 estrechas, 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 siguientes áreas, los servicios prestados por proveedores que no pertenecen a las redes Blue Select se tratarán como servicios fuera de la red. El coseguro pagado por los servicios que reúnan los requisitos de un proveedor dentro de la red cuando un proveedor dentro de la red Blue Select está disponible no se aplicará a su desembolso máximo. 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](https://www.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, Northern Virginia, Distrito de Columbia: BlueChoice Advantage Open Access
- Minnesota: High Value Network
- Missouri (Kansas City): Preferred-Care Blue
- New 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 de la historia clínica por parte de un centro de excelencia para la cirugía de reparación o sustitución de válvulas cardíacas (todas las edades) para determinar si se recomienda la cirugía de válvulas cardíacas.
- Revisión de la historia clínica a cargo de Mayo Clinic para ciertos tipos de cáncer (todas las edades) para determinar si se recomienda una evaluación 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 de la historia clínica a cargo de Mayo Clinic por diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal (ESRD) (todas las edades) para determinar si se recomienda realizar una evaluación en el lugar para evaluar el trasplante de riñón.
- Tratamiento para la formación de 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, que incluye derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal (mayores de 18 años).

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 que reúnan los requisitos 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 suele estar 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. 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 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 que reúnan los requisitos 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 cuidados complejos).
- 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:
 - Está sometido a un tratamiento por una enfermedad grave y compleja, a un tratamiento institucional o de hospitalización, a una intervención quirúrgica no electiva o a una enfermedad terminal. En tales casos, los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red se tratan como servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red hasta la fecha de entrada en vigencia de

la siguiente Inscripción anual, o 90 días después de que se le notifique que el proveedor ya no es un proveedor dentro de la red, lo que ocurra más tarde; siempre y cuando el curso del tratamiento haya comenzado cuando el proveedor era un proveedor dentro de la red y no haya interrupción de la relación médico/paciente (tal como, si cambia de TPA durante el año debido a un cambio de lugar de trabajo y está en medio de un curso de 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 periodo 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 periodo 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 basta 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.

Con respecto al traslado en un servicio de ambulancia aérea fuera de la red, los servicios cubiertos fuera de la red se tratarán como gastos cubiertos dentro de la red. Su costo compartido será el mismo que para los servicios de ambulancia aérea dentro de la red 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 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). 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 no pertenecen a la red. El pago del AMP a un proveedor o centro 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 fuera de la red no podrá facturarle la diferencia entre el monto facturado y el monto pagado por el AMP.

Si, después de una revisión retrospectiva, al decidir su reclamo posterior al servicio de un proveedor o centro 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 por los servicios médicos brindados en el departamento de emergencias de un centro 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. Si está inscrito en una opción de plan local, el AMP no pagará los servicios recibidos de un proveedor o centro 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 (incluyendo la revisión externa) que se describen en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Si el proveedor o el centro es un centro que 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* (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 y 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, 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 ASESORAMIENTO DE LA SALUD POR VIDEO A TRAVÉS DE DOCTOR ON DEMAND POR INCLUDED HEALTH

Tiene acceso a Doctor On Demand de Included Health, un servicio que ofrece consultas médicas y de salud mental por video (incluida la atención de urgencia). 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 50 estados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana por computadora, tableta o teléfono inteligente. 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 está inscrito en la opción de Plan Saver, primero debe alcanzar su deducible dentro de la red, después de lo cual las consultas en Doctor On Demand están disponibles sin costo para usted. Si desea más información sobre los servicios y requisitos técnicos, visite [Doctor On Demand](#) en línea en [DoctorOnDemand.com/Walmart](#) o llame al **800-997-6196**.

Los servicios de asesoramiento de la salud por teléfono 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 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 especializados según su experiencia en determinados procedimientos complejos.

El AMP y cada Centro de Excelencia se consideran un "Acuerdo de atención médica organizada" (OHCA) para fines de las reglas de privacidad de la HIPAA. Esto quiere decir que el AMP y cada instalación de los Centros 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 de la historia clínica por parte de un centro de excelencia para la cirugía de reparación o sustitución de válvulas cardíacas (todas las edades) para determinar si se recomienda la cirugía de válvulas cardíacas.

- Revisión de la historia clínica a cargo de Mayo Clinic para ciertos tipos de cáncer (todas las edades) para determinar si se recomienda una evaluación 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 de la historia clínica a cargo de Mayo Clinic por diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal (ESRD) (todas las edades) para determinar si se recomienda realizar una evaluación en el lugar para evaluar el trasplante de riñón.
- Tratamiento para la formación de 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, que incluye derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal (mayores de 18 años).

Al realizar los servicios de evaluación o al tomar decisiones sobre la atención de los Centros de Excelencia, la instalación de los Centros 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 sean parte del 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 (excluyendo la cirugía para 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, incluyendo 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 ¹	Cobertura	
<p>Cirugía cardíaca</p> <p>Incluye la reparación/reemplazo de válvulas cardíacas</p> <p>Requiere una revisión electrónica para válvula cardíaca por parte de Cleveland Clinic</p>	<p>Contigo Health 877-230-7037</p>		Se aplican los términos y condiciones habituales del AMP
<p>Revisión de la historia clínica de cáncer</p> <p>Puede incluir la evaluación y el tratamiento in situ, cuando lo recomiende Mayo Clinic</p> <p>Tipos de cáncer elegibles: cáncer colorrectal, de mama, de pulmón, de próstata y de sangre (incluido el mieloma, el linfoma y la leucemia)</p>	<p>Beneficios de HealthSCOPE 800-804-1289</p>	100 % No se requiere deducible ²	
<p>Revisión de la historia clínica respecto a la diálisis renal ambulatoria o de la ESRD</p> <p>Puede incluir la evaluación del trasplante de riñón in situ, cuando lo recomiende Mayo Clinic</p>	<p>HealthSCOPE Benefits 479-621-2830</p>		
<p>Tratamiento para la formación de familias en las Clínicas Kindbody Signature</p> <p>Sujeto a un beneficio máximo de por vida de \$20,000 (gastos médicos y de farmacia) por participante individual del AMP</p>	<p>Su administrador del plan médico (consulte la tarjeta de identificación del plan)</p> <p>Desplazamiento por HealthSCOPE Benefits 800-804-1289</p>	75 % Después del deducible dentro de la red	Sin cobertura
Reemplazo de cadera y rodilla	Contigo Health: 877-230-7037	100 % No se requiere deducible ²	<p>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:³</p> <p>50 % después del deducible fuera de la red</p> <p>El coseguro no se aplicará al desembolso máximo en efectivo</p>
			<p>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:³</p> <p>50 % después del deducible de la red si se utiliza el proveedor dentro de la red <i>preferido</i> (en el noroeste de Arkansas, un proveedor dentro de la red)</p> <p>El coseguro no se aplicará para el deducible fuera de la red, si corresponde, ni para el desembolso máximo en efectivo⁴</p> <p>Sin cobertura⁴ para proveedores dentro de la red <i>no preferidos</i>, cuando corresponda, o para proveedores fuera de la red en el noroeste de Arkansas</p>
			Planes locales: Sin cobertura ⁴
Cirugía de columna	Contigo Health: 877-230-7037	100 % No se requiere deducible ²	Sin cobertura ⁴
Trasplante Mayo Clinic únicamente. Excepto el trasplante de córnea y de intestinos	HealthSCOPE Benefits 479-621-2830	100 % No se requiere deducible ²	Sin cobertura ⁴
Cirugía para la pérdida de peso derivación gástrica, manga gástrica y cruce duodenal	Contigo Health: 877-230-7037	75 % Después del deducible dentro de la red	Sin cobertura

¹ Si está inscrito en un plan local, comuníquese con su asesor de atención médica para que ser dirigido al administrador correspondiente.

² 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.

³ Consulte [Opciones del AMP disponibles para usted](#), anteriormente en este capítulo para conocer los condados específicos incluidos en estas áreas.

⁴ Pueden aplicarse excepciones. Consulte los detalles del programa específico en esta sección.

Si cree que puede ser un candidato para participar para servicios cubiertos bajo el 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 Centro 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 sobre **Reclamos y apelaciones**.
- Usted reconoce que la instalación de los Centros de Excelencia debe recibir las historias clínicas 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.
- La instalación específica de los Centros de Excelencia 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 bajo el 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 una instalación de los Centros 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.
- Reconoce que usted, su cuidador y cualquier visitante deben cumplir con todas las reglas y políticas del hotel, del servicio de transporte y de las instalaciones de los Centros de Excelencia, incluidas las que se aplican 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.
- 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.
- 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 esa instalación de los Centros 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 reúne los requisitos médicamente para tales 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 una de las instalaciones 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 condición médica que serían servicios cubiertos por el programa de los Centros de Excelencia, de parte de: 1) un proveedor o instalación que no forme parte del programa de los Centros de Excelencia, o 2) un proveedor o instalación que forme parte del programa de los Centros de Excelencia, pero que no trabaje a través del administrador del programa de los Centros de Excelencia, estará sujeto a los términos resumidos en la tabla **Centros de Excelencia** de la página anterior, a menos que haya recibido 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 a continuación 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 una instalación de los Centros 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 reúne los requisitos 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 reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la revisión electrónica para la cirugía cardíaca o la reparación/reemplazo de válvulas y usted 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 que reúnan los requisitos 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 DE LA HISTORIA CLÍNICA DE CÁNCER

La revisión de la historia clínica del cáncer incluye un proceso de tres pasos:

- **Revisión de las historias clínicas.** Si reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la revisión de la historia clínica del cáncer, el administrador del programa enviará primero su historia clínica a Mayo Clinic para determinar si Mayo Clinic recomienda que viaje a Mayo Clinic para una evaluación in situ. No hay garantía de que Mayo Clinic recomiende el viaje para una evaluación in situ.
- **Posible viaje a Mayo Clinic para una evaluación in situ.** Si Mayo Clinic le recomienda que viaje a Mayo Clinic para realizar una evaluación in situ, y usted decide someterse a tal evaluación, no hay garantía de que Mayo Clinic le recomiende un tratamiento posterior en Mayo Clinic.
- **Posible tratamiento en Mayo Clinic.** Mayo Clinic puede recomendar el tratamiento en Mayo Clinic, pero no hay garantía de que lo haga.

Los tipos de cáncer disponibles para la revisión médica son el de mama, el de pulmón, el colorrectal, el de próstata y el de la sangre (incluidos el mieloma, el linfoma y la leucemia).

Si usted reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la historia clínica del cáncer y usted decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de Mayo Clinic a través del programa de los Centros de Excelencia. Los gastos médicos que reúnan los requisitos 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 DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA DIÁLISIS RENAL AMBULATORIA O DE LA ESRD

Si se le ha diagnosticado una enfermedad renal en fase terminal (ESRD), está en diálisis renal o se le ha recomendado la diálisis renal como tratamiento, puede beneficiarse del programa de los Centros de Excelencia para la diálisis renal o la revisión del historial médico de ESRD de Mayo Clinic, que incluye un proceso de tres pasos:

- **Revisión de las historias clínicas.** Si reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la revisión de la historia de diálisis renal, el administrador del programa enviará primero su historia clínica a Mayo Clinic para determinar si Mayo Clinic recomienda que viaje a Mayo Clinic para una evaluación in situ. No hay garantía de que Mayo Clinic recomiende el viaje para una evaluación in situ.
- **Posible viaje a Mayo Clinic para una evaluación in situ.** Si Mayo Clinic recomienda un trasplante de riñón, la cobertura para un trasplante de riñón solamente está disponible bajo el programa de los Centros de Excelencia para trasplantes.
- **Posible tratamiento en Mayo Clinic.** Mayo Clinic puede recomendar el tratamiento en Mayo Clinic, pero no hay garantía de que lo haga. Si Mayo Clinic recomienda un trasplante de riñón, la cobertura para un trasplante de riñón solamente está disponible bajo el programa de los Centros de Excelencia para trasplantes. Para obtener información, consulte [Trasplantes](#) más adelante en esta sección.

Si usted reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la historia clínica de diálisis renal o de ESRD y usted decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos de Mayo Clinic a través del programa de los Centros de Excelencia. Los gastos médicos que reúnan los requisitos 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 reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para la historia clínica de diálisis renal o de ESRD y usted decide no hacerlo, 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.

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. Los participantes en el programa deben ser mayores de 18 años.

Si usted reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia y decide hacerlo, el AMP pagará el 75 % de los gastos médicos que reúnan los requisitos, incluyendo 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 que reúnan los requisitos 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 por 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 que reúne los requisitos inscrito en el AMP y luego se convierte en un asociado de Walmart que reúne los requisitos 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 que reúne los requisitos 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
- Descongelación de ovocitos congelados y fertilización
- Pruebas genéticas preimplantación (PGT-A; PGT-M, etc.)

- Óvulos, embriones y espermatozoides de donante (se consideran bienes imponibles)
- Criopreservación (congelación) de ovocitos (óvulos)/ embriones/espermatozoides (según los criterios aprobados y gestionados por Kindbody, que incluye, entre ellos, el almacenamiento de tejidos tras un diagnóstico de cáncer, incluso si el paciente es menor de 18 años). El pago por el almacenamiento de ovocitos/embriones/espermatozoides criopreservados se realizará durante un año. El pago de los años adicionales de almacenamiento 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 virtualmente 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 reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla y la cirugía de columna vertebral, y usted decide hacerlo, el AMP pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos recibidos del proveedor y la instalación del programa de los Centros de Excelencia. Los gastos médicos que reúnan los requisitos 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 reúne los requisitos para participar en el programa de los Centros de Excelencia para el reemplazo de cadera o rodilla y usted 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** en 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 usted reúne los requisitos 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.

Una decisión de no realizar la cirugía de columna o de reemplazo de cadera o rodilla tomada por los respectivos proveedores de los Centros de Excelencia no estará sujeta a una revisión conforme a este proceso si el proveedor de los

Centros de Excelencia decide no 1) tratarlo debido a su negación por respetar los términos y las condiciones del programa de los Centros de Excelencia, incluidas las normas y políticas enumeradas en otras partes de este capítulo, o bien 2) determina que el procedimiento no es adecuado porque usted se rehúsa a cumplir con las restricciones o los requisitos médicos, incluidos, pero sin limitarse a perder peso, dejar de fumar, dejar de consumir bebidas alcohólicas, recibir apoyo social, conducto 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 que reúnan los requisitos de los servicios cubiertos, independientemente de que los servicios sean prestados por un proveedor dentro o de fuera de la red. 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 esta 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, 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 esta 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 digital. 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 del capítulo [Reclamos y apelaciones](#) titulada [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 del capítulo

Reclamos y apelaciones titulada **Reclamos y apelaciones titulada 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 previa al servicio: Si aún no ha recibido tratamiento pero está considerando recibir servicios de un proveedor o instalación 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 a las instalaciones de los Centros de Excelencia pueda provocar una parálisis o la pérdida de la vida, o
- Las instalaciones de los Centros de Excelencia no recomiendan 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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Reclamos y apelaciones titulada 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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Reclamos y apelaciones titulada 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 **Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia** en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Solicitud de excepción posterior al servicio: 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 requerían 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 titulada **Reclamos y apelaciones titulada 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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Reclamos y apelaciones titulada 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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **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 bajo el programa de los Centros de Excelencia.

Si reúne los requisitos 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 que reúnan los requisitos 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 opta por no participar en el programa de los Centros de Excelencia para trasplantes, 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 usted solicita y recibe una excepción de la red, tal y como se comenta en la sección del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **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.

Excepción para los receptores de trasplantes pediátricos menores de 19 años: Los receptores de trasplantes pediátricos menores de 19 años (excepto los trasplantes de córnea e intestinales) deben someterse a una revisión antes del trasplante en Mayo Clinic. 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 los donantes de trasplantes: Por lo general, el AMP pagará los gastos médicos que reúnan los requisitos 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 que reúnan los requisitos para los servicios cubiertos.

El AMP pagará los gastos médicos que reúnan los requisitos 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, tiene la responsabilidad 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 un donante muerto solo se cubren si los gastos forman parte de la tarifa contratada del proveedor por el TPA del AMP.

Período de espera 12 meses

Para reunir los requisitos necesarios 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 período 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 reúne los requisitos 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 período 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 período 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 período 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 período de espera de 12 meses no se aplicará a su dependiente nuevo, siempre y cuando haya cumplido su período de espera de 12 meses, sujeto a otras condiciones en esta sección.

El período 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 período de espera de 12 meses (por ejemplo, si dejó de trabajar y fue contratado de nuevo o si abandonó voluntariamente la cobertura), su período anterior de inscripción en el AMP contará para el período 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 tipos de servicios de trasplante (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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Procedimientos de apelación especiales para los Centros de Excelencia** para obtener información sobre cómo solicitar una exención.

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 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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Servicios de trasplante: solicitud de excepción de la red para la cobertura fuera del programa de los Centros de Excelencia**.

Solicitud de excepción previa al servicio: 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.

Las solicitudes de excepción previa al servicio deben presentarse al AMP en la dirección y de acuerdo con los procedimientos descritos en la sección del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **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

del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **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 del capítulo **Reclamos y apelaciones** titulada **Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia**.

El rechazo de trasplantes por parte de Mayo Clinic no está sujeto a revisión en virtud de este proceso si Mayo Clinic decide no: 1) tratarlo debido a su negativa por respetar los términos y las condiciones del programa de Centros de Excelencia, incluyendo las reglas y políticas enumeradas en otras partes de este capítulo, o 2) bien 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 18 años de edad para participar. Los servicios deben ser brindados por una instalación de los Centros de Excelencia designados por el AMP.

Si usted reúne los requisitos 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 la instalación del programa de los Centros de Excelencia después de que usted satisfaga su deducible dentro de la red.

Si usted reúne los requisitos 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 satisfacer 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 satisfacer 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 una institución de los Centros 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

Para reunir los requisitos 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 reúne los requisitos 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 18 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 18 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 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.

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, incluyendo Medicare Parte A o Parte B como plan principal, el AMP no pagará el monto del reclamo.

Walmart Health

Walmart Health consiste en instalaciones 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 cubiertos 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 una instalación 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 las instalaciones 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 las instalaciones 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 DETERMINADAS INSTALACIONES DE SALUD DE WALMART

Su TPA puede establecer un contrato con una instalación de Walmart en particular para que sea un proveedor dentro de la red, pero no todas las instalaciones de salud de Walmart son proveedores dentro de la red.

Si la instalación de Walmart Health es un proveedor de la red bajo su opción de AMP: La instalación de Walmart Health presentará los reclamos al 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 la instalación de Walmart Health no es un proveedor de la red bajo su opción de AMP: La instalación de Walmart Health no presentará reclamos al 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 una instalación 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

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, o en la opción de plan local o Plan PPO, y
- Su lugar de trabajo no se encuentra en Illinois (excepto el área metropolitana de Chicago), Indiana (excepto los condados de Lake o Porter), Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Virginia, o
- Su TPA es UMR y su lugar de trabajo es en Illinois, Indiana, Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Virginia.

ASISTENTE PERSONAL DE SALUD

Su asistente personal de salud es su único punto de contacto para todas las consultas. Puede averiguar qué cubre su opción del AMP, buscar un médico altamente calificado según sus preferencias, obtener recomendaciones de atención médica personalizadas para afecciones nuevas o existentes y obtener información sobre los servicios de administración de la atención. Según la naturaleza del problema, el asistente personal de salud responderá sus preguntas o lo guiará para que se comunique con el lugar correcto. Llame al número de su asistente personal de salud que figura en su tarjeta de identificación del plan.

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
- UMR no es su TPA, y
- Su lugar de trabajo se encuentra en Illinois (excepto el área metropolitana de Chicago), Indiana (excepto los condados de Lake y Porter), Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Virginia.

INCLUDED HEALTH: BÚSQEDA 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 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 le pondrá en contacto con médicos e instalaciones dentro de la red altamente valorados y adecuados para sus necesidades clínica. 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, o en la opción de plan local o Plan PPO.

Apoyo 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, o en la opción de plan local 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 son 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, o en la opción de plan local o Plan PPO.

NAVEGAR SUS BENEFICIOS

Beneficio por desplazamiento para cuidados complejos (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 cuidados complejos en los que se requieren visitas en persona. Puede tener derecho al beneficio si reside a más de 100 millas de un proveedor cualificado para prestar los servicios cubiertos o si reside en un estado donde un proveedor cualificado tiene prohibido prestar el servicio cubierto y reside a más de 100 millas de un proveedor que Included Health ha determinado que está cualificado y legalmente autorizado para prestar los servicios cubiertos. Si reúne los requisitos, el AMP pagará los gastos de viaje cubiertos si se desplaza 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 su formulario W-2.

El beneficio de viaje solamente está disponible para la atención médica o de salud mental compleja, 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 vista relacionados con los controles rutinarios de la vista

Included Health debe aprobar previamente los beneficios de viaje para la atención compleja. Si Included Health determina que usted reúne los requisitos para el beneficio de viaje, Included Health designará al proveedor cualificado que esté más cerca de su residencia y, a su solicitud, le ayudará a programar una cita con el proveedor cualificado designado.

El beneficio de viaje para cuidados complejos facilita un beneficio de viaje solamente para el desplazamiento al proveedor cualificado 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 cualificado designado en el destino del viaje, los cuales están sujetos a todos los términos y condiciones de cobertura aplicables del AMP, incluyendo las limitaciones y exclusiones.

Si opta por no viajar al proveedor cualificado 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 cualificado designado. Las decisiones sobre la atención médica del proveedor cualificado 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 compleja](#) 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.

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+ –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://www.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, o en la opción de plan local 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 anesestiólogo 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 más arriba en este capítulo [Cuándo se pagan beneficios de la red para servicios fuera de la red](#)). 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 visitas de asesoramiento de la salud por video para 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. Visite [Doctor On Demand](https://www.DoctorOnDemand.com/WalmartCare) en línea en [DoctorOnDemand.com/WalmartCare](https://www.DoctorOnDemand.com/WalmartCare) o llame al **855-377-2200**.

Este servicio está disponible para usted si se cumplen los siguientes requisitos:

- Su lugar de trabajo es en Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, North Carolina, Ohio, South Carolina, Tennessee, Virginia, West Virginia o Wisconsin, y
- 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.

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 en línea de mentores y otras personas que han abandonado el hábito de consumir tabaco.
- Asistencia telefónica de un mentor capacitado en salud.
- Manual para dejar el tabaco disponible en línea o enviado por correo a su domicilio.
- Apoyo por correo electrónico con consejos para ayudarlo a dejar de fumar y permanecer motivado.
- Medicamentos de venta libre para dejar el tabaco, incluidos parches gratuitos, goma de mascar, pastillas (estos medicamentos 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.

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. El programa está disponible para usted si está inscrito en las opciones de AMP que se enumeran a continuación, que ofrecen a sus participantes programas de maternidad comparables.

Si está formando una familia, incorporándose a una familia, o simplemente considerándolo, el programa Vida con Bebé la puede ayudar a tener un embarazo seguro y favorable. El programa se ofrece sin cargo, pero la inscripción no es automática. Se brinda asistencia durante la preconcepción, el embarazo, el parto (incluidas tres consultas para asesoramiento sobre lactancia) y 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 inscrita, tendrá la oportunidad de hablar en forma confidencial con un/a enfermero/a personal registrado/a antes, durante y después del embarazo, así como acceso a una aplicación de maternidad a través de Ovia. La participación en el programa es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

Si su lugar de trabajo se encuentra en Georgia, Illinois, Indiana o Luisiana y está inscrito en la opción del Plan Premier, Contribution o Saver, también tiene derecho a los servicios de doula. Para obtener detalles, consulte [Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP](#) más adelante en este capítulo.

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.

PROGRAMA DE REDIRECCIÓN DE 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 formulario y de abastecimiento que especifique el AMP, cuando corresponda, y permanecer activo en el programa de acuerdo con los términos establecidos.

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.

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 es en Arkansas, Florida, Georgia, North Carolina o Texas; 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:

- Su lugar de trabajo es en Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, North Carolina, Ohio, South Carolina, Tennessee, Virginia, West Virginia o Wisconsin, y
- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en una opción de plan local.

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:

- Su lugar de trabajo es en Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, North Carolina, Ohio, South Carolina, Tennessee, Virginia, West Virginia o Wisconsin, y
- Está inscrito en la opción de Plan Premier, Plan Contribution o Plan Saver, o en una opción de plan local.

Programa de atención preventiva

De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), para que un servicio de atención preventiva reúna los requisitos 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](https://www.One.Walmart.com) o comuníquese con su administrador de terceros al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA ADULTOS

- **Abuso de alcohol** examen de detección y asesoramiento
- **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
- **Asesoramiento en cáncer de piel** para adultos jóvenes hasta la edad de 24 años
- **Asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)** para adultos con mayor riesgo de infección
- **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
- **Examen para la detección de cáncer** colorrectal para adultos mayores de 45 años
- **Profilaxis preexposición (PrEP)** con una terapia antirretroviral eficaz para las personas que corren un alto riesgo de contraer VIH
- **Prueba de detección** (es decir, mediante preguntas) de consumo de drogas nocivas para adultos mayores de 18 años
- **Prueba de detección de consumo de tabaco** para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para fumadores
- **Prueba de detección de cáncer de pulmón** para ciertos adultos de entre 50 y 80 años con antecedentes de tabaquismo
- **Prueba de detección de depresión** para adultos
- **Prueba de detección de hepatitis B** para todos los adultos de 18 a 79 años
- **Prueba de detección de hepatitis C** para personas con alto riesgo
- **Prueba de detección de infección de tuberculosis latente (Latent tuberculosis infection, LTBI)** en personas de alto riesgo
- **Prueba de detección de presión arterial** para adultos
- **Prueba de detección de sífilis** para todos los adultos con mayores riesgos
- **Prueba de detección de VIH** para los adultos con mayores riesgos
- **Prueba de detección y asesoramiento en obesidad** para todos los adultos
- **Un único examen de detección de aneurisma aórtico abdominal** para hombres de edades específicas que hayan fumado alguna vez
- **Vacunas para adultos** las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían:
 - 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
 - Tétanos, difteria, tos ferina
 - Varicela

Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación en: cdc.gov/vaccines/schedules.

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA MUJERES, INCLUIDAS EMBARAZADAS

- **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 estén amamantando. Consulte con su administrador de la red subcontratado (TPA) para obtener información sobre cómo obtener un extractor de leche.
- **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
- **Asesoramiento para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)** para mujeres sexualmente activas
- **Asesoramiento sobre peso saludable y aumento de peso** 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
- **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
- **Examen anual de detección de incontinencia** urinaria y derivación para evaluación y tratamiento adicionales si se indica
- **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
- **Examen de detección de osteoporosis** para mujeres mayores de 65 años y mujeres posmenopáusicas más jóvenes según los factores de riesgo
- **Examen de detección de preeclampsia** para mujeres embarazadas que presentan presión arterial alta durante el embarazo
- **Examen de detección de sífilis** para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo
- **Examen para la detección de Hepatitis B** para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
- **Examen para la detección de incompatibilidad de Rh** para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo
- **Examen para la detección de infección** por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
- **Exámenes de detección de consumo de tabaco e intervenciones** para todas las mujeres, y asesoramiento ampliado para fumadoras embarazadas
- **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
- **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 aromatasa) para determinadas mujeres que corren mayor riesgo de padecer cáncer de mama

- **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
- **Prueba de detección de bacteriuria** en el tracto urinario y otras infecciones para mujeres embarazadas
- **Prueba de detección del cáncer de cuello uterino** para mujeres de entre 21 y 65 años
- **Prueba de detección y asesoramiento para la violencia doméstica e interpersonal** para todas las mujeres y, según corresponda, servicios de intervención inicial
- **Prueba de detección y asesoramiento sobre el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**
- **Pruebas de detección de ansiedad** en mujeres adolescentes y adultas, incluidas las que están embarazadas o atravesando el período de posparto
- **Pruebas de detección de depresión** materna para madres en ciertas consultas de control de niños sanos
- **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
- **Suplementos de ácido fólico** para mujeres que pueden llegar a quedar embarazadas (se requiere receta médica). Consulte **Beneficio de farmacia** para obtener más información.
- **Visitas para mujeres sanas** para obtener servicios preventivos recomendados para mujeres
- **Examen para la detección de fenilcetonuria (PKU)** para este desorden genético en recién nacidos
- **Examen para la detección de hipotiroidismo** congénito para recién nacidos
- **Examen para la detección de presión arterial** para niños de todas las edades
- **Exámenes y asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (STI)** para adolescentes con alto riesgo de infección
- **Historia clínica** para todos los niños durante el período de desarrollo
- **Intervenciones contra el consumo de tabaco** en niños y adolescentes que se encuentran en edad escolar que no han comenzado a consumir tabaco
- **Medicamentos oftalmológicos para la prevención de la gonorrea** para todos los recién nacidos
- **Mediciones de altura, peso, longitud, circunferencia del cráneo, peso por longitud e índice de masa corporal** para niños
- **Prueba de detección de anemia** para niños de 12 meses
- **Prueba de detección de dislipidemia** para niños con alto riesgo de trastornos de lípidos
- **Prueba de detección de hepatitis B** para adolescentes con alto riesgo
- **Prueba de detección de insuficiencias cardíacas congénitas** críticas para recién nacidos
- **Prueba de detección de la bilirrubina** para recién nacidos
- **Prueba de detección de VIH** para adolescentes
- **Prueba de tuberculina** para niños con alto riesgo de tuberculosis
- **Suplementos de fluoruro para quimioprevención** para niños sin fluoruro en la fuente de agua y barniz de fluoruro para los dientes de leche para todos los bebés y niños (se requiere receta médica)
- **Vacunas** para niños recién nacidos hasta los 18 años de edad; las dosis, las edades, y poblaciones recomendadas varían:
 - 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

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA NIÑOS

- **Análisis conductual/social/emocional** para niños de todas las edades
 - **Análisis de detección de paro cardíaco súbito y la muerte súbita** en adolescentes
 - **Análisis de la depresión y del riesgo de suicidio** en adolescentes
 - **Análisis de sangre** para recién nacidos
 - **Asesoramiento sobre cáncer de piel** para adultos jóvenes de hasta 24 años y padres de niños pequeños
 - **Asesoramiento y examen para la detección de obesidad**
 - **Evaluaciones de riesgo para la salud bucal** para niños pequeños (recién nacidos hasta 10 años)
 - Evaluación sobre el consumo de tabaco, alcohol o drogas para adolescentes que presentan mayor riesgo
 - **Examen de células falciformes o hemoglobinopatías** para recién nacidos
 - **Examen de detección de displasia cervical** para mujeres sexualmente activas
 - **Examen de detección de plomo** para niños con riesgo de exposición
 - **Examen de la audición** para todos los niños
 - **Examen de la visión** para todos los niños
 - **Examen físico** para niños de todas las edades
 - **Examen para detección de trastornos del desarrollo** para niños menores de 3 años y seguimiento durante la niñez
 - **Examen para la detección de autismo** para niños de entre 18 y 24 meses
- Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación al visitar [cdc.gov/vaccines/schedules](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules).

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.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE LA COVID-19 (INCLUIDAS VACUNAS)

Durante la emergencia de salud pública declarada por el Secretario de Salud y Servicios Humanos como resultado del brote de COVID-19 (“emergencia de salud pública”), el AMP cubrirá cualquier “servicio preventivo contra el coronavirus calificado” (en el sentido que establece el Título 29 del Código de Regulaciones Federales [CFR], secciones 2590.715–2713 o según sea de otra forma requerido por ley) sin costo compartido, ya sea que el servicio lo brinde un proveedor dentro de la red *preferido*, un proveedor dentro del red o un proveedor fuera de la red.

A la fecha de impresión de este Libro de beneficios para asociados, “servicio preventivo contra el coronavirus calificado” incluye ciertas vacunas contra la COVID-19. Consulte cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/covid-19.html para obtener la lista actualizada de vacunas contra la COVID-19 en esta categoría. Por lo tanto, durante la emergencia de salud pública, el AMP cubrirá estas vacunas contra la COVID-19 sin costo compartido, ya sea que las vacunas las proporcione un proveedor dentro de la red *preferido*, un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. El AMP también cubrirá, sin costo compartido, la administración de las vacunas contra la COVID-19 que sean “servicios preventivos contra el coronavirus calificados”.

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.
- 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).
- 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) en el que se establezca la tarifa que el AMP pagará por un servicio o suministro. En estos casos, el MAC será la tarifa establecida en el acuerdo con el proveedor fuera de la red.

En el caso de los servicios de emergencia y ciertos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red en centros 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](#).

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 Aetna's National Advantage Program (NAP). 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 tarifa 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 institución. 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. En el caso de los servicios de hospitales e instituciones de 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.

HealthSCOPE Benefits: En el caso de los planes locales administrados por HealthSCOPE Benefits, no existen beneficios para los servicios fuera de la red que los participantes soliciten de manera voluntaria. En el caso de los servicios fuera de la red que se proveen de emergencia o involuntarios aprobados, HealthSCOPE Benefits utilizará un descuento por medio de una "red envolvente", de encontrarse disponible y si se ajusta a la Ley de Cuidado de Salud Asequible. (Una red de envolvente es un grupo de proveedores no contratados que acordaron prestar servicios a los participantes del plan con un descuento). Si no hay descuentos disponibles por medio de una red envolvente, el MAC ascenderá al 125 % del cargo máximo permitido de Medicare. 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, HealthSCOPE Benefits utilizará una metodología de intervalo para calcular el MAC. En algunos casos, un individuo puede llegar a un acuerdo con el proveedor fuera de la red.

UMR: 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.

MÉDICAMENTE NECESARIO

"Médicamente necesario" (o de "necesidad médica"), por lo general, 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.
- 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.
- 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. A continuación, 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, incluyendo 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 compleja (para más información, consulte la sección [Presentar un reclamo de beneficios de viaje por atención compleja](#) 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 del transporte en ambulancia o en ambulancia aérea se limita al hospital más cercano o al centro de tratamiento más cercano que pueda facilitar atención, y solamente si tal transporte es médicamente necesario en comparación con otros métodos de transporte cuyo costo y seguridad sea menor.

Anticonceptivos: Los métodos anticonceptivos prescritos por la FDA para las mujeres y la esterilización femenina están cubiertos bajo los servicios de atención preventiva para la mujer, incluyendo, pero sin limitarse a, los siguientes:

- 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 recetado
- 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:

- Abortos
- Medicamentos abortivos prescritos, incluido, por ejemplo, el RU-486
- Métodos anticonceptivos de venta libre que no se recetan, incluyendo pero sin limitarse al Plan B, espermicidas, condones, esponjas vaginales, termómetros basales y kits de predicción de la ovulación.

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 bajo el 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.

Atención de enfermería domiciliaria: se cubrirán los servicios de enfermería profesional de atención privada domiciliaria 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 de las especialidades: La atención médica que se brinda habitualmente en los siguientes establecimientos 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.

Beneficios para embarazos: Los gastos de embarazos se cubren de igual manera que cualquier otra afección médica. Consulte los [servicios de doula](#) anteriormente en esta sección para obtener información sobre los servicios de doula en ciertas ubicaciones piloto. (Los servicios prenatales que reúnen los requisitos están cubiertos por el 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.

Cobertura médica durante viajes de negocios internacionales: La compañía proporciona un seguro médico para los viajes de negocios internacionales a través de una póliza de seguro de GeoBlue. Si participa en el Plan de Ahorro, no reúne los requisitos 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 cuenta 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.

Cuidado de los pies: para la atención podológica no quirúrgica en relación con el tratamiento de las siguientes afecciones, el AMP 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 los dispositivos ortopédicos para los pies estén cubiertos si los receta un médico calificado y si se moldean de manera personalizada bajo la supervisión del médico, sujeto al límite por año calendario descrito anteriormente. Los zapatos ortopédicos recetados por un médico se limitan a dos pares de zapatos ortopédicos por año calendario.

Cuidados paliativos: Los cuidados paliativos son un programa integrado que ofrece servicios de comodidad y apoyo a las personas que padezcan enfermedades terminales. Los cuidados paliativos están cubiertos si la esperanza de vida estimada es de 12 meses o menos, de acuerdo con el certificado del 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.

Dispositivos auditivos: 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.

El AMP cubre el transporte en ambulancia o en ambulancia aérea cuando un director médico de un TPA recomienda el transporte a unas instalaciones específicas 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 instalaciones médicas 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.

Ensayos clínicos: Los ensayos clínicos aprobados están cubiertos en circunstancias limitadas. 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.

Equipo médico duradero (DME)/suministros médicos para el hogar: Los equipos médicos duraderos que satisfacen todos los criterios siguientes están cubiertos, salvo lo indicado en la sección de **equipos médicos duraderos no cubiertos** de la siguiente página.

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 (medical doctor, MD) o un doctor en osteopatía (doctor of osteopathy, 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;
- 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.

Fonoaudiología: 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.

Interrupción del embarazo: Los gastos por procedimientos, servicios, medicamentos y suministros relacionados con la interrupción del embarazo, incluyendo los servicios de aborto, no están cubiertos, excepto cuando esté permitido por ley: 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 el proceso de nacimiento, o la muerte del feto sería inminente después del nacimiento, 2) en los casos en que la mujer está embarazada debido a una violación o incesto, o 3) en caso de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo. Consulte el [beneficio de viaje para cuidados complejos](#) en la tabla [Navegar sus beneficios](#) para más información sobre los servicios de viaje que pueden estar disponibles.

No se cubren los costos de traslado en ambulancia para la conveniencia exclusiva del participante, acompañante o proveedor.

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

Los equipos médicos que no están cubiertos son: 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, gabinetes ultravioleta, 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 no son médicamente necesarios.

Protésicos: 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.

Pruebas de antígeno prostático específico (PSA):

Solamente se cubren cuando se realizan como parte de un diagnóstico clínico.

Servicios de doula: El AMP cubre los servicios de doula para las mujeres embarazadas que estén inscritas en una opción de AMP y trabajen en Georgia, Illinois, Indiana o Luisiana, 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 a través de la National Black Doula Association o DONA International. Los montos por los servicios de doula están sujetos a impuestos.

Servicios de trasplante: Consulte la sección de este capítulo [Centros de Excelencia](#) 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 periodo de espera. El trasplante de partes del cuerpo (por ejemplo, cara, manos, pies, piernas, brazos, útero) no está cubierto en ningún caso.

Servicios para la vista: 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 vista 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 de la vista para niños cubiertos conforme a las pautas de atención preventiva. Algunos de estos servicios pueden estar cubiertos conforme al plan de la vista. Consulte el capítulo [Plan de la vista](#).

Terapia ocupacional/física 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.

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, siempre que el servicio odontológico sea médicamente necesario y sea inherente y UNA 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 instalaciones y cargos profesionales de procedimientos extensos en los que un cirujano bucal no puede suministrar anestesia general en un consultorio, o gastos de 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 requieren cantidades extensas de atención (más de cuatro citas).
 - Un individuo con una de las siguientes condiciones 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

Tratamiento de 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. Es posible que los servicios de fertilidad, como la FIV y la IUI, estén cubiertos por el programa Centros de Excelencia, incluso si no son médicamente necesarios. 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.

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.

Tratamiento para la disforia de género: los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la disforia de género se incluyen dentro de la cobertura:

- 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
- 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.

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.

Uso no autorizado de medicamentos inyectables para la quimioterapia para pacientes con cáncer:

Estos medicamentos se cubrirán siempre que se consientan 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 (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 que no tienen 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 (Food and Drug Administration, 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.

Visitas de asesoramiento telefónico: 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 la salud por teléfono 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.

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

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.

Asistencia para el matrimonio, la familia y las relaciones: o terapia para ayudar a lograr un desarrollo intrapersonal o interpersonal más efectivo.

Autopsia

Biorretroalimentación

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.

Compensación de trabajadores: El tratamiento de cualquier lesión compensable, según se define en la Ley de Compensación para Trabajadores vigente, independientemente de si presentó o no el reclamo de los beneficios de compensación para trabajadores de forma oportuna.

Copagos de la HMO

Copagos o descuentos, deducibles o coseguros

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.

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.

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.

Gastos en efectivo

Gastos relacionados con citas incumplidas, y revisión o almacenamiento de la información o los datos de atención de la salud

Hospitalizaciones o servicios optativos para pacientes hospitalizados y ambulatorios fuera de los Estados Unidos

Juicios y acuerdos

Lesión o enfermedad relacionada con el servicio militar: incluidas lesiones o enfermedades relacionadas con actos de guerra, declarados o no, o provocadas por estos.

Medicamentos, artículos y equipos no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA)

Medicamentos y equipos de venta libre: excepto medicamentos específicos para el cuidado preventivo. Para obtener más información, consulte el capítulo **Beneficio de farmacia**.

Más allá del ámbito 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.

Neuroretroalimentación

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 infracción de tráfico), o de su participación en un disturbio o insurrección, o que se prestan durante tales circunstancias.

Padres sustitutos: 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.

Programas de rehabilitación laboral o programas vocacionales similares

Proveedores o instituciones no acreditados/no autorizados

Reclamos tardíos: Cargos recibidos más de 18 meses después de la fecha de servicio. Consulte [Presentación de un reclamo médico](#) 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 la compañía o ante el TPA del AMP, ese plazo no se considerará con relación al período de presentación antes mencionado.

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.

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 u honorarios de abogados.

Servicios de infertilidad, incluyendo:

- 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 bajo los Centros de Excelencia; consulte la sección [Centros de Excelencia](#) de este capítulo.

Servicios de quiropraxia: 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.

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.

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](#).

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 cuyo costo supera las tarifas contratadas con los proveedores; o
- Cargos por registros médicos.

Servicios prestados por una entidad gubernamental mientras se encuentra encarcelado

Servicios prestados por un miembro de la familia cercana del paciente

Servicios proporcionados por Walmart Health: Cargos por servicio que no sean preventivos, a excepción de cuando la instalación de Walmart Health se considere un proveedor dentro de la red.

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).

Tratamiento con ondas de choque extracorpóreas: Para la fascitis plantar y otras afecciones musculoesqueléticas.

Tratamiento no tradicional/alternativo (incluidos la homeopatía, naturopatía, hipnosis y terapia con masajes).

Tratamientos y servicios experimentales, de investigación y/o que no son médicamente necesarios: Los servicios médicos experimentales y/o de investigación son aquellos que se definen como experimentales y/o de investigación de acuerdo con los protocolos establecidos por su TPA. El TPA de los Centros de Excelencia es quien toma esta determinación para los servicios de los Centros de Excelencia.

Viaje y alojamiento, a excepción de lo especificado en los Centros de Excelencia o en los beneficios de viaje para cuidados complejos: Consulte el [Beneficio de viaje para cuidados complejos](#) 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.

Presentar un reclamo médico (que no sean los beneficios de viaje por atención compleja)

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](#). 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 compleja

Si Included Health no da aprobación previamente de sus beneficios de viaje para la atención compleja 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](#) o bien puede llamar a Included Health at **800-941-1348** para solicitar una copia impresa.

Los reclamos de beneficios de viaje para la atención compleja 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 vista](#) del capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Para obtener información sobre dónde presentar un reclamo, consulte el formulario de reclamo en [One.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. Consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#) para obtener más información.

- 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 a 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 también 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 Medicare Parte D, no podrá inscribirse en el AMP. Además, si su dependiente está inscrito en Medicare Parte D y usted no lo está, usted es elegible para inscribirse en el AMP, pero su dependiente no será elegible para tal 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 la compañía y tiene más de 65 años;
- En la actualidad es empleado de la compañía 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 o no 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 la compañía; 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 la compañía.

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 la compañía, 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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del AMP. La cobertura para los dependientes finaliza cuando su cobertura termina o cuando un dependiente deja de ser un dependiente que reúne los requisitos (como se define 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 [Ley COBRA \(Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria\)](#).

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** en el 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo 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 13 semanas o más de la fecha de cuando 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 que reúne los requisitos estaban inscritos en el AMP y habían acumulado montos para, o habían alcanzado, el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad bajo el 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 los 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 DE 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	122
Cuidado preventivo	124
Qué no está cubierto por el beneficio de farmacia	125
Descuentos de farmacia para medicamentos recetados no cubiertos	125
Asistencia del fabricante, y otros descuentos o cupones	126
Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia	126
Privacidad y seguridad	126

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 [Plan médico](#).

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura sea efectiva, 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 One.Walmart.com u OptumRx.com/Walmart	
Consulte la farmacia especializada de Walmart	Visite One.Walmart.com	Llame a la farmacia especializada de Walmart al 800-284-9770
Encontrar una farmacia de la red de OptumRx	Visite OptumRx.com	Llame a OptumRx al 844-705-7493
Obtenga información sobre farmacias con servicio de entrega a domicilio de Walmart	Visite One.Walmart.com	Llame a Walmart para servicio de farmacia de entrega a domicilio al 866-855-0740
Para consultas sobre beneficios farmacéuticos		Llame a OptumRx al 844-705-7493
Obtener la lista de medicamentos de marca cubiertos	Visite One.Walmart.com u OptumRx.com/Walmart	Llame a OptumRx al 844-705-7493

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 formulario 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 más adelante en este capítulo **Medicamentos de uso crónico**.
 - 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 de este capítulo **Beneficio de farmacia**.

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 mantenimiento 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, incluyendo:

- 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 medicamentos genéricos y de marca que se han evaluado

para probar su calidad y eficacia, y que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. OptumRx administra este listado. Puede ver una lista abreviada en [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 de farmacia](#) 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 del plan local**, deberá pagar el copago o el coseguro de su propio bolsillo al comprar medicamentos recetados. (Si está cubierto por el Plan Contribution, los fondos de la HRA no pueden utilizarse para comprar recetas o para reembolsar los copagos o coseguros relacionados con las recetas). Sus copagos se aplican al máximo anual de desembolso de su plan 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 satisfaga su deducible anual de la red, pagará el copago o coseguro requerido. (Las excepciones son 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 más adelante en este capítulo [Medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver](#)). Sus copagos se aplican al máximo anual de desembolso 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 formulario 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 DE FARMACIA

Medicamentos genéricos del listado*

Suministro de hasta 30 días
Suministro de 31 a 60 días
Suministro de 61 a 90 días

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.

Medicamentos de marca del listado*

Suministro de hasta 30 días.

Los suministros de más de 30 días se deben comprar a través del servicio de pedido por correo.

Medicamentos fuera del listado

Copago de \$4
Copago de \$8
Copago de \$12

\$50 o el 25 % del costo permitido, lo que sea mayor

Sin cobertura

Medicamentos de especialidad

Estarán disponibles únicamente en la farmacia especializada de Walmart (excepto los medicamentos para la fertilidad)

\$50 o el 20 % del costo permitido, lo que sea mayor

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](#).

*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.

Cuando 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](#) adelante. 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

Recetas genéricas: 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](#).

Un 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.

Medicamentos 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. Se requiere un nivel de servicio superior para los medicamentos especializados, ya sean administrados por un profesional de la salud, auto inyectados o tomados por vía oral. (Los medicamentos que se utilizan para tratar la diabetes no se consideran medicamentos especializados). Consulte la siguiente página para conocer las reglas especiales para los medicamentos especializados para fines de fertilidad.

MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO

A partir del 1 de enero de 2023, 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 regular y recurrentemente. 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.

Si utilizaba una farmacia de la red OptumRx para surtir sus medicamentos de mantenimiento antes del 1 de enero de 2023, debe transferir esas recetas a la Farmacia de entrega a domicilio de Walmart o a cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club para recibir el beneficio de farmacia del AMP. 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

A partir del 1 de enero de 2023, deberá utilizar la Farmacia de medicamentos especializados 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. Si, antes del 1 de enero de 2023, utilizaba la farmacia de medicamentos especializados de OptumRx para surtir sus medicamentos especializados, debe transferir esas recetas a la Farmacia de medicamentos especializados de Walmart. 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. Si ha recibido una autorización previa para un medicamento especializado y esa autorización previa sigue vigente el 1 de enero de 2023, se transferirá a la Farmacia de medicamentos especializados de Walmart. 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 del Plan. 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 [Plan médico](#).

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Se exige una autorización previa para que algunos medicamentos sean cubiertos por el AMP, incluyendo 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 reúne los requisitos para recibir el medicamento en virtud del AMP, el mismo 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**.

PROGRAMA DE REDIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES

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 sugerirán lugares de atención alternativos. Para obtener más información, llame a OptumRx o a su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

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 en esta sección [Proceso de excepciones de atención preventiva](#).

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 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 medicamento necesario en lugar de uno genérico, consulte en esta página [Proceso de excepciones de atención preventiva](#).

En la tabla [Medicamentos preventivos de venta libre](#) a continuación, se incluyen algunos de los medicamentos preventivos de venta libre comunes identificados por la Fuerza de Tareas Preventivas de los Estados Unidos (USPSTF). Para obtener una lista actualizada de los medicamentos de venta libre de atención preventiva cubiertos, llame a OptumRx al **844-705-7493** o visite One.Walmart.com para ver una lista.

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE 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 medicamento 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:

- Los medicamentos compuestos que consisten en dos o más ingredientes que se miden, preparan o mezclan de acuerdo con un pedido con 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. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos como parte del beneficio de atención preventiva en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible, cuando se provee una receta. 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.

Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia

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. Las apelaciones se procesan según los términos establecidos 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 reúne los requisitos, 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 obtener 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	130
Elegibilidad para la HSA	130
Cómo abrir su HSA	131
Contribuciones a su HSA	132
Pago de los gastos médicos calificados con su HSA	133
Cómo invertir en su HSA	134
Si deja la compañía o deja de estar inscrito en el Plan Saver	134
Cómo cerrar su HSA	134

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 contribuciones a la HSA están exentas de impuestos y la compañía 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.	Ingrese en One.Walmart.com	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Acceda a su HSA	Ingrese en MyHealthEquity.com 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 866-296-2860 . 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.	irs.gov Publicación 502 del IRS , <i>Gastos médicos y dentales</i> Publicación 969 del IRS , <i>Cuentas de ahorro para la salud y otros planes de salud con ventajas fiscales</i>	Llame a HealthEquity al 866-296-2860 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.
- La compañía realizará contribuciones paralelas antes de impuestos por cada dólar que usted contribuya hasta el límite de contribuciones paralelas.
- 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 del 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 la compañía ha contratado la recepción de las contribuciones a la HSA que se realizan mediante deducciones en nómina y contribuciones paralelas de la compañía. 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, la compañía 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 la compañía 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, la compañía no asegura la HSA que se describe en este capítulo. La compañía 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 la compañía 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 vista 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 vista, 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 un seguro por enfermedad grave que ofrece el Plan, no reúne los requisitos de la cobertura adicional para trasplante de órganos principales del seguro de enfermedad grave debido a las directrices del IRS que establecen que tal 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 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 Servicio de Salud para las Poblaciones Indígenas (IHS) durante los tres meses anteriores.
- Puede presentar un reclamo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Asimismo, no reúne los requisitos 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 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 está 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.

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 la compañía, 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 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 tal 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 la compañía 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 la compañía.

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 la compañía 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.

Para transferir fondos de una HSA anterior, póngase en contacto con HealthEquity llamando al **866-296-2860**.

GASTOS DE LA HSA

La compañía 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 la compañía, 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. El cronograma de cargos también se incluye en el kit de bienvenida.

La compañía no pagará los cargos por giros en descubierto, los cargos por contribuciones en exceso ni los cargos por la pérdida de la tarjeta. Asimismo, la compañía 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 la compañía). Las contribuciones suelen basarse en 26 períodos de pago.
- La compañía realiza 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 la compañía. Si bien puede solicitar una deducción en el impuesto sobre la renta por las contribuciones realizadas directamente a su HSA, no hay una deducción correspondiente por los impuestos del Seguro Social o Medicare que puedan haberse aplicado a los fondos utilizados para realizar las contribuciones directas. (Para fines comparativos, las

contribuciones antes de impuestos que se realizan mediante deducciones de nómina están exentas de los impuestos del Seguro Social y Medicare, al igual que del impuesto federal sobre la renta y, en varios casos, del impuesto estatal sobre la renta). La compañía no lleva un seguimiento de sus contribuciones a la HSA después de impuestos; usted tiene la responsabilidad de asegurarse de no exceder el límite de contribución anual.

- 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 el asociado únicamente a cobertura familiar dentro del Plan Saver durante el año, la compañía 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 el asociado únicamente durante el año, no se reducirán las contribuciones paralelas que la compañía 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 2023, la contribución anual máxima que se puede hacer a su HSA es:

- \$3,850 para la cobertura individual, o
- \$7,750 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 LA COMPAÑÍA A LA HSA

El deducible anual de la red del Plan Saver	Contribución equivalente de la compañía: \$1 por \$1 hasta	La contribución máxima anual para 2023 (contribuciones del asociado y de la compañía combinadas)*
\$3,000 (cobertura solo del asociado)	\$350	\$3,850
\$6,000 (cobertura familiar)	\$700	\$7,750

* Si el 31 de diciembre de 2023 usted tiene 55 años o más, puede contribuir un monto adicional de \$1,000 en 2023.

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. Reúne los requisitos 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 la salud que no satisfaga los requisitos el primer día del mes (como la cobertura a través de Medicare o un plan de salud con “deducible bajo”). Si no reúne los requisitos 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 reúna los requisitos para la HSA. Por ejemplo, si solamente reúne los requisitos a 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 2023, puede hacer contribuciones para ponerse al corriente adicionales a su HSA mediante deducciones del sueldo, como con su contribución regular. Para el 2023, 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 2023 para ambas cuentas combinadas se basa en el monto máximo que se puede contribuir para una familia: 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 2023, 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. La compañía 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 \$7,750 (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 2023, 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.healthequity.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.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 vista, 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 reúnen los requisitos 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.walmart.com) y [MyHealthEquity.com](https://www.healthequity.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 "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 la compañía 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 la compañía. 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.

Plan dental

Su plan dental	138
Cómo funciona el plan dental	138
Presentación de un reclamo dental	139
Qué está cubierto conforme al plan dental	140
Beneficios limitados	143
Qué no está cubierto conforme al plan dental	143
Interrupción de la cobertura	144
Cuándo finaliza la cobertura dental	144
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	145

La información de este capítulo describe los beneficios dentales 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) que reúne los requisitos
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, 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 sea efectiva, 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 One.Walmart.com o deltadental.com	Llame a Delta Dental al 800-462-5410 o a People Services al 800-421-1362
Obtenga respuestas a sus preguntas con respecto a los reclamos dentales y comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental	Visite deltadental.com y seleccione "Login/Register" (Iniciar sesión/Registrarse) para crear una cuenta.	Llame a Delta Dental al 800-462-5410
Obtenga un formulario de reclamo si utiliza un odontólogo que no forma parte de la red.	Visite One.Walmart.com o deltadental.com	

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 únicamente, 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:

- Únicamente asociado
- 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 dental

El plan dental cubre cuatro tipos de servicios odontológicos:

- **La cobertura de los servicios 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.

COBERTURA SEGÚN EL PLAN DENTAL			
Deducible anual Exento para atención preventiva y de diagnóstico, y ortodoncia	\$75 por persona/\$225 por familia		
Beneficio máximo No se aplica a la atención de ortodoncia	\$2,500 por persona cubierta por año calendario		
	Odontólogos de Delta Dental PPO	Odontólogos de Delta Dental Premier	Odontólogos fuera de la red
Atención preventiva y de diagnóstico 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, los servicios están cubiertos al 100 %. Visite One.Walmart.com para obtener información.		
Atención básica incluye empastes, periodoncia no quirúrgica y tratamiento de conducto	80 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
Atención compleja incluye periodoncia quirúrgica, coronas y dentaduras postizas	50 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
Asistencia de ortodoncia (espera de 12 meses) 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		

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.

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 odontológicos dentro y fuera de la red.

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**.

SEPA 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 sección [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 a 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.

Desbridamiento bucal completo: Limitado a una vez en la vida.

Evaluaciones de riesgo: Cubiertas una vez cada tres años para niños de 3 a 18 años.

Evaluaciones orales: Los beneficios se abonan de la siguiente manera:

- **Evaluación oral rutinaria:** Dos evaluaciones cubiertas durante un año calendario.
- **Evaluación oral exhaustiva y detallada o evaluación periodontal:** Las evaluaciones orales exhaustivas iniciales se pagan sujetas a las limitaciones a tiempo de las evaluaciones orales rutinarias. 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.

Limpieza (profilaxis dental): Se cubre una profilaxis, que incluye limpieza, raspado y pulido de los dientes, 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.

Mantenedores de espacio: Cubiertos para participantes de 13 años o menores. Se limitan a una aplicación por zona de extracción de espacio (cuadrante/arco) en cualquier periodo de 60 meses consecutivos. La reparación de un mantenedor de espacio no está cubierta.

Pruebas de vitalidad de la pulpa: Cubiertas si el mismo proveedor no realiza otro procedimiento definitivo el mismo día.

Radiografías interproximales: Limitadas a cuatro por año calendario. 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.

Radiografías periapicales: Cubierto según sea necesario.

Reparación de selladores: Cobertura para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para los 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.

Restauración preventiva con resina: Cobertura para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para los participantes menores de 19 años. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria cada cinco años.

Selladores: Cobertura para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para los 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.

Serie de radiografías panorámicas o de la boca entera: Limitada a un procedimiento en un periodo consecutivo de 60 meses. 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.

Tratamiento con fluoruro: Cubierto una vez en cada periodo consecutivo de 12 meses para los afiliados menores de 19 años. Se cubre una aplicación adicional por año calendario para los dependientes menores de 19 años que reúnan los

requisitos y que hayan sido identificados como tener un 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.

ATENCIÓN BÁSICA

Luego de alcanzar el deducible anual, el Plan paga el 80 % del gasto máximo permitido del plan para los tratamientos básicos.

Dispositivo ortésico oclusal (aparato para la articulación temporomandibular): Los beneficios se abonan una vez cada cinco años. No se cubren los ajustes dentro de los seis meses. Un ajuste cubierto por año posteriormente.

Empastes de amalgama y resina compuesta: Los beneficios se abonarán una vez por superficie dental en cualquier periodo consecutivo de 24 meses.

Endodoncia: Incluye terapia pulpar y endodoncia. Consulte [Tratamiento de conducto](#) en [Cuidado general](#) a continuación.

Extracciones: Las extracciones no quirúrgicas están cubiertas una vez por diente.

Mantenimiento periodontal: Solamente está cubierto si se realiza 30 días o más después de la finalización del 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.

Periodoncia no quirúrgica: Se proporciona una vez por cuadrante en cualquier periodo consecutivo de 24 meses.

CUIDADO GENERAL

Luego de alcanzar el deducible anual, el Plan paga el 50 % del gasto máximo permitido del plan para la atención compleja.

Ajustes Oclusales (limitados): 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.

Anestesia/anestesia general y sedación intravenosa: Cubierta solamente cuando se facilita bajo las siguientes circunstancias:

- El paciente padece una afección médica 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.

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.

Coronas, restauración con molde dentario, incrustaciones y recubrimientos y carillas: Cubiertos solamente cuando el diente 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 que se deban por morder o masticar no son una excepción a la espera de cinco años para el reemplazo de coronas.

- Para los participantes menores de 12 años, los beneficios de coronas para piezas dentarias vitales se limitan a coronas de resina o de acero inoxidable, a menos que existan antecedentes de tratamiento de conducto o recesión de la pulpa.
- 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.

Gastos hospitalarios ambulatorios o de hospitalización y tarifas adicionales que cobre el dentista por el tratamiento hospitalario: Consulte **Costos hospitalarios** bajo **Qué no está cubierto conforme al plan dental** 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.

Periodoncia quirúrgica: tratamiento de las encías: cirugía ósea/injerto de tejido blando, realizado en la misma sección una vez en cualquier periodo consecutivo de 36 meses.

Prótesis removibles completas y parciales y puentes fijos parciales: Cubiertos cuando la prótesis o el puente es el tratamiento estándar aceptado profesionalmente.

- 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.

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.

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 para reunir los requisitos de 12 meses, 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 para reunir los requisitos de 12 meses antes de volver a inscribirse, el periodo de espera para reunir los requisitos de 12 meses 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** adelante.

Beneficios limitados

Plan de tratamiento Alternativo: Cuando existen planes de tratamiento alternativos, el plan dental cubre el tratamiento estándar aceptado a nivel profesional.

Transferencia de tratamiento: Si, mientras se realiza el tratamiento, cambia de dentistas, o si más de un dentista presta servicios para un mismo procedimiento dental, el plan dental no paga más que el monto que habría abonado si los servicios hubiesen sido prestados solamente por un dentista.

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:

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.

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.

Dentaduras postizas: Reparación o rebase de las dentaduras postizas durante los primeros seis meses tras haber sido entregadas, y tales servicios recibidos con una frecuencia superior a una vez cada cinco años para las reparaciones y una vez cada tres años para los rebases. Rebase inmediata de la dentadura durante los tres primeros meses tras haber sido entregadas.

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.

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.

Ferulización periodontal: costos de ajustes oclusales completos o estabilización de las piezas dentarias mediante el uso de ferulización periodontal.

Fuera del alcance de la concesión de la licencia o sin licencia: Servicios prestados por un dentista fuera del ámbito de su licencia, o cualquier servicio prestado por un dentista sin licencia.

Lesiones accidentales de dientes naturales sanos: Es posible que los gastos de tratamiento de lesiones accidentales en dientes naturales sanos estén 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.

Medicamentos recetados: recetas indicadas para fines dentales.

Motivos estéticos: Servicios realizados con fines cosméticos 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.

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.

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).

Prótesis, duplicados: dispositivos o aparatos protésicos duplicados.

Puentes: 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.

Restauraciones permanentes: costos de bases, revestimientos y anestésicos utilizados en forma conjunta con restauraciones permanentes (empastado).

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.

Sedación bucal: sedación bucal y óxido nitroso (analgesia).

Servicios electivos no necesarios: Servicios que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico o que no satisfagan las normas de atención generalmente aceptadas para el tratamiento de la afección odontológica en particular, que incluye la decoración, personalización o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo odontológico.

Servicios odontológicos optativos que no sean de emergencia fuera de los EE. UU.

Servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigencia o durante el periodo de espera de los servicios de ortodoncia: Cargos por sesiones de tratamiento, que incluyen prótesis y ortodoncia, que comiencen antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o antes de que satisfaga los requisitos para recibir beneficios por servicios de ortodoncia.

Costos hospitalarios: los servicios prestados en un hospital o en un centro para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, cargos de proveedores e instalaciones. 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.

OTROS COSTOS NO CUBIERTOS

- Cualquier procedimiento realizado por un propósito temporal
- Cargos que excedan el gasto máximo permitido
- Injertos extrabucales
- 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 un permiso 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 UN PERMISO 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](#).

Cuándo finaliza la 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 que reúne los requisitos (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 [Ley COBRA \(Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria\)](#) 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 camionero, consulte la sección **Si se va de la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía 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 13 semanas o más de la fecha de cuando 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**.

Plan de la vista

Plan de la vista	148
Cómo funciona el plan de la vista	148
Cómo usar el plan	149
Qué no está cubierto	149
Rotura y pérdida de anteojos	150
Presentación de un reclamo de la vista	150
Interrupción de la cobertura	150
Cuándo finaliza la cobertura de la vista	150
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	150

La información de este capítulo describe los beneficios de la vista 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) que reúne los requisitos
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, 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 sea efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Plan de la vista

El plan de la vista le ayuda a pagar los exámenes de la vista 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 Visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical	Visite One.Walmart.com	
Para obtener información detallada sobre la cobertura del plan de la vista o para ubicar a un proveedor de la red de VSP	Visite Walmart.VSPforme.com e ingrese el número de miembro	Llame a VSP al 866-240-8390
Obtenga el costo de la cobertura del plan de la vista	Visite One.Walmart.com	Llame a People Services al 800-421-1362

Lo que debe saber sobre el plan de la vista

- La cobertura del plan de la vista es independiente del plan de seguro médico, el cual no suele cubrir los costos de la atención de la vista de rutina. Si le interesa obtener cobertura para servicios oftalmológicos que no cubra el plan de seguro médico, debe inscribirse por separado en el plan de la vista.
- Puede consultar con cualquier proveedor del Centro de 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 un proveedor de un Centro de la vista de Walmart o de una óptica de Sam's Club 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 o 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 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 vista, recibirá una tarjeta de identificación de VSP, la cual se enviará por correo a su domicilio.

Plan de la vista

Walmart ofrece el plan de la vista para ayudarlo a pagar la atención de la vista de rutina. El plan de la vista está administrado a través de VSP. Puede tener acceso a la atención conforme al plan de la vista a través de un Centro de Visión de Walmart o 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 vista 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 un proveedor de un Centro de la vista de Walmart o de una óptica de Sam's Club 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 vista, además selecciona los miembros elegibles de la familia que desea cubrir:

- Únicamente asociado
- 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 vista

El plan de la vista cubre un examen de rutina de la vista 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 vista 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

BENEFICIOS DEL PLAN DE LA VISTA

	Centro de Visión de Walmart	Sam's Club Optical	Proveedores de la red de VSP
Copago para el examen de rutina Una vez por año calendario	\$4 <i>Los servicios por vista 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 vista parcial estén disponibles con menos frecuencia que una vez al año. Llame a VSP para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad.</i>		
Copago para los materiales	\$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>		
Copago para las lentes progresivas	\$55		
Lentes • Lente unifocal • Lente bifocal con alineación • Lente trifocal con alineación • Lenticular	100 % de cobertura después del copago Las siguientes opciones también están 100 % cubiertas: • Revestimiento antirayones • Lentes de policarbonato • Protección UV (ultravioleta) <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>		
Marcos Una vez por año calendario	Gasto permitido de \$130 <i>Los cargos que superen el gasto permitido del marco le corresponden a usted.</i>		
Lentes de contacto electivos 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>		
Lentes de contacto necesarios 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>		

NOTA: Pueden aplicarse impuestos sobre las ventas, los cuales reducirán el beneficio de la vista.

Visión Walmart, Centro Óptico de Sam's Club o proveedor de 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 un proveedor de un Centro de la vista de Walmart o de una óptica de Sam's Club 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 poca visión
- Lentes cosméticos, y
- Marcos o lentes de contacto que cuestan más que su gasto permitido.

Cómo usar el plan

Para obtener atención de la vista, siga los pasos que se mencionan a continuación.

PASO 1	Para buscar un Centro de Visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical, ingrese a One.Walmart.com ; para buscar un proveedor en la red de VSP, llame al 866-240-8390 o visite Walmart.VSPforme.com e ingrese su número de miembro. NOTA: Puede haber casos inusuales en los que un proveedor de un Centro de la vista de Walmart o de una óptica de Sam's Club no sea un proveedor de VSP. Debe verificar que un proveedor es un proveedor de la red VSP antes de recibir los servicios.
PASO 2	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 si reúne los requisitos.
PASO 3	En la visita, pague el copago y cualquier otro monto requerido directamente al Centro de 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 vista:

- Cargos por exámenes de la vista, 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 vista.
 - 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 de la vista 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 vista** que figura más adelante en este capítulo), o
 - 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 vista, ayudas de visión subnormal, lentes aniseicónicas 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 vista** 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 aprender los detalles de la garantía. Las garantías pueden variar dependiendo del producto y del fabricante.

El plan de la vista no cubre los anteojos que se hayan perdido.

Presentación de un reclamo de la vista

Cuando utiliza el plan de la vista, 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 vista 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 VISTA

Si usted o un miembro de su familia cuentan con la cobertura del plan de la vista y también tienen cobertura de otro plan de la vista (por ejemplo, el plan de la vista de la compañía donde trabaja su cónyuge o pareja), se puede aplicar la coordinación de beneficios. El plan de la vista tiene el derecho de coordinar con otros planes con los cuales usted tiene cobertura, a fin de que los beneficios de la vista totales que se deben pagar no excedan el nivel de beneficios que se deben pagar conforme al plan de la vista. Conforme al plan de la vista, 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 vista 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 **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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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**.

Si ha recibido servicios de la vista cubiertos antes de la licencia de ausencia, cualquier limitación de frecuencia de los beneficios aplicable conforme al plan de la vista (es decir, marcos de anteojos una vez por año calendario) continuará vigente a su regreso.

Cuándo finaliza la cobertura de la vista

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 que reúne los requisitos (como se define en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**). Usted y/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 **Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)** 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, 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 sobre **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.
- **En la Inscripción anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía y luego volver a trabajar afecta sus beneficios.

Si es un asociado a tiempo completo por hora, un miembro de la gerencia o camionero, consulte la sección **Si se va de la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y volver a hacerlo afecta sus beneficios.

Recursos para la vida (Resources for Living®)

Cómo usar Recursos para la Vida (Resources for Living)	154
Servicios de asesoramiento de RFL	154
Servicios financieros y legales de RFL	154
Asistencia para la vida cotidiana a través de RFL	154
Cuándo finalizan los beneficios de RFL	155
Presentación de un reclamo por los beneficios de RFL	155

Recursos para la vida (Resources for Living®)

El servicio Recursos para la vida (Resources for Living, RFL) le brinda apoyo para la salud mental e información sobre bienestar de forma confidencial. Usted y los miembros de su familia pueden acceder a este servicio sin costo a partir de su fecha de contratación. Llame a un profesional capacitado en cualquier momento para solicitarle ayuda con respecto al manejo del estrés, las relaciones familiares, los problemas profesionales y otros desafíos de la vida cotidiana. RFL también ofrece mucha información y asistencia con respecto al cuidado de niños y ancianos, la educación, las finanzas, el bienestar y otras opciones.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Hable con un especialista en vida laboral para identificar recursos y soluciones para las necesidades cotidianas o con un profesional con licencia para los problemas de salud mental		Llame al 800-825-3555
Acceda a artículos, videos y herramientas para autoevaluaciones y recursos sobre una amplia variedad de temas	Visite One.Walmart.com/RFL o rfl.com : Usuario: Walmart Contraseña: Associate	
Acceda mensualmente a consejos para una vida saludable y a seminarios web sobre diversos temas.	Visite One.Walmart.com/RFL o rfl.com : Usuario: Walmart Contraseña: Associate	

Lo que debe saber acerca de Recursos para la vida (Resources for Living)

- RFL se encuentra disponible las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.
- Usted y los miembros de su familia pueden encontrar asesoramiento, información y asistencia para el equilibrio entre la vida dentro y fuera del trabajo.
- Los beneficios de RFL no tienen ningún costo para usted ni su familia. Se le inscribe automáticamente en el RFL a partir de su fecha de contratación, independientemente de si se inscribe en un plan médico de Walmart.

Cómo usar Recursos para la Vida (Resources for Living)

Si es un asociado de los Estados Unidos, se los inscribirá automáticamente a usted, a los miembros de su familia y a sus dependientes elegibles para recibir beneficios en RFL a partir del primer día de empleo. Puede llamar al RFL en cualquier momento al **800-825-3555** o visitar rfl.com para encontrar herramientas para:

- Fortalecer la salud mental y la resiliencia
- Manejo del estrés
- Preparación de un presupuesto y ahorro de dinero
- Asistencia legal
- Relaciones en el hogar y en el lugar de trabajo
- Bienestar emocional y físico
- Vida en familia y más

RFL brinda acceso a servicios y asistencia por teléfono, televideo, asesoramiento personal y por chat, videos, seminarios web, artículos en la web y a través de un equipo de recursos que puede ayudarlo a satisfacer sus necesidades cotidianas y su bienestar.

Servicios de asesoramiento de RFL

Si necesita ayuda para superar una situación complicada o simplemente desea hablar con alguien, el RFL le ofrece apoyo de asesoramiento telefónico disponible 24/7/365 para una variedad de preguntas y factores de estrés comunes. Usted puede llamar y obtener asistencia para:

- Manejar el estrés
- Afrontar la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias
- Establecer relaciones saludables con su familia, amigos y compañeros de trabajo
- Generar un equilibrio entre las demandas laborales y la vida familiar
- Atravesar situaciones difíciles a nivel emocional

Además del asesoramiento telefónico ilimitado inmediato, usted y los miembros de su familia que reúnan los requisitos pueden recibir hasta 10 sesiones de asesoramiento en persona o por televideo por persona, por tema y por año, con un terapeuta autorizado de la red de RFL, o mediante el chat de la aplicación Talkspace, sin costo alguno para usted. Si su situación requiere asesoramiento terapéutico y elige utilizar el asesoramiento a través del chat de Talkspace, las 10 sesiones se distribuyen en 10 semanas de apoyo por chat y se brindan por persona, por problema, una vez al año. Llame al número gratuito de RFL **800-825-3555** para obtener ayuda y más información sobre el asesoramiento terapéutico y cómo acceder al beneficio de 10 sesiones.

Servicios financieros y legales de RFL

RFL les da acceso a expertos en materia legal y financiera. Ya sea que esté preparando su presupuesto o un testamento, RFL puede ayudarlo con lo siguiente

- Cumplir con sus objetivos financieros y ahorrar para el futuro
- Explorar sus opciones relacionadas con cuestiones legales
- Elaborar un presupuesto personal
- Hacer durar más su dinero
- Pagar las deudas
- Acceda a una biblioteca de documentos legales para diversas necesidades (como facturas de ventas de un automóvil o un contrato de arrendamiento)
- Recuperarse de un robo de identidad y mucho más

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.

Asistencia para la vida cotidiana a través de RFL

Puede contactarse con RFL para obtener asistencia para cumplir con las exigencias de la vida dentro y fuera del trabajo. Llame y pida ayuda para satisfacer sus necesidades de la vida cotidiana, tales como:

- cuidado de niños o ancianos
- recursos de la familia militar
- Necesidades financieras por emergencia
- cuidado de mascotas
- recursos para adoptar
- servicios de reparación de viviendas
- grupos de apoyo
- opciones educativas y recursos para niños y adultos
- acceso a herramientas que le permitan respaldar su bienestar, entre las que se incluyen una alimentación saludable, actividad física, un mejor descanso y manejo del estrés
- Acceso a recursos comunitarios útiles

Los consultores de RFL que lo asistirán en la vida dentro y fuera del trabajo pueden ayudarlo a encontrar opciones que satisfagan sus necesidades y detalles de búsqueda como costos, servicios y disponibilidad.

LLAMAR A RFL

Llame al **800-825-3555** para obtener asistencia personalizada en cualquier momento. 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.

RFL EN LA WEB

Ingrese a rfl.com para consultar artículos, seminarios web, herramientas y recursos sobre una variedad de temas que lo ayudarán a vivir bien. Si desea iniciar sesión en rfl.com, ingrese la siguiente información:

Usuario: **Walmart**

Contraseña: **Associate**

Usted también puede acceder rfl.com haciendo clic en el enlace de inicio único de sesión en la página de RFL en One.Walmart.com/RFL.

Cuándo finalizan los beneficios de RFL

Si tiene un evento calificador y es elegible para recibir los beneficios de la ley COBRA, sus beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living) continuarán 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 de COBRA para continuar teniendo los beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living).

Presentación de un reclamo por los beneficios de RFL

No es necesario que presente un reclamo de beneficios de RFL. Puede acceder al sitio web de RFL o comunicarse con RFL por teléfono en cualquier momento. 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:

People Services
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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](#).

Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)

Continuación de la cobertura de COBRA	158
Eventos calificadores de la ley COBRA	158
Pago de la cobertura de COBRA	160
Cuánto puede durar la cobertura de COBRA	161
Cuándo finaliza la cobertura de COBRA	163
Su beneficio por discapacidad de corto plazo	166

Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)

Si usted o sus dependientes con cobertura pierden la cobertura médica, dental o de la vista 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 People Services al 800-421-1362 o facilite un aviso por escrito a: Walmart People Services 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500
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 mybenefits.wageworks.com	Llame al 800-570-1863

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 vista. 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 vista, 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, sus beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living) continuarán 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 de COBRA para continuar teniendo los beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living).
- 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 ayuda para inscribirse, llame al **800-570-1863**.

Continuación de la cobertura de COBRA

Si finaliza su cobertura médica, dental o de la vista 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 vista; 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 vista 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 vista 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 vista 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 vista finaliza por los siguientes motivos:

- Su empleo en la compañía 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 la compañía y pierde la elegibilidad para la cobertura conforme al Plan.

Su cónyuge o pareja reúne los requisitos para la cobertura de COBRA si la cobertura del cónyuge o la pareja finaliza por cualquiera de las siguientes razones:

- Su empleo en la compañía finaliza por cualquier;
- Su cónyuge o pareja ya no son elegibles para la cobertura médica, dental o de la vista porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para la compañía 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 empleo en la compañía finaliza por cualquier motivo;
- Sus dependientes elegibles dejan de reunir los requisitos para la cobertura médica, dental o de la vista porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para la compañía 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 deben comunicarse con People Services llamando al **800-421-1362** en el plazo de 60 días 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, la compañía 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, la compañía 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 que reúna los requisitos puede proporcionar un aviso en su nombre o en nombre de cualquier dependiente que reúna los requisitos 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
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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 el hecho de que un niño deje 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 período 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 vista conforme a 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. 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 reunir los requisitos para obtener un “período de inscripción especial” de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sean elegibles (como 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 de Contribución a otro plan, perderá el saldo de la cuenta HRA del Plan de Contribución.

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 la compañía, más una tarifa administrativa del 2 % (tarifa administrativa del 50 % en los casos de prórroga de 11 meses por discapacidad, tal y 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. Utilizar el débito ACH a través del administrador de COBRA puede causar 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.
 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"> • Su empleo en la compañía finaliza por cualquier motivo • Ya no es elegible para obtener la cobertura conforme al Plan debido a una reducción de las horas de trabajo 	18 meses desde la fecha del evento	18 meses desde la fecha del evento
<ul style="list-style-type: none"> • Su fallecimiento • Su estado civil (o de pareja) cambia • Sus dependientes ya no cumplen los requisitos de elegibilidad (p. ej., el dependiente cumple 26 años) 	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 la finalización de su relación laboral o 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 reúne los requisitos para obtener la cobertura de Medicare Partes A o B y termina su relación laboral con la compañía (o pierde la cobertura del Plan), debe tener en cuenta que, si no se inscribe en Medicare Partes A 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 la compañía (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.

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 de la finalización de la relación laboral 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 debido a que finalizó la relación laboral 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 de la finalización de su 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 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 o su dependiente elegible reúne los requisitos para obtener la extensión por discapacidad, se le enviará a usted y/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 de entre 19 meses hasta 29 meses de cobertura de COBRA es la suma del monto que pagaba antes del evento calificador, el monto que la compañía 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 tengan cobertura de COBRA debido a la finalización de la relación laboral 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 vista (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) reúna los requisitos 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 vista 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 la 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:

- La compañía deja de proporcionar cobertura médica, dental o de la vista 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 a tiempo completo pagados por hora

Cómo se financian los beneficios de discapacidad a corto plazo	166
Cómo se administra el beneficio de discapacidad a corto plazo de Walmart	166
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	166
Cuándo no se pagan los beneficios	168
Presentación de un reclamo	168
Cuándo comienzan los beneficios	169
Cómo calcular su beneficio	170
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	172
Regresar a trabajar	172
Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal	173
Cuándo finaliza la cobertura	173
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	173
Su beneficio por discapacidad de corto plazo	176

La información de este capítulo describe los beneficios por discapacidad a corto plazo a los que puede acceder si:

- Usted es un asociado a tiempo completo que reúne los requisitos para ser contratado por hora
- Ha cumplido todos los requisitos para que la cobertura sea efectiva, incluidos los requisitos de trabajo activo, y
- Se ha inscrito debida y oportunamente (si corresponde).

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

Discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora

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 a tiempo completo pagados por hora puede reemplazar una parte de su cheque de pago. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Para solicitar una licencia o presentar una solicitud básica o mejorada, presentar un reclamo de beneficio de maternidad u obtener más información.	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
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 One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick/ Lincoln al 800-492-5678
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 beneficio de maternidad. California Connecticut Massachusetts Rhode Island Washington D. C. Estado de Washington	Visite edd.ca.gov Visite ctpaidleave.org Visite paidleave.mass.gov Visite www.dlt.ri.gov/tdi Visite dcpaidfamilyleave.dc.gov Visite paidleave.wa.gov	Llame al 800-480-3287 Llame al 877-499-8606 Llame al 833-344-7365 Llame al 401-462-8420 Llame al 202-899-3700 Llame al 833-717-2273

Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora

- Este capítulo detalla los beneficios de discapacidad que puede recibir con dos opciones de plan: 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 tienen planes 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 su beneficio por discapacidad.
- Si trabaja en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, no reúne los requisitos para el plan mejorado de discapacidad a corto plazo ni para el beneficio básico del plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart porque los estados en los que trabaja tienen planes de discapacidad 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 para complementar los beneficios de maternidad legalmente establecidos por su estado.
- Si trabaja en Connecticut, Massachusetts, Nueva York, Washington D.C. o el estado de Washington, reúne los requisitos para participar en uno de los planes de discapacidad a corto plazo de Walmart, pero solamente será para complementar su beneficio estatal o local.
- Los planes exigidos por la ley no forman parte del Plan de Salud y Bienestar de los Asociados, y los beneficios pagados en virtud de esos planes exigidos por la ley no se proporcionan bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. En este capítulo no se analizan en detalle los planes obligatorios por ley, excepto cuando son relevantes para los beneficios de un plan de discapacidad a corto plazo.

Su beneficio por discapacidad de corto plazo

Si queda discapacitado según la definición en la sección **Cuándo se es elegible 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 queda discapacitado según la definición en la sección **Cuándo se es elegible 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 durante 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 bajo el plan básico de discapacidad a corto plazo y el beneficio de maternidad disponible para usted bajo cualquier plan obligatorio estatal o local no superará el 100 % de su salario semanal promedio durante nueve semanas. Si sigue estando incapacitada y reúne los requisitos 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 bajo el 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). Consulte el capítulo **Beneficios de maternidad** para obtener más información.

Cómo se financian los beneficios de discapacidad a corto plazo

La compañía le proporciona sin cargo el plan básico de discapacidad a corto plazo. Sin embargo, usted y la compañía comparten el costo del plan mejorado de discapacidad a corto plazo. Si participa en el plan mejorado de discapacidad a corto plazo, el costo depende de sus ingresos quincenales

y de su edad. Si no tiene ganancias en un periodo de pago determinado, no se requieren contribuciones durante ese periodo 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, la compañía financia los beneficios del plan de discapacidad a corto plazo autoasegurado con los bienes generales de la compañía.

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.

A continuación, se detalla la administración de la cobertura por discapacidad no relacionada con la maternidad disponible para los asociados que trabajan en estados y localidades que cuentan con planes exigidos 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 se es elegible para recibir los beneficios

Para reunir los requisitos necesarios para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo bajo cualquiera de los planes de 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:
 - Está en licencia o cesantía como se describe más adelante en este capítulo en **Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal**, o

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Si trabaja en un estado o localidad con un plan 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.

Planes exigidos por ley administrados por su estado	Si trabaja en California o Rhode Island , no reúne los requisitos para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. El estado administra sus beneficios de discapacidad. Es posible que siga reuniendo los requisitos para el beneficio de maternidad* bajo el plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart.
Planes exigidos por ley administrados por Lincoln	Si trabaja en Hawái o Nueva Jersey , no reúne los requisitos 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 reuniendo los requisitos para el beneficio de maternidad* bajo el plan básico de discapacidad a corto plazo de Walmart. Si trabaja en Nueva York reúnen los requisitos 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.
Planes exigidos por ley administrados por Sedgwick	Si trabaja en Connecticut , Massachusetts , Washington, D.C. o el estado de Washington , es posible que reúna los requisitos 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 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 bajo cualquier plan obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted bajo cualquier plan obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles bajo el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart en el que está inscrito, si no hubiera trabajado en un estado con un plan obligatorio legal. Usted será responsable de proporcionar a Sedgwick una carta de reconocimiento 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.

- No puede 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](#).
- 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 [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic, 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 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, tal y 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 cualificado 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 abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo **Recursos para la vida** (Resources for Living) 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. La compañía 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
- Resultó de 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 compensación para trabajadores si se reclaman adecuadamente).

Presentación de un reclamo

Si queda discapacitado, presente de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar a un pago por beneficio retrasado, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. Para presentar una solicitud de beneficios por discapacidad a corto plazo, siga estos pasos:

PASO 1: comuníquese con a Sedgwick visitando One.Walmart.com/LOA > **mySedgwick** o llamando al **800-492-5678** para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad a corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo 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. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Su reclamo no se puede procesar totalmente hasta que haya dejado de trabajar.

A menos que trabaje en Hawái, Nueva Jersey o Nueva York, debe presentar su reclamo de discapacidad a corto plazo a Sedgwick dentro de los 90 días siguientes a la fecha de inicio de su 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 Hawái, Nueva Jersey o Nueva York, debe presentar su reclamo a Sedgwick en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su discapacidad. Sedgwick le notificará a Lincoln, la cual luego administrará su reclamo de discapacidad.



Si trabaja en California, Connecticut, Massachusetts, Rhode Island, Washington D.C. o el estado de Washington, debe solicitar y presentar una solicitud de discapacidad ante el estado o la localidad. Deberá presentar su reclamo por discapacidad a corto plazo ante Sedgwick dentro de los 90 días a partir de la fecha en que comienza su 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. 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 por el estado. Consulte la tabla **Recursos** al comienzo del capítulo para obtener información de contacto. 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 antes el estado lo antes posible. Si trabaja en un estado o localidad donde no reúne los requisitos para participar en un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, puede seguir teniendo derecho al beneficio de maternidad. Para obtener más detalles, consulte la sección **Beneficios de maternidad**.

PASO 2: 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 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 3: 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 comienzan los beneficios

Si se aprueba su reclamo por discapacidad a corto plazo, los beneficios comenzarán, después de un periodo 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 reúne los requisitos para los beneficios por discapacidad a corto plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado. Walmart y/o Sedgwick pueden solicitar el reembolso de cualquier PTO utilizado para los días en los que se aprobaron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad a corto 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 corto plazo.

Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio semanal por discapacidad a corto plazo se basa en:

- Su salario semanal promedio.
- 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 por 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 unos ingresos de \$36,400 durante los 26 períodos de pago anteriores es de \$700 ($\$36,400 \div 52$)
Empleado durante menos de 12 meses	Ingresos desde la fecha de contratación ÷ cantidad de semanas trabajadas Por ejemplo, el salario semanal promedio de un asociado con ganancias totales 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 queda excluido, lo que reduce la cantidad de períodos de pagos para el cálculo. En la medida en que sus ingresos hayan sido pagados semanalmente durante el periodo 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 utilizados para determinar el salario promedio semanal incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 reúnen los requisitos • 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) <p>Los ingresos utilizados para determinar el salario promedio semanal excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier beneficio de discapacidad pagado anteriormente • Las comisiones ni ninguna otra compensación adicional ni beneficios que no se hayan mencionado arriba. <p>Si ha estado empleado por menos de 12 meses, se utilizará un promedio anualizado de ganancias.</p>	

En la siguiente columna podrá ver 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 el 60 % de \$700: beneficio semanal de \$420 (Si bien se calculan semanalmente, los beneficios por discapacidad a corto plazo se pagan quincenalmente).

NOTA: si reúne los requisitos 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 [Planes exigidos por ley](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

Consulte la sección [Cuándo se es elegible para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluyendo el beneficio de maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio de maternidad. Tales excepciones se analizan en esta sección.

Si trabaja en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, el tema se aplica a usted, a menos que se indique lo contrario.

El subsidio de maternidad es del 100 % del salario promedio semanal hasta las nueve primeras semanas de licencia, tras un periodo de espera inicial de siete días calendario. Los pagos 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. 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 se es elegible 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 se es elegible 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 reúne los requisitos para un

plan de discapacidad a corto plazo de Walmart. En la medida en que reúna los requisitos para un beneficio de discapacidad, este se determinaría de acuerdo con el beneficio básico de discapacidad a corto plazo o del plan mejorado de discapacidad a corto plazo. No tendrá derecho al beneficio de maternidad que se describe en esta sección.

Si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o el parto y es elegible para recibir beneficios por incapacidad no relacionada con la maternidad en virtud de un plan de incapacidad a corto plazo y continúa cumpliendo con los requisitos establecidos en la definición de discapacidad 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 y el plan mejorado pagará hasta el 60 % de su salario semanal promedio, desde la semana 10 hasta la semana 25 de pagos de beneficios.

Si trabaja en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, y si su discapacidad se debe a un embarazo, su derecho al beneficio de maternidad en el plan básico de discapacidad a corto plazo está sujeto a lo siguiente:

- Si reúne los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo de Walmart exigidos por ley como resultado de su embarazo, el beneficio de maternidad

de discapacidad a corto plazo complementa el beneficio por discapacidad a corto plazo exigidos por ley, tal como se muestra en el cuadro que figura a continuación.

- Si no reúne los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo exigidos por ley como resultado de su embarazo, el beneficio de maternidad de discapacidad a corto plazo es igual al 100 % de su salario semanal promedio hasta las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. El beneficio de maternidad de discapacidad a corto plazo terminará luego de las nueve semanas.

Si trabaja en Hawái, Nueva Jersey o Nueva York, Lincoln y Sedgwick administran su beneficio de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo. Si trabaja en cualquiera de estos estados, debe presentar un reclamo de beneficios de maternidad ante Sedgwick, quien notificará a Lincoln (consulte [Presentación de un reclamo](#), Paso 1, anteriormente en este capítulo). Sedgwick administra el beneficio de maternidad del plan de discapacidad a corto plazo para las asociadas que trabajan en todos los demás estados y localidades.

El beneficio de maternidad, tal y como se ha descrito anteriormente, se resume aquí:

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Su lugar de trabajo (estado o localidad)*	Hasta 9 semanas**	Más de 9 semanas** (hasta 25 semanas en total)
Si trabaja en un estado o localidad que no cuenta con planes exigidos por ley	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.
Si (i) trabaja en un estado o localidad con un plan obligatorio por ley, (ii) reúne los requisitos para recibir el beneficio estatal debido a su embarazo, y (iii) trabaja en un lugar que reúne los requisitos para el plan básico o mejorado a corto plazo de Walmart	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.
Si (i) trabaja en un estado o localidad con un plan obligatorio por ley, (ii) reúne los requisitos para recibir el beneficio estatal debido a su embarazo, y (iii) no trabaja en un lugar que reúne los requisitos para el plan básico o mejorado de discapacidad a corto plazo de Walmart	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.
Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un plan 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	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.
Si (i) trabaja en un estado o localidad que cuenta con un plan 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	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, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, Sedgwick calculará el beneficio disponible para usted en el plan estatal, independientemente de que haya solicitado los beneficios estatales.		
**Puede ser elegible para la paga parental igual al 100 % de su salario semanal promedio conforme a la póliza de paga parental de Walmart. No puede recibir paga parental mientras recibe los beneficios de maternidad de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte la póliza de paga parental en One.Walmart.com .		

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, la compañía 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 la compañía puede, a su discreción, (i) tratar los montos pagados en exceso como salarios imponible para usted (declarables en su formulario W-2), o (ii) deducir los montos pagados en exceso de su cheque de pago, en la medida permitida por la ley.

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 reunir los requisitos establecidos en 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 examinación, si Sedgwick o Lincoln así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual los beneficios son abonables.
- 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 despidan.

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.

Regresar a trabajar

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 cuatro 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 se le despidan.

Si se reintegra al trabajo dentro de los 30 días del final de su período por discapacidad aprobado, se restablecerá la cobertura por discapacidad que tenía antes de su discapacidad. Si no vuelve al trabajo en los 30 días siguientes a la finalización del período de discapacidad aprobado, su cobertura caducará el día 31. No obstante, su cobertura se restablecerá si vuelve a estar activo en el plazo de un año (no tendrá que volver a satisfacer el período de espera de elegibilidad de 12 meses).

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 período 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 período de espera de beneficios de siete días calendario.

Si está de licencia de ausencia o está 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 de su último día de trabajo. Su derecho a recibir los beneficios 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 período 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

Independientemente de la posibilidad de restablecer los beneficios en algunos casos (como se describe bajo [Regresar a trabajar](#) 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 período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El 91.º día de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo)
- El día 31 siguiente a la finalización de su período de discapacidad aprobado (a menos que regrese al trabajo), o
- La fecha en la que la compañía 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 sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si es un asociado a tiempo completo, por hora, consulte la sección [Si se va de la compañía y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados

Cómo se administra el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados	176
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	177
Cuándo no se pagan los beneficios	177
Presentación de un reclamo	178
Su pago después de presentar un reclamo	178
Determinación de beneficios	178
Cuándo comienzan los beneficios	179
Cómo calcular su beneficio	180
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	182
Regresar a trabajar	182
Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal	183
Cuándo finaliza la cobertura	183
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	183
Su beneficio por discapacidad de corto plazo	186

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 la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura sea efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

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. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad a corto plazo de Walmart para asociados asalariados trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Para presentar un reclamo u obtener más información	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
Para presentar un reclamo de beneficios estatales si trabaja en cualquiera de las siguientes áreas:		
California (asociados de comercio electrónico)	Visite edd.ca.gov	Llame al 800-480-3287
Connecticut	Visite ctpaidleave.org	Llame al 877-499-8606
Massachusetts	Visite paidleave.mass.gov	Llame al 833-344-7365
Washington D. C.	Visite dcpaidfamilyleave.dc.gov	Llame al 202-899-3700
Estado de Washington	Visite paidleave.wa.gov	Llame al 833-717-2273
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad a corto plazo rechazado	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678

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. (Es posible que se apliquen reglas diferentes a las discapacidades relacionadas con el trabajo que dan derecho a una compensación para los trabajadores a través de Walmart. Consulte el capítulo titulado [Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados](#) para obtener más información).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo sustituye el 100 % de su salario base durante 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 es un beneficio cubierto por ERISA y no forma parte del 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 de corto plazo

Si queda discapacitado, tal y como se define en la sección **Cuándo se es elegible para recibir los beneficios** que aparece más adelante en este capítulo, y satisface los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo, el plan de discapacidad a corto plazo suele pagar el 100 % de su salario base durante un máximo de seis semanas de discapacidad aprobado, tras un periodo de espera inicial de siete días calendario de discapacidad continua. (Las discapacidades que califican para la compensación de trabajador 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 luego de las primeras seis semanas de pagos 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 durante las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Si permanece con discapacidad 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 de pagos de beneficios.

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 la compañía sin costo alguno.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Los beneficios de discapacidad a corto plazo proporcionados por los estados individuales y los gobiernos locales generalmente no afectan su elegibilidad para el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart, a menos que usted sea un asociado asalariado de eCommerce que trabaja en California o que trabaje en Connecticut, Massachusetts, Washington, D.C. o el estado de Washington. La siguiente tabla contiene las reglas aplicables a estos planes estatales y locales.

PLANES EXIGIDOS POR LEY	
Si es un asociado asalariado de eCommerce que trabaja en California o un asociado asalariado que trabaja en Connecticut, Massachusetts, Washington, D.C., o el estado de Washington	<p>Usted reúne los requisitos 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 bajo cualquier plan obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted bajo cualquier plan obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles bajo el 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 reconocimiento 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 Derecho de recuperar un pago excesivo más adelante en este capítulo.</p>

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios

Para reunir los requisitos necesarios 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:
 - Está en licencia o 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 por el plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados (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 [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic, 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 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 un permiso de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo.



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 abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo **Recursos para la vida** (Resources for Living) para obtener información sobre los recursos que están disponibles si está experimentando los efectos de una enfermedad mental o abuso de sustancias.

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 Sedgwick solicita que lo examine un médico, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios. La compañía pagará el costo de dicho examen.

La duración máxima de un periodo de discapacidad durante el cual se abonarán 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).

Presentación de un reclamo

Si queda discapacitado, presente de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar a un pago por beneficio retrasado, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. Si sufre una enfermedad o lesión que lo deja incapacitado o tiene previsto comenzar una licencia de maternidad, siga estos pasos:

PASO 1: Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad a corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo 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. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Informe su discapacidad en línea desde One.Walmart.com/LOA > [mySedgwick](https://mySedgwick.com), o llamando al **800-492-5678**.

El procesamiento de su reclamo no se puede iniciar hasta que haya dejado de trabajar. Todos los reclamos para obtener los beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart se deben enviar a Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza su 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.

Se recomienda a los asociados que trabajan en Connecticut, Massachusetts, Washington D. C. y el estado de Washington que soliciten de inmediato a Sedgwick y a su estado o localidad los beneficios estatales exigidos por el estado. Consulte la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo para obtener información de contacto.

Tenga en cuenta que los asociados en Washington D. C. generalmente no recibirán beneficios por períodos anteriores a la fecha de solicitud de beneficios, excepto en situaciones de emergencia.

PASO 2: 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 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 3: Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada al administrador de discapacidades.

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.



Si queda discapacitado, presente de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar a un pago por beneficio retrasado, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo.

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 (Paid Time Off, 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.

Asegúrese de proporcionar la documentación médica requerida lo antes posible. Si no cumple con la fecha médica de parto, se suspenderá el pago a partir del primer día del período de pago en el que caiga. 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 rechaza su reclamo antes de la fecha médica de parto debido a que sus circunstancias médicas no cumplen con la definición de discapacidad del plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados, su pago provisional se interrumpirá y Walmart intentará recuperar el monto que se le pagó durante el período posterior a su enfermedad o lesión.

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).

Determinación de beneficios

Sedgwick toma 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 a 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.

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.

En el caso de los asociados que trabajan en estados o localidades que cuentan con planes exigidos por el estado, tales como Connecticut, Massachusetts, Washington D. C. y el estado de Washington, debe presentar su apelación directamente ante el gobierno estatal o local. Si está apelando su reclamo de Sedgwick, presente su apelación ante Sedgwick como se indica a continuación.

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 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 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. 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

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 total. (No hay período de espera para las discapacidades relacionadas con el trabajo que califican para la compensación de trabajador 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 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 reúne los requisitos para los beneficios por discapacidad a corto plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado. Walmart y/o Sedgwick pueden solicitar el reembolso de cualquier PTO utilizado para los días en los que se recibieron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad a corto 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 acumula PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad a corto plazo.

Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad a corto plazo se basa en:

- Su pago básico 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 de trabajador a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo para la compensación de trabajador 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 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 compensación de trabajador 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 de trabajador 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 de trabajador 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>NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley 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 recibirán.</p>		

COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADOR Y LOS BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compensación de trabajador 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 beneficios de compensación de trabajador 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 de trabajador que pueda recibir.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

A continuación, se describen los beneficios de 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 California (para asociados asalariados de comercio electrónico); Connecticut; Massachusetts; 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 exigidos por ley se pagan a la tarifa del gobierno estatal o local correspondiente; el beneficio de maternidad de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio del gobierno local o estatal y el 100 % de su pago básico luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.
	Los beneficios de 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.	
*También puede ser elegible para recibir paga por cuidado familiar y parental equivalente al 100 % de su pago básico. No puede recibir beneficios de paga por cuidado familiar y parental mientras recibe los beneficios de maternidad de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte la póliza sobre la paga por cuidado familiar y parental en One.Walmart.com .		
NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley 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.		

Consulte la sección [Cuándo se es elegible para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluyendo el beneficio de maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio de 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. 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 se es elegible 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 se es elegible 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 discapacidad después de las primeras nueve semanas de beneficios de 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 [Planes 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 de corto plazo para asociados asalariados sin costo alguno. Debido a que no realiza contribuciones al plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados 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 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

El plan de discapacidad a corto plazo para asociados asalariados 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. 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, la compañía 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 la compañía 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 cheque de pago, en la medida permitida por la ley.

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 reunir los requisitos establecidos en 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 examinación, si Sedgwick así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual los beneficios son abonables.
- 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.

Regresar a trabajar

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 cuatro 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 se reintegra al trabajo dentro de los 30 días del final de su período por discapacidad, se restablecerá la cobertura por discapacidad que tenía antes de su discapacidad. Si no vuelve al trabajo en los 30 días siguientes a la finalización del periodo de discapacidad aprobado, su cobertura caducará el día 31. No obstante, su cobertura se restablecerá si vuelve al estado de trabajo activo dentro del transcurso de un año.

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 periodo 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 de licencia de ausencia o está 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 de su último día de trabajo. Su elegibilidad para los beneficios 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

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 cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El 91.º día de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo)
- El día 31 siguiente a la finalización de su período de discapacidad aprobado (a menos que regrese al trabajo), o
- La fecha en la que la compañía deja de ofrecer el beneficio.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía 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 de corto plazo para conductores de camión

Cómo se administra el plan por discapacidad a corto plazo para conductores de camión	186
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	187
Cuándo no se pagan los beneficios	187
Presentación de un reclamo	188
Su pago después de presentar un reclamo	188
Determinación de beneficios	188
Cuándo comienzan los beneficios	189
Cómo calcular su beneficio	190
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad a corto plazo	192
Regresar a trabajar	192
Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal	193
Cuándo finaliza la cobertura	193
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	193
Planes de LTD (Discapacidad a largo plazo)	196

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 la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que la cobertura sea efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

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 presentar un reclamo u obtener más información	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
Para presentar un reclamo de beneficios estatales si trabaja en cualquiera de las siguientes áreas:		
Connecticut	Visite paidleave.wa.gov	Llame al 877-499-8606
Massachusetts	Visite paidleave.mass.gov	Llame al 833-344-7365
Washington D. C.	Visite dcpaidfamilyleave.dc.gov	Llame al 202-899-3700
Estado de Washington	Visite paidleave.wa.gov	Llame al 833-717-2273
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad a corto plazo rechazado	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678

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. (Se pueden aplicar diferentes normas para las discapacidades relacionadas con el trabajo que califican para la compensación de trabajador a través de Walmart). Consulte el capítulo titulado [Su beneficio del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión](#) para obtener más información).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad a corto plazo sustituye el 100 % de su salario promedio diario durante 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 es un beneficio cubierto por ERISA y no forma parte del 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 de corto plazo

Si queda discapacitado como se define en la sección **Su beneficio por discapacidad de corto plazo** 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 de trabajador 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 durante 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 con discapacidad y es elegible para los beneficios después de las primeras nueve semanas de beneficios de maternidad, el plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión pagará el 75 % de su pago básico por hasta 16 semanas adicionales de pagos de beneficios.

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 la compañía sin costo alguno.

PLANES 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 Connecticut, Massachusetts, Washington, D.C. o el estado de Washington. La siguiente tabla contiene las reglas aplicables a estos planes estatales y locales.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Si usted es un asociado que trabaja en Connecticut, Massachusetts, Washington, D.C. o el estado de Washington

Usted reúne los requisitos para participar en el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión para complementar los beneficios estatales.

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 bajo cualquier plan obligatorio estatal o local es menor que el beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart, el total combinado del beneficio disponible para usted bajo un plan de discapacidad a corto plazo de Walmart y el beneficio disponible para usted bajo cualquier plan obligatorio estatal o local no excederá los beneficios que habrían estado disponibles bajo el plan 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 reconocimiento 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 de corto plazo para conductores de camión, deberá devolver dicho excedente. Consulte la sección **Derecho de recuperar un pago excesivo** más adelante en este capítulo.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios

Para reunir los requisitos necesarios 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:
 - Está en licencia o cesantía como se describe más adelante en este capítulo en **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**, debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición por el plan de discapacidad para conductores de camión (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 [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic, 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 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 un permiso de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo.



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 abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal. Consulte el capítulo **Recursos para la vida** (Resources for Living) para obtener información sobre los recursos que están disponibles si está experimentando los efectos de una enfermedad mental o abuso de sustancias.

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 Sedgwick solicita que lo examine un médico, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios. La compañía pagará el costo de dicho examen.

La duración máxima de un periodo de discapacidad durante el cual se abonarán 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).

Presentación de un reclamo

Si queda discapacitado, presente de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar a un pago por beneficio retrasado, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo. Si sufre una enfermedad o lesión que lo deja incapacitado o tiene previsto comenzar una licencia de maternidad, siga estos pasos:

PASO 1: Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad a corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo 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. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Informe su discapacidad en línea desde [One.Walmart.com/LOA > mySedgwick](https://www.walmart.com/LOA), o llame al **800-492-5678**.

El procesamiento de su reclamo no se puede iniciar hasta que haya dejado de trabajar. Todos los reclamos para obtener beneficios conforme al plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión de Walmart se deben enviar a Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza su 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.

Se recomienda a los asociados que trabajan en Connecticut, Massachusetts, Washington D. C. y el estado de Washington que soliciten de inmediato a Sedgwick y a su estado o localidad los beneficios estatales exigidos por el estado. Consulte la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo para obtener información de contacto.

Tenga en cuenta que los asociados en Washington D. C. generalmente no recibirán beneficios por períodos anteriores a la fecha de solicitud de beneficios, excepto en situaciones de emergencia.

PASO 2: 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 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 3: Realice un seguimiento con su médico para asegurarse de que la información haya sido enviada al administrador de discapacidades.

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.



Si queda discapacitado, presente de manera oportuna su reclamo para recibir los beneficios. Un retraso en la presentación podría dar lugar a un pago por beneficio retrasado, a la interrupción de su salario o al rechazo de su reclamo.

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 (Paid Time Off, 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.

Asegúrese de proporcionar la documentación médica requerida lo antes posible. Si no cumple con la fecha médica de parto, se suspenderá el pago a partir del primer día del período de pago en el que caiga. 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 rechaza su reclamo antes de la fecha médica de parto debido a que sus circunstancias médicas no cumplen con la definición de discapacidad del plan de discapacidad a corto plazo para conductores de camión, su pago se suspenderá y Walmart intentará recuperar el monto que se le pagó durante el período posterior a su enfermedad o lesión.

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).

Determinación de beneficios

Sedgwick toma 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 a 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.

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.

En el caso de los asociados que trabajan en estados o localidades que cuentan con planes exigidos por el estado, tales como Connecticut, Massachusetts, Washington D. C. y el estado de Washington, debe presentar su apelación directamente ante el gobierno estatal o local. Si está apelando su reclamo de Sedgwick, presente su apelación ante Sedgwick como se indica a continuación.

Sedgwick 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 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. 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

Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueba su solicitud de discapacidad a corto plazo, el beneficio comenzará tras un periodo 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 califiquen para la compensación de trabajador a través de Walmart pueden tener periodos 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 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](#) 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 reúne los requisitos para los beneficios por discapacidad a corto plazo, puede volver a utilizar el PTO por el tiempo que no haya sido pagado. Walmart y/o Sedgwick pueden solicitar el reembolso de cualquier PTO utilizado para los días en los que se recibieron los beneficios por discapacidad. Tras el reembolso, se restablecerá cualquier saldo de PTO.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad a corto 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 acumula PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad a corto plazo.

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 de trabajador a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo para la compensación de trabajador 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 de trabajador estatal; por lo tanto, la compensación de trabajador 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 de trabajador 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 de trabajador 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>NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley 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 LOS TRABAJADOR Y LOS BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La compensación de trabajador 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 beneficios de compensación de trabajador 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 de trabajador que pueda recibir.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

Los beneficios de maternidad en virtud del plan de discapacidad de 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 Connecticut; Massachusetts; 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 exigidos por ley se pagan a la tarifa del gobierno estatal o local correspondiente; el beneficio de maternidad de discapacidad de corto plazo para conductor de camión de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio del gobierno local o estatal y el 100 % de su pago diario promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.
	Los beneficios de maternidad conforme al plan de discapacidad de 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 de paga por cuidado familiar y parental mientras recibe los beneficios de maternidad de discapacidad a corto plazo. Para obtener más información, consulte la póliza sobre la paga por cuidado familiar y parental en One.Walmart.com .		
NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.		

Consulte la sección [Cuándo se es elegible para recibir los beneficios](#) para ver los requisitos generales aplicables a todos los beneficios de discapacidad de un plan de discapacidad a corto plazo, incluyendo el beneficio de maternidad. Existen algunas excepciones a estas reglas generales que se aplican al beneficio de 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. 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 se es elegible 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 se es elegible 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 de 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 [Planes 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 de 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 de 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

El plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión 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. 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, la compañía 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 la compañía 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 cheque de pago, en la medida permitida por la ley.

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 reunir los requisitos establecidos en 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 examinación, si Sedgwick así lo exigiera.
- El último día de su período máximo en el cual los beneficios son abonables.
- 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.

Regresar a trabajar

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 cuatro 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 se reintegra al trabajo dentro de los 30 días del final de su período por discapacidad aprobado, se restablecerá la cobertura por discapacidad que tenía antes de su discapacidad. Si no vuelve al trabajo en los 30 días siguientes a la finalización del período de discapacidad aprobado, su cobertura caducará el día 31. No obstante, su cobertura se restablecerá si vuelve al estado de trabajo activo dentro del transcurso de un año.

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 de 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 de licencia de ausencia o está 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 de su último día de trabajo. Su elegibilidad para los beneficios 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

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 cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible
- La fecha de su fallecimiento
- El 91.º día de una licencia o cesantía (a menos que se reincorpore al trabajo)
- El día 31 siguiente a la finalización de su período de discapacidad aprobado (a menos que regrese al trabajo), o
- La fecha en la que la compañía deja de ofrecer el beneficio.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía 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 asalariados y a tiempo completo pagados por hora

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD	196
Presentación de un reclamo por LTD	197
Cuándo no se pagan los beneficios	197
Cuándo comienzan los beneficios por LTD	197
Cómo calcular su beneficio	197
Si está discapacitado y trabaja	199
Cuándo finalizan los beneficios por LTD	199
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	200
Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal	200
Cuándo finaliza la cobertura	201
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	201
Planes de LTD para conductores de camiones	204

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 sea efectiva, 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 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 Lincoln.

Discapacidad a largo plazo para asociados asalariados y a tiempo completo pagados por hora

Si queda discapacitado y no puede trabajar, el plan de discapacidad a largo plazo de la compañía 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 One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Lincoln al 877-353-6404

Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad a largo plazo para asociados asalariados y a tiempo completo pagados por hora

- 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 (LTD)** sustituye el 50 % de su salario promedio mensual.
 - El **plan LTD mejorado** sustituye el 60 % de su salario promedio mensual.
- Si se inscribe en cualquier plan después del periodo de elegibilidad 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.

Planes de LTD (Discapacidad a largo plazo)

Si queda discapacitado, tal y como se define en la sección **Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD**, el plan de LTD 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 se es elegible para recibir los beneficios por LTD**, el plan LTD 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 período de espera, consulte **Cuándo comienzan los beneficios por LTD** 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 LTD** más adelante en este capítulo.

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.

COSTO DEL PLAN DE LTD

El costo de su cobertura para el plan de LTD depende de sus ganancias quincenales, su edad y si seleccionó el plan de LTD o el plan de LTD mejorado. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. Si no tiene ingresos en un periodo de pago, no se debe pagar ninguna prima por ese periodo de pago. Si mientras recibe los beneficios de LTD percibe cualquier otro ingreso, incluyendo los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart, las primas de todos los beneficios se retendrán de esos pagos.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD

Según los términos del plan de LTD y LTD mejorado, “discapacidad” o “discapacitado” por lo general significa que, debido a una lesión o enfermedad cubierta durante el período 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 ser elegible para recibir los beneficios por LTD:

- 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 la compañía o en un lugar designado por la misma, 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 LTD 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 LTD. 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 LTD 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 del plan de LTD (beneficio del 50 %) al plan mejorado de LTD (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 LTD (beneficio del 50 %) y, luego, queda discapacitado antes de cumplir la exclusión por afección preexistente del plan mejorado de LTD (beneficio del 60 %), solo recibirá los beneficios conforme al plan de LTD (beneficio del 50 %).

Presentación de un reclamo por LTD

Si tiene un reclamo por discapacidad de corto plazo aprobado y está inscrito para recibir los beneficios por LTD, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas tenga conocimiento de que necesitará utilizar su beneficio por LTD, 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 LTD y el plan de LTD 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 un reclamo por LTD.

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 LTD cuya causa esté relacionada con 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 LTD

Si Lincoln le aprueba los beneficios de LTD, los mismos comenzarán después del período de espera de los beneficios: 26 semanas o la finalización de sus beneficios por discapacidad a corto plazo, lo que sea más largo.

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, 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 LTD. 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.

Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad a largo plazo se basa en:

- Su salario mensual promedio; y
- Si está inscrito en el plan de LTD o en el plan de LTD mejorado.

SALARIO MENSUAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado durante 12 meses o más	Sus ingresos por los 26 períodos de pago inmediatamente anteriores a su último día de trabajo \div 12 Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos a la discapacidad de \$36,000 por los 26 períodos de pago anteriores es \$3,000 ($\$36,000 \div 12$).
Empleado durante menos de 12 meses	Sus ingresos desde la fecha de contratación \div cantidad de meses trabajados Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos de \$21,000 por los siete meses de trabajo es \$3,000 ($\$21,000 \div 7$).

Los ingresos 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 reúnen los requisitos
- 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 queda excluido, lo que reduce la cantidad de períodos de pagos para el cálculo.

Los ingresos 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 ganancias.

A continuación, verá cómo funciona su beneficio por LTD:

SU BENEFICIO POR LTD	
Si está inscrito	Su cobertura es
en el plan de LTD	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 LTD mejorado	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 más información, consulte Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por LTD .	

Su beneficio no será inferior a los \$50 en ningún mes en que sea elegible, para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo. El total de su pago mensual por discapacidad, más todos los ingresos, no puede exceder el 100 % de su salario mensual promedio anterior a la discapacidad.

Los beneficios por LTD se pagan por quincena, siempre que continúe discapacitado de acuerdo con la definición de los planes de LTD.

Lincoln tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios por LTD conforme al plan de LTD o al plan mejorado de LTD.

PTO Y SU BENEFICIO POR LTD

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por LTD. Si está recibiendo los beneficios por LTD 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 acumula PTO adicional mientras está recibiendo beneficios por LTD.

IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR LTD

Usted paga el 100 % de los costos de su cobertura por LTD con contribuciones después de impuestos. En consecuencia, los beneficios que usted recibe dentro de los planes de LTD no están sujetos a impuestos sobre la renta.

OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR LTD

El monto de su beneficio de 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 por

lo que respecta 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 LTD. 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 LTD, excedan su salario mensual promedio.
- Seguros de automóvil sin falta.
- Cualquier beneficio de discapacidad a corto plazo en curso que se pague conforme a la cobertura por discapacidad de 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 los otros beneficios que reducen sus beneficios por LTD es ajustado posteriormente con incrementos del costo de vida, su beneficio por LTD no será reducido. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza de LTD llamando a Lincoln al **877-353-6404**.

EJEMPLO DE REDUCCIÓN DEL BENEFICIO POR LTD		
Salario anual: \$36,000	Plan de LTD (50 %)	Plan de LTD mejorado (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 del beneficio por LTD (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 LTD 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 LTD se reducirán en la cantidad que se calcula que recibirá de la Seguridad Social por discapacidad.

Si reúne los requisitos para obtener beneficios jubilatorios o por discapacidad de Seguridad Social mientras recibe beneficios del plan de LTD y su reclamo de discapacidad ante la agencia se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios por LTD 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. Para ser elegible para recibir asistencia, debe recibir un beneficio de Lincoln.

Si está discapacitado y trabaja

Puede reunir los requisitos 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 superen su salario mensual promedio. 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 se pagaría si reuniera los requisitos para ser discapacitado, menos otros ingresos
D	Beneficio a 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 LTD

La cobertura de los planes de LTD finaliza con su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por LTD, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su beneficio por LTD 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 beneficios por LTD

Los pagos de beneficios por LTD 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 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 reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas a continuación).
- La fecha de su fallecimiento.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS BENEFICIOS POR LTD	
Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación (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 otra institución autorizada 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 LTD 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 de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal

Una vez que su cobertura de LTD sea efectiva y pueda presentar una solicitud de beneficios, si no está trabajando activamente debido a una licencia o a una cesantía temporal, seguirá teniendo derecho a los beneficios de LTD durante 90 días a partir de su último día de trabajo. El derecho a los beneficios LTD 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

Su cobertura por LTD finaliza:

- En la fecha en la que abandone voluntariamente la cobertura (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 cuando 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 la compañía 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:

- **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 sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si es usted un empleado pagado por hora o un miembro de la gerencia a tiempo completo (excluyendo a los conductores de camión a tiempo completo), consulte la sección [Si se va de la compañía y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD para conductores de camión	204
Cómo presentar un reclamo por LTD para conductores de camión	205
Cuándo no se pagan los beneficios	205
Cuándo comienzan los beneficios por LTD para conductores de camión	205
Cómo calcular su beneficio	206
Si está discapacitado y trabaja	207
Cuándo finalizan los beneficios por LTD para conductores de camión	208
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	209
Si está de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal	209
Cuándo finaliza la cobertura	209
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	209
Seguro de vida pagado por la compañía	212

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 sea efectiva, 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 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, este plan le brinda otros beneficios que puede recibir para reemplazar parte de su cheque de pago. Existen dos planes de discapacidad a largo plazo (LTD) 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 One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Lincoln al 877-353-6404

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 LTD y un plan de LTD mejorado. Cada uno ofrece la posibilidad de una cobertura de duración completa o una cobertura por cinco años.
- El plan por LTD para conductores de camión actúa junto con cualquier otro beneficio que reciba mientras se encuentra discapacitado y reemplaza el 50 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de LTD para conductores de camión o el 60 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de LTD mejorado para conductores de camión.
- Si se inscribe en cualquiera de los planes después del período de inscripción inicial, deberá presentar una evidencia de buena salud y es posible que le exijan que se realice un examen médico a su propio cargo antes de aprobar su cobertura.

Planes de LTD para conductores de camiones

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 LTD**
 - Cobertura por cinco años
 - Cobertura por duración completa
- **Plan de LTD mejorado**
 - Cobertura por cinco años
 - Cobertura por duración completa

Las opciones del plan de LTD y del plan de LTD mejorado para conductores de camión pagan los beneficios como se describe en la siguiente tabla.

Ambos planes están asegurados con Lincoln. Para obtener más información sobre su período de espera, consulte [Cuándo comienzan los beneficios por LTD 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 LTD para conductores de camión](#) más adelante en este capítulo.

LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	PLAN DE LTD	PLAN DE LTD MEJORADO
Cobertura por cinco años	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 a tiempo indicada en la tabla Máxima duración de los beneficios de LTD para conductores de camión (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 LTD	PLAN DE LTD MEJORADO
Cobertura por duración completa	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 a tiempo que se muestra en la tabla Máxima duración de los beneficios de LTD para conductores de camión (más adelante en este capítulo).	
*Consulte Cómo calcular su beneficio y Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por LTD para conductores de camión (más adelante en este capítulo) para obtener más información.		

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 LTD para conductores de camión y posteriormente decide inscribirse en el plan de LTD 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 DEL PLAN DE LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

El costo de la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión depende de sus ingresos quincenales y el tipo de cobertura de LTD para conductores de camión que elija. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. El costo de su cobertura por LTD depende de sus ganancias quincenales, su edad y si seleccionó el plan de LTD o el plan de LTD mejorado. 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 LTD percibe cualquier otro ingreso, incluyendo los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart, las primas de todos los beneficios se retendrán de esos pagos. Para revisar cómo mantener la cobertura de otros beneficios, consulte [Mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD para conductores de camión

Según los términos del plan de LTD 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 es incapaz de realizar las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o usted ha perdido la certificación médica requerida de acuerdo con el Reglamento Federal de Seguridad del Transporte Automotor. 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.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD 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 la compañía o en un lugar designado por la misma, 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 LTD 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 LTD. 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 LTD 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 LTD para conductores de camión, o si se cambia del plan de LTD al plan de LTD 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 LTD 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 LTD mejorado para conductores, únicamente recibirá sus beneficios conforme a la opción de cobertura de cinco años o del plan de LTD para conductores, según corresponda.

Cómo presentar un reclamo por LTD para conductores de camión

Si tiene un reclamo por discapacidad a corto plazo aprobado y está inscrito para recibir los beneficios por LTD, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas tenga conocimiento de que necesitará utilizar su beneficio por LTD 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 por LTD de conductores de camión cuya causa esté relacionada con 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 LTD para conductores de camión

Si Lincoln le aprueba los beneficios de LTD para conductores de camión, los mismos comenzarán después del período de espera de los beneficios: 26 semanas o la finalización de sus beneficios por discapacidad a corto plazo, lo que sea más largo.

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 LTD.

Cómo calcular su beneficio

El importe de la cobertura por LTD para conductores de camión depende de:

- Su salario mensual promedio; y
- Qué plan de LTD 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 LTD de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan LTD de cobertura por duración completa	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 LTD mejorado de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan de LTD mejorado de cobertura por duración completa	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 no será inferior a los \$50 en ningún mes en que sea elegible para recibir beneficios por discapacidad a largo plazo. El total de su pago mensual por discapacidad más el total de todos los ingresos no puede exceder el salario mensual promedio anterior a su discapacidad.

Los beneficios por LTD para conductores de camión se pagan cada dos semanas, siempre y cuando la discapacidad continúe de acuerdo con la definición de los planes de LTD para conductores de camión.

Lincoln tiene el derecho de cobrarle cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión conforme al plan de LTD o al plan mejorado de LTD para conductores de camión.

PTO Y SU BENEFICIO POR LTD

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por LTD. Si está recibiendo los beneficios por LTD 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 acumula PTO adicional mientras está recibiendo beneficios por LTD.

IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR LTD

Usted paga el 100 % de los costos de su cobertura por LTD con contribuciones después de impuestos. En consecuencia, los beneficios que usted recibe dentro de los planes de LTD para conductores de camión no están sujetos a impuestos sobre la renta.

OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

El monto de su beneficio por discapacidad a largo plazo para conductores 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 LTD para conductores de camión. 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 LTD 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 los otros beneficios que reducen sus beneficios por LTD es ajustado posteriormente con incrementos del costo de vida, su beneficio por LTD no será reducido. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza LTD para conductores de camión llamando a Lincoln al **877-353-6404**.

EJEMPLO: REDUCCIÓN DE BENEFICIO POR LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	Plan de LTD (50 %)	Plan de LTD mejorado (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 del beneficio por LTD (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 LTD 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 LTD se reducirán en la cantidad que se calcula que recibirá de la Seguridad Social por discapacidad.

Si reúne los requisitos para obtener beneficios jubilatorios o por discapacidad de la Administración de Seguridad Social mientras recibe beneficios de cualquiera de las opciones de planes LTD para conductores de camión y su reclamo de discapacidad ante ese organismo se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios por LTD que se hayan pagado de más durante el período cubierto por la aprobación retroactiva del sistema de Seguridad Social.

Lincoln puede ayudarlo a solicitar los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. Para ser elegible para recibir asistencia, debe recibir un beneficio de Lincoln.

Si está discapacitado y trabaja

Puede reunir los requisitos para recibir los beneficios de discapacidad si está parcialmente discapacitado. Conforme a los planes de LTD 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.
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o cualquier ocupación trabajando a tiempo parcial.
- 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 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) ÷ A] x C = D	
A	Su salario mensual promedio indexado
B	Sus ingresos mensuales parciales actuales
C	El beneficio mensual que se pagaría si reuniera los requisitos para ser discapacitado, menos otros ingresos
D	Beneficio a 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 LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

La cobertura de los planes de LTD para conductores de camión finaliza con su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por LTD para conductores de camión, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su beneficio por LTD 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 beneficios por LTD para conductores de camión

Los pagos de beneficios por LTD para conductores de camión 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 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 reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas a la derecha).
- 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 a tiempo que se muestra en la tabla **Máxima duración de los beneficios de LTD para conductores de camión** a la derecha 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 a tiempo que se muestra en la tabla de la derecha **Máxima duración de los beneficios de LTD para conductores de camión**.

MÁXIMA DURACIÓN DE LOS BENEFICIOS POR LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación (según 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 LTD para conductores de camión durante más de 24 meses por las siguientes discapacidades, debe estar internado en un hospital u otra institución autorizada 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 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 LTD 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 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 de licencia de ausencia o está sujeto a cesantía temporal

Una vez que comienza su cobertura por LTD para conductores de camión y usted es elegible para presentar un reclamo por beneficios, si no está trabajando activamente debido a una licencia de ausencia o una cesantía temporal, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por LTD durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por LTD para conductores de camión finaliza el día 91 después del inicio de su licencia de ausencia o cesantía temporal, pero se restablecerá si regresa a trabajar de forma activa dentro del 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

Sus beneficios por LTD para conductores de camión finalizan:

- En la fecha en que abandone voluntariamente la cobertura (como se describe en la siguiente columna)
- El último día del período de pago cuando 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 la compañía 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.

- **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 sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si es un conductor de camión a tiempo completo, consulte la sección [Si se va de la compañía y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro de vida pagado por la empresa

Cómo nombrar a un beneficiario	212
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	212
Presentación de un reclamo	213
Cuándo no se pagan los beneficios	213
Cuándo finaliza la cobertura	213
EstateGuidance®	213
Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía después de dejar de trabajar en Walmart o si pierde la cobertura	213
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	214
Seguro de vida opcional para asociados	218

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 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 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 One.Walmart.com	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenga más información sobre la cobertura • Solicite un beneficio acelerado • Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro 		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

Lo que debe saber sobre el seguro de vida pagado por la compañía

- Si usted es un asociado que reúne los requisitos, 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 o en 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 a 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 la compañía 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.

Presentación de un reclamo

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

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 cuando 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 la compañía deja 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, 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 desde una pérdida calificadora de cobertura y antes de elegir la transferibilidad o 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 calificadora de cobertura, incluso si usted no solicitó la transferibilidad 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 la compañía 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 la compañía 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 la compañía 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 la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro de vida opcional para asociados

Cómo nombrar a un beneficiario	218
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	219
Presentación de un reclamo	219
Cuándo no se pagan los beneficios	219
Interrupción de la cobertura	219
Cuándo finaliza la cobertura	220
Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart o si pierde la cobertura	220
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	221
Seguro de vida opcional para dependientes	224

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 sea efectiva, 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 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 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 One.Walmart.com	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenga más información • Solicite un beneficio acelerado • Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro 		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

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://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 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 la compañía. 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 reúnan los requisitos, consulte la sección **Inscripción y fechas efectivas 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.
- 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. 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. 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 la compañía 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.

Presentación de un reclamo

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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

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 la compañía deja 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 el capítulo **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual** sobre **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 desde una pérdida calificadora de cobertura y antes de elegir la transferibilidad o 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 calificadora de cobertura, incluso si usted no solicitó la transferibilidad 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 la compañía 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 31.º día después de haber dejado de estar asegurado, o
- el 15.º 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro de vida opcional para dependientes

Beneficios adicionales	224
Presentación de un reclamo	225
Cuándo no se pagan los beneficios	225
Interrupción de la cobertura	225
Cuándo finaliza la cobertura	225
Continuación de la cobertura para cónyuges/parejas cuando deja Walmart o pierde la cobertura	226
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	227
Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	230

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 sea efectiva, 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 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 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 One.Walmart.com	Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

Lo que debe saber sobre el seguro de vida opcional para dependientes

- Los asociados a tiempo completo pagados por hora y los asociados gerenciales pueden inscribir a sus cónyuges/parejas o a sus hijos; los asociados a tiempo parcial pagados por hora y los conductores de camión a tiempo parcial pueden inscribir a sus hijos, pero no a sus cónyuges/parejas.
- 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 o en 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 o dependiente legal 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 a tiempo parcial pagados por hora, 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 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.

Presentación de un reclamo

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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

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 último 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 la compañía deja 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 el capítulo [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) sobre [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**, le permite a usted y a su cónyuge o 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 a tiempo parcial pagados por hora, 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 o pareja fallece dentro de los 31 días desde un siniestro calificador de cobertura y antes de elegir la transferibilidad 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 o 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 o 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 reemplazada 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 o 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 o pareja también puede solicitar cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- La cobertura de su cónyuge o pareja finaliza debido a que se produce el divorcio o finaliza la relación de pareja.
- Su cónyuge o pareja es menor de 80 años.
- Su cónyuge o 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 o pareja presenta una evidencia de buena salud y Prudential lo acepta, puede aumentar el monto de la cobertura de su cónyuge o 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 su cobertura de seguro de vida 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 su cobertura 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 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 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. 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Cómo nombrar a un beneficiario	230
Presentación de un reclamo	230
Cuándo se pagan los beneficios	231
Beneficios adicionales	232
Cuándo no se pagan los beneficios	232
Cuándo finaliza la cobertura	232
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	232
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	233
Seguro contra accidentes	236

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 que reúne los requisitos, 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 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 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 One.Walmart.com	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al 877-740-2116
Presente un reclamo del seguro contra accidentes durante viajes de negocios		Llame a Prudential al 877-740-2116
Obtenga más información sobre el seguro médico para accidentes durante viajes de negocios internacionales a través de GeoBlue	Visite geo-blue.com	Llame a GeoBlue al 888-412-6403 Fuera de los EE. UU., llame al 610-254-5830

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 vista, el habla o la audición, o queda parálítico 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 pagos de Walmart desde la fecha de la pérdida o fallecimiento.
- **Para asociados gerenciales y directivos:** salario básico según se muestra en el sistema de pagos de Walmart desde la fecha de la pérdida o fallecimiento.
- **Para conductores de camión:** pago diario promedio anualizado desde la fecha de la pérdida o fallecimiento 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. 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 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. 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. No se aceptan formularios en papel.

Presentación de un reclamo

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 la compañía. 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

- Cuadruplejía: 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, ambos pies, la vista de ambos ojos: amputación por o sobre la articulación de ambas muñecas o ambos tobillos, o pérdida total e irreparable de la vista.
- Pérdida de una mano y un pie: amputación por o sobre la articulación de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos: pérdida total del habla y de la audición que dure al menos seis meses consecutivos tras el accidente.
- Pérdida de mano o pie y la vista de un ojo: amputación por o sobre la articulación de la muñeca o del tobillo, o pérdida total e irreparable de la vista en un ojo.

50 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida de mano o pie: amputación permanente en la muñeca o encima de ella pero debajo del codo o amputación permanente en el tobillo o encima de él pero debajo de la rodilla.
- Daño cerebral: daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca incapacidad 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 vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida total del habla o de la audición que dure al menos seis meses consecutivos tras el accidente.

25 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano: amputación permanente en la articulación más cercana a la muñeca o encima de ella.
- 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 y no reversible. ("Separación" se refiere a la separación total y desmembramiento del miembro 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 de uso de 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 de 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 la compañía 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

Su cobertura del seguro contra accidentes durante viajes de negocios finaliza en su último día de empleo.

Si deja la compañía 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 hospitalización, 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.

Se aconseja a los asociados que se registren en geo-blue.com antes de su viaje de negocios, utilizando el código de acceso del grupo **QH999999WALM**. Al registrarse, tendrá acceso a servicios y beneficios, tales como:

- Opción de 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.

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. Envíe su reclamo por correo electrónico a 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 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

Beneficios del seguro contra accidentes	236
Cómo nombrar a un beneficiario	239
Presentación de un reclamo	239
Cuándo no se pagan los beneficios	240
Interrupción de la cobertura	240
Cuándo finaliza la cobertura	240
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	241
Seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D)	244

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 sea efectiva, 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 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 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 One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart	Llame a Allstate Benefits al 800-514-9525

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 o 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:

- Únicamente asociado
- 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)

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 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 próxima página)

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 uno de los siguientes: TAC, resonancia o EEG	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.one.walmart.com). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://www.one.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](#) adelante.

CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.one.walmart.com). Todos los cambios se deben realizar en [One.Walmart.com](https://www.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 la compañía, 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.one.walmart.com). No se aceptan formularios en papel.

Presentación de un reclamo

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.one.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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

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 la compañía 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 último 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 período de Inscripción anual](#) en el capítulo sobre [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 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 contra accidentes bajo el 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 que reúna los requisitos necesarios y 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)

Cómo nombrar a un beneficiario	244
Monto de cobertura por AD&D	245
Cuándo se pagan los beneficios por AD&D	245
Beneficios por AD&D adicionales	246
Presentación de un reclamo	248
Cuándo no se pagan los beneficios	248
Interrupción de la cobertura	248
Cuándo finaliza la cobertura	248
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	249
Seguro por enfermedades graves	252
Beneficios por enfermedades graves	252
Cómo nombrar a un beneficiario	253

La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro por muerte y desmembramiento accidental 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 sea efectiva, 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 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 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 y desmembramiento accidental (accidental death and dismemberment, 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 One.Walmart.com	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

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:

- Únicamente asociado
- 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](#) más abajo.

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 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.

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 vista en ambos ojos; pérdida del habla y de la audición en ambos oídos que continúe durante al menos los seis meses consecutivos posteriores al accidente.
- Una mano y un pie: amputación por o sobre la articulación de la muñeca y del tobillo.
- Pérdida de un brazo o una pierna: amputación en el codo o la rodilla, o por encima de estos.
- Pérdida de una mano o pie y la vista de un ojo. Amputación por o sobre la articulación de la muñeca o del tobillo, o pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Cuadruplejía: 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
Asociados gerenciales únicamente:				
\$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:

- **Daño cerebral:** significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca incapacidad total para llevar a cabo todas las funciones y actividades materiales y sustanciales normales 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 mano:** amputación en la muñeca o el tobillo, o por encima de estos.
- **Pérdida de la vista en un ojo:** pérdida total y permanente de la vista en 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 uso del cinturón de seguridad:** si usted o sus dependientes cubiertos 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 (asociados gerenciales y a tiempo completo pagados por hora únicamente):** 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 de 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 o un beneficio de educación para los hijos.
- **Beneficio para reforma del hogar y modificación de 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 un permiso 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
Beneficio por el uso del cinturón de seguridad	\$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.
Beneficio para motociclista seguro	\$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.
Reembolso de matrícula para el cónyuge/pareja	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> la matrícula real que se cobra por el programa; el 10 % del monto del seguro (del asociado); y \$25,000 	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 a tiempo completo pagados por hora y asociados gerenciales.</i>
Reembolso de la matrícula de un hijo	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> la matrícula anual real, sin incluir el alojamiento y la comida que cobra la escuela; el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y \$25,000 	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.º grado en la fecha del fallecimiento, debe pasar a ser un estudiante a tiempo completo.
Beneficio por el cuidado de niños	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> el costo real que cobra un centro de cuidado infantil por año; el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y \$12,500 	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.
Beneficio para reforma del hogar y modificación del vehículo	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> el costo real que se cobra por la reforma o modificación; el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y \$10,000 	Se paga un monto que no supere los \$10,000.
Beneficio de la prima del seguro médico para el asociado (COBRA)	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> el monto de la prima del seguro médico; el 5 % del monto del seguro (del asociado); y \$500 	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> Finaliza la continuación de la inscripción en el AMP. Obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal. El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.
Beneficio de la prima del seguro médico para el dependiente (COBRA)	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> el monto real de la prima del seguro médico; y \$10,000 	Se paga todos los años hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> Finaliza la continuación de la inscripción de sus dependientes en el AMP. El dependiente obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal. El beneficio se pagó por 3 años consecutivos. <i>El beneficio de primas para cónyuge/pareja solo está disponible para asociados a tiempo completo pagados por hora y asociados gerenciales.</i>
Beneficio de rehabilitación mensual	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y \$250 	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> Un médico determina que la persona ya no necesita rehabilitación. La persona no presenta ninguna de las pruebas necesarias para continuar recibiendo rehabilitación. La persona no se somete a ningún examen médico obligatorio. El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.
Beneficio común por accidente	Un monto equivalente a la diferencia entre: <ul style="list-style-type: none"> el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por pérdida de la vida; y el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por la pérdida de la vida de su cónyuge/pareja de hecho. 	

Presentación de un reclamo

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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

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 la compañía deja 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 último 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 el capítulo [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción anual](#) sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).
- **En la Inscripción anual:** la cobertura finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

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 [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 la compañía y luego regresar al trabajo 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Seguro por enfermedades graves

Presentación de un reclamo	254
Cuándo no se pagan los beneficios	254
Interrupción de la cobertura	255
Cuándo finaliza la cobertura	255
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	256
Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales	260
Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad	260
Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia, dentales y de la vista	260

La información de este capítulo describe los beneficios opcionales del seguro por enfermedad grave 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 sea efectiva, 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 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 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 One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart	Llame a Allstate Benefits al 800-514-9525

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 o 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 una evidencia 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.

- Únicamente asociado
- 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 (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). 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 vista en uno o ambos ojos debido a una enfermedad
- Cuadriplejía
- 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 cobertura
- Pérdida completa de uno o más dedos de la mano y/o uno o más dedos del pie: 25 % del monto de cobertura
- Ataques isquémicos transitorios (AIT): 25 % del monto de la cobertura
- Aneurisma (ruptura o disección): 25 por ciento del monto de cobertura
- Enfermedades específicas: 50 % del monto de 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, bajo el 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 reaparición del mismo tipo de cáncer, debe estar libre de síntomas y de tratamiento durante 181 días después de la aparición 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 un individuo cubierto recibe asesoramiento por PTSD; se paga una vez al día por individuo cubierto y se limita a seis días por año calendario.

- Beneficio en caso de padecer 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 que recibirá por 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 la compañía son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de la compañía.

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** adelante.

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 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 la compañía, 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. No se aceptan formularios en papel.

Presentación de un reclamo

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 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 o 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 un permiso 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 UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso 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

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 la compañía 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 último 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 sobre [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 bajo el 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 que reúna los requisitos necesarios y 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 la compañía y lo contratan nuevamente

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 a tiempo parcial pagados por hora 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 la compañía 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 la compañía y luego lo contratan nuevamente** en el capítulo **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para saber cómo el hecho de dejar de trabajar en la compañía y regresar al trabajo afecta sus beneficios.

Reclamos y apelaciones

Proceso de apelaciones internas	263
Procedimientos de apelación especiales para los Centros de Excelencia	264
Revisión voluntaria	268
Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia	268
Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, de farmacia, de Centros de Excelencia, dental, de la vista y por discapacidad a corto plazo	269
Derechos de subrogación y reembolso del Plan	269
Reclamos para los beneficios y derecho a apelar decisiones sobre reducciones, reembolsos y subrogaciones	271
Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan HMO	272
Procedimientos de opciones de reclamos y apelaciones del plan PPO	272
Proceso de reclamos para el seguro contra accidentes y por enfermedades críticas	272
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	275
Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad	276
Beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living)	279
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	279
Plan de Salud y Bienestar para Asociados	282
Información de identificación del plan	282
Financiación del Plan	283
Modificación o cancelación del plan	283

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 vista, 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 vista, 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 Centros de Excelencia 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>Walmart Total Rewards Benefits Attn: Internal Appeals 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500</p> <p><input type="radio"/> por fax al 888-715-4154</p> <p><input type="radio"/> para las apelaciones de COBRA, escriba a: WageWorks (COBRA Appeals) P.O. Box 226591 Dallas, Texas 75222-6591</p>
Designar a un representante autorizado para que presente apelaciones en su nombre	Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan o llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .

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 vista, 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.

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 **Reclamos 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, incluyendo si usted ha satisfecho los períodos de espera aplicables para que la cobertura sea efectiva. Para obtener detalles específicos **Procedimientos de apelación especiales para los Centros de Excelencia** sobre la solicitud de una exención del período de espera de 12 meses para los servicios de trasplante, consulte la sección 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 vista

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 vista (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 **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 **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 hospitalización 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, DENTALES Y DE LA VISTA DE RUTINA

Médico <ul style="list-style-type: none"> Para las solicitudes de los Centros de Excelencia que no sean de formación de familia, consulte más abajo Incluye los servicios en uno de los Centros de Excelencia no cubiertos conforme al programa de los Centros de Excelencia, y los reclamos por trasplante que no sean necesarios realizar en Mayo Clinic. 	Su administrador de terceros (TPA) Plan Premier, Contribution y Saver y beneficios de formación de familia bajo el programa de los Centros de Excelencia (vea su tarjeta de identificación del plan) <ul style="list-style-type: none"> Aetna Life Insurance Company (Aetna)* BlueAdvantage Administrators of Arkansas (BlueAdvantage)* UMR OPCIONES DE PLANES LOCALES <ul style="list-style-type: none"> Plan local Mercy Arkansas, HealthSCOPE Benefits Plan local Banner, Aetna <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>
Farmacia	OptumRx
Dental	Delta Dental
De la vista	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.

Cirugía cardíaca	Contigo Health
Revisión de la historia clínica de cáncer	HealthSCOPE Benefits
Revisión de la historia clínica de la diálisis renal ambulatoria o de la ESRD	HealthSCOPE Benefits
Tratamiento y servicios para la formación de familia	Su administrador de terceros (TPA)
Reemplazo de cadera y rodilla	Contigo Health
Cirugía de columna	Contigo Health
Trasplante	HealthSCOPE Benefits
Cirugía para la pérdida de peso	Contigo Health

La tabla **Procesos y plazos de reclamos** de la página siguiente muestra los plazos para establecer determinaciones para estos tipos de reclamos.

PROCESOS Y PLAZOS DE RECLAMOS	
<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Reclamos anteriores al servicio Reclamo de servicios aún no prestados y para los cuales el Plan requiere autorización previa.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si su reclamo anterior al servicio se presenta incorrectamente, se le notificará dentro de los cinco días posteriores a la recepción del reclamo.</p>
<p>Reclamos posteriores al servicio Reclamo de servicios ya prestados o para los cuales el Plan no requiere autorización.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Reclamos de atención concurrente Un reclamo relacionado con una reducción de servicios en curso o una solicitud de extensión de un tratamiento en curso.</p>	<p>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.</p>

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 vista, 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 (consulte [Información de contacto para las apelaciones](#) a la derecha);
- 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 vista);
- 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.



El aviso de denegación de la solicitud proporcionará información específica sobre cómo apelar una solicitud denegada.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LAS APELACIONES

SERVICIOS MÉDICOS

(Incluye los servicios realizados en un Centro de Excelencia pero que no están cubiertos por el programa de los Centros de Excelencia). 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.

Aetna	855-548-2387 800-525-6257 (Chicago metro & south FL) 833-554-1544 (AZ, TN, MN, CO) 800-626-9170 (GA, OH)
BlueAdvantage	866-823-3790
UMR	855-870-9177
HealthSCOPE Benefits	800-804-1272
UnitedHealthcare (reclamos con una fecha de servicio igual o anterior al 31 de diciembre de 2021)	888-285-9255

SERVICIOS DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

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.

Contigo Health • Cirugía cardíaca • Cirugía de columna • Reemplazo de cadera y rodilla • Cirugía para la pérdida de peso	Contigo Health Centers of Excellence: Walmart Attn: Appeals Coordinator 300 Executive Pkwy Ste 100 Hudson, Ohio 44236
HealthSCOPE Benefits • Cirugía para la pérdida de peso en el Plan Local Mercy AR • Revisión de los expedientes de cáncer • Revisión de los registros de riñón/enfermedad renal en etapa terminal • Apelaciones por trasplante en Mayo Clinic	HealthSCOPE Benefits Attn: Coordinador de apelaciones 27 Corporate Hill Drive Little Rock, Arkansas 72205
Su administrador de terceros (TPA) • Tratamiento y servicios para la formación de familia	Vea su tarjeta de identificación del plan

FARMACIA

OptumRx	OptumRx Attn: Coordinador de apelaciones P.O. Box 25184 Santa Ana, California 92799
----------------	--

DENTAL

Delta Dental of Arkansas	Delta Dental of Arkansas Appeals Committee P.O. Box 15965 Little Rock, Arkansas 72231-5965
---------------------------------	---

DE LA VISTA

VSP	VSP Member Appeals 3333 Quality Drive Rancho Cordova, California 95670
------------	---



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 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 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	
Reclamos urgentes	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).
Reclamos anteriores al servicio	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).
Reclamos posteriores al servicio	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 están 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 **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 período 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 a: gappeal@wal-mart.com
 Por fax al: **888-715-4154**
 Por correo postal a: **Walmart Total Rewards Benefits**
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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 [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 pagará 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, o 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.

Envíe su solicitud de excepción previa al servicio por escrito a:

Por correo electrónico a: gappeal@wal-mart.com
 Por fax al: **888-715-4154**
 Por correo postal a: **Walmart Total Rewards Benefits**
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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 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 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 una 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. 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
 Por fax al: 888-715-4154
 Por correo postal a: **Walmart Total Rewards Benefits**
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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 [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 pagará 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 bajo 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 la siguiente dirección:

Centros de Excelencia: 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, incluyendo 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 el procedimiento quirúrgico tendría.

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 una 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. 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 la siguiente dirección:

Por correo electrónico a: ghappeal@wal-mart.com
 Por fax al: **888-715-4154**
 Por correo postal a: **Walmart Total Rewards Benefits
 Attn: Internal Appeals
 508 SW 8th Street
 Bentonville, Arkansas 72716-3500**

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, incluyendo 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 el procedimiento quirúrgico tendría.

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 una 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. 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 a: ghappeal@wal-mart.com
 Por fax al: **888-715-4154**
 Por correo postal a: **Walmart Total Rewards Benefits
 Attn: Internal Appeals
 508 SW 8th Street
 Bentonville, Arkansas 72716-3500**

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 administrador de la red subcontratado 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 SU APELACIÓN RECHAZADA PARA DETERMINACIONES DEL ESTADO DE INSCRIPCIÓN O 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:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

○ 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.

SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN DENEGADA POR MOTIVOS ADMINISTRATIVOS: APELACIONES MÉDICAS, DENTALES Y DE LA VISTA

Usted puede solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre su apelación de un reclamo de beneficio médico, dental o de la vista 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:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

○ 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:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: External Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
800-421-1362

○ por fax al **888-715-4154**

Envíe una solicitud de apelación farmacéutica externa por escrito a:

OptumRx
Attn: Coordinador de apelaciones
P.O. Box 25184
Santa Ana, California 92799

Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, de farmacia, de Centros de Excelencia, dental, de la vista 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

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 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;
- 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, 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;
 - 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.
- 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
- 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 forma de demostrar una discapacidad mental o física total y permanente es que la persona cubierta muestre que reúne las condiciones para recibir beneficios de ingresos por discapacidad de Seguridad 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 afeción 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;
- 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:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Subrogation Review
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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 a tiempo para apelar;
- 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:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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;
- 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 críticas

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**

Asimismo, puede facilitar un aviso del reclamo de la siguiente manera: En línea: 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 o 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 a 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 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 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, incluyendo una declaración 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 a 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 con 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 y desmembramiento accidental (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:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 8517
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Las solicitudes de beneficios bajo el seguro de vida deben presentarse en los 90 días siguientes a la fecha de la pérdida.

Las solicitudes de beneficios bajo el seguro por accidentes en viajes de negocios deben presentarse en los 365 días siguientes a la fecha de la pérdida.

Las solicitudes de beneficios bajo el seguro de muerte y desmembramiento accidental 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 Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

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 misma 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 tal 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 lo 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 Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

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

NOTA: Esta sección describe el proceso de reclamo y apelación del plan de discapacidad a corto plazo por hora a tiempo completo (básico y mejorado), el plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo y el plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión. 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.

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Sedgwick administra todos los pedidos de licencia de ausencia a menos que se indique lo contrario. Notifique a Sedgwick para que solicite una licencia de ausencia y presente un reclamo por discapacidad a corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Para ello, visite [One.Walmart.com > One.Walmart.com > mySedgwick](#) o llame al **800-492-5678**.

También puede presentar las solicitudes de discapacidad a corto plazo por correo a:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.
P.O. Box 14748
Lexington, Kentucky 40512-4748

En el caso de los asociados que trabajan en estados o localidades que cuentan con beneficios exigidos por ley, deben presentar su reclamo directamente ante el gobierno estatal o local. Si apela un reclamo administrado por Sedgwick, presente su apelación ante Sedgwick, como se

describe anteriormente. 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 a tiempo completo pagados por hora**.

Las solicitudes del plan de discapacidad a largo plazo para asociados por hora y asalariados a tiempo completo y del plan de discapacidad a largo plazo para conductores de camión deben enviarse a:

**Group Benefits Claims
Lincoln Financial Group
Group – Charlotte WM
P.O. Box 2578
Omaha, Nebraska 68172-9688**

Si usted eligió el plan de discapacidad a largo plazo o la 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 a tiempo. Envíe su apelación por correo electrónico a EOIQuestions@lfg.co o por correo postal a:

**Lincoln Financial Group
ATTN: Medical Underwriting
P.O. Box 2870
Omaha, NE 68103-2870**

PLAZOS DE PRESENTACIÓN

Los reclamos por beneficios de discapacidad a corto plazo para Hawái, Nueva Jersey y Nueva York deberán presentarse a Sedgwick dentro de los 30 días desde la fecha de inicio de su discapacidad. Sedgwick le notificará a Lincoln sobre el reclamo de su discapacidad.

En el resto de los estados (excepto en California y Rhode Island, tal como se indica a continuación), deberá presentar su reclamo por discapacidad a corto plazo ante Sedgwick en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que comienza su discapacidad para garantizar que lo consideren para recibir beneficios. 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 tiene un reclamo de discapacidad a corto plazo aprobado y está inscrito en un programa de discapacidad a largo plazo (LTD), su reclamo se transferirá de manera automática a Lincoln para su consideración.

Si trabaja en Connecticut, Massachusetts, Washington D.C. o el estado de Washington, debe solicitar sin demora a Sedgwick y a su estado o localidad los beneficios exigidos por el estado. Tenga en cuenta que los asociados en Washington D. C. generalmente no recibirán beneficios por períodos anteriores a la fecha de solicitud de beneficios, excepto en situaciones de emergencia.

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.
 - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Ya sea que se basaron en reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan para tomar la determinación desfavorable o, de manera alternativa, 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 a tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502 (a) de ERISA después de que apela la decisión si recibe un rechazo por escrito de la apelación.

CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD QUE SE RECHAZÓ EN SU TOTALIDAD O EN PARTE

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios por discapacidad 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 que trabajan en estados o localidades que cuentan con planes exigidos por el estado, tales como California, Connecticut, Massachusetts, Rhode Island, Washington D.C. y el estado de Washington, deben presentar su apelación directamente ante el 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 a tiempo completo pagados por hora](#).

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.
 - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Ya sea que se basaron en reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan para tomar la determinación desfavorable o, de manera alternativa, 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.

Todas las demás apelaciones conforme al plan de discapacidad a corto plazo para los asociados a tiempo completo pagados por hora de todos los estados, excepto California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York y Rhode Island, se deben enviar a la siguiente dirección:

Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit
P.O. Box 14748
Lexington, Kentucky 40512-4748

En el caso de los asociados que trabajan en estados que cuentan con beneficios exigidos por ley, deben presentar su apelación directamente ante el gobierno estatal o local. Si apela su reclamo administrado por Sedgwick, presente su apelación ante Sedgwick como se describe anteriormente.

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 de corto plazo para conductores de camión**, según corresponda, para obtener información detallada sobre el proceso de apelaciones para dichos planes.

Las apelaciones de beneficios por discapacidad a corto plazo en Hawái, Nueva Jersey y Nueva York, y por discapacidad a largo plazo, se deben enviar a:

Group Benefits Claims Appeal Unit
Lincoln Financial Group
Group – Charlotte WM
Attn: Appeal Review Unit
P.O. Box 2578
Omaha, Nebraska 68172-9688

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR BENEFICIOS CONFORME AL PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS A TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA

Si es un asociado a tiempo completo pagado por hora 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.

Beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living)

No necesita presentar un reclamo o una apelación para obtener los beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living). Puede acceder al sitio web de Recursos para la vida (Resources for Living) o comunicarse con este servicio por teléfono al **800-825-3555** en cualquier momento.

Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o si no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede comunicarse con Servicios al Personal o enviar un reclamo o una apelación por escrito a la siguiente dirección:

Walmart Total Rewards Benefits
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Todos los reclamos y las apelaciones se considerarán conforme a los plazos y requisitos aplicables a los beneficios médicos.

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. Envíe su reclamo por correo electrónico a 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 y envíe el formulario completo a:

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

Sus derechos conforme a ERISA	283
Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA	284
Medicare y la cobertura de medicamentos recetados	288
Asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid y el Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP)	289
Participante del Value Plan	292
Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart	296
Inscripción en el Plan	297
Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart	297
Transferencia de fondos de un plan de un empleador previo o de una IRA	298

Información legal

El *Libro de Beneficios para Asociados* de 2023 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 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 vista
- Recursos para la vida (Resources for Living)
- Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)
- Plan de discapacidad a corto plazo para asociados a tiempo completo pagados por hora
- 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 y desmembramiento accidental (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		Escriba a: Plan Administrator Senior Vice President, U.S. Benefits Associates' Health and Welfare Plan 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500 Llame al (479) 621-2058
Respuestas a las preguntas sobre la notificación de privacidad de la HIPAA	Envíe su pregunta a AHWPrivacy@walmart.com	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Respuestas a las preguntas sobre Medicare Parte D	Visite medicare.gov	800-MEDICARE (800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048
Respuestas a las preguntas sobre Medicaid/CHIP	Visite insurekidsnow.gov	877-KIDSNOW (877-543-7669)

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 vista
- Recursos para la vida (Resources for Living)
- 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 Contribution, Plan Saver y los Planes Locales.

**El seguro médico incluye las siguientes opciones de plan: PPO Plan, los 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 vista, 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 y desmembramiento accidental (AD&D) y el seguro por enfermedad grave.

Tipo de administración: el Plan es administrado por el Administrador del Plan. 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. En cada capítulo 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:
Vicepresidente Senior de Beneficios en los Estados Unidos
Walmart Inc. Associates' Health and Welfare Plan
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
479-621-2058

Fiduciario designado (para los beneficios médicos, de farmacia, dental y de discapacidad a corto plazo autofinanciados): para cada uno de los programas de beneficios con componentes autofinanciados, el administrador de terceros 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 el seguro médico, de la vista, de vida pagado por la compañía, de vida opcional para asociados, de vida opcional para dependientes, de accidente por viaje de negocios, de discapacidad a largo plazo, por accidente, por AD&D y de enfermedad grave): para cada uno de los programas de beneficios de los componentes asegurados, la compañía de seguros aplicable es un fiduciario designado con respecto a las decisiones relativas a si se pagará un reclamo de beneficios en virtud del contrato de seguro.

Depositario del plan:
J. P. Morgan
4 New York Plaza, 15th Floor
New York, New York 10004-2413

Agente para el aviso de procesos legales:
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 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 Walmart Inc. Fideicomiso de Salud y Bienestar para Asociados. 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 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 la compañía 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 esta SPD y los documentos que rigen el Plan sobre las normas que determinan la continuación de los derechos de cobertura de COBRA. (Consulte el capítulo **Ley COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)** 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 pierde 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 ley ERISA o necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la Oficina de Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado más cercana, del Departamento de Trabajo de EE. UU., 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/ebssa.

Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA

Esta notificación se actualizó el 1 de agosto de 2019.

ESTA NOTIFICACIÓN SE APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (AMP), AL PLAN DENTAL Y RECURSOS PARA LA VIDA (RESOURCES FOR LIVING, RFL) 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 contra accidentes 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.



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 los RFL, 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 RFL.

CÓMO PUEDEN USAR Y DIVULGAR SU PHI EL AMP, EL PLAN DENTAL Y RFL

La ley permite que usemos y divulguemos su información médica protegida (protected health information, 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.
- 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.

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

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 ESTRUCTAS

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 Resources for Living® (RFL) 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 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; o (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 RFL, 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 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:

Walmart People Services
Attn: HIPAA Compliance Team
508 SW 8th Street
Mail Stop #3500
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Envíe sus preguntas por correo electrónico a:
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 bajo el 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 bajo el 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.
- Llame a su programa estatal de asistencia para seguros de salud para obtener ayuda personalizada (al número de teléfono que aparece en el manual “*Medicare & You*”).
- 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 o llame al **800-772-1213 (TTY 800-325-0778)**.



RECUERDE

Conserve 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 reúnen los requisitos para tener Medicaid o CHIP, usted no reunirá los requisitos 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.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en el CHIP, y vive en uno de los estados que se mencionan a continuación, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado para averiguar si disponen de asistencia para el pago de las 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 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 reúnen los requisitos para la ayuda para el pago de la prima bajo Medicaid o CHIP, y reúnen los requisitos para la ayuda del Plan de Walmart Inc., el Plan debe permitirle a usted y a sus dependientes inscribirse en el Plan si aún 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 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 2022. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado.

<p>ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 855-692-5447</p>	<p>IOWA MEDICAID Y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono del Medicaid: 800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 888-346-9562</p>
<p>ALASKA – Medicaid Programa de pago de primas del seguro de salud de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kancare.ks.gov Teléfono: 800-792-4884</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>KENTUCKY – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas del seguro de salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 877-524-4718 Sitio web de Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>
<p>CALIFORNIA – Medicaid Sitio web: Pago de primas del seguro de salud (HIPP) https://www.dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>COLORADO – Health First Colorado (Medicaid) y Plan de salud para niños Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com Centro de Contacto para miembros de Health First Colorado: 800-221-3943 Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Centro de atención al cliente de CHP+: 800-359-1991 / Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio de atención al cliente de HIBI: 855-692-6442</p>	<p>MAINE – Medicaid Sitio web para inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>
<p>FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 877-357-3268</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 800-862-4840 TTY: 617-886-8102</p>
<p>GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, oprima 1 Sitio web de GA-CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, oprima 2</p>	<p>MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 800-657-3739</p>
<p>INDIANA – Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de bajos recursos de 19 a 64 años de edad Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip Teléfono: 877-438-4479 Y el resto de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid Teléfono: 800-457-4584</p>	<p>MISURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
	<p>MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 800-694-3084 Correo electrónico: HSHSHIPPPROGRAM@mt.gov</p>

<p>NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)</p>
<p>NEVADA – Medicaid Sitio web: http://dhcftp.nv.gov Teléfono: 800-992-0900</p>	<p>CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 888-549-0820</p>
<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Línea gratuita para el programa HIPP: 800-852-3345, ext 5218</p>	<p>DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 888-828-0059</p>
<p>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 800-701-0710</p>	<p>TEXAS – Medicaid Sitio web: http://gethipptexas.com Teléfono: 800-440-0493</p>
<p>NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid Teléfono: 800-541-2831</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 877-543-7669</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org Teléfono: 800-250-8427</p>
<p>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 844-854-4825</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 800-432-5924</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 888-365-3742</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov Teléfono: 800-562-3022</p>
<p>OREGÓN – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 800-699-9075</p>	<p>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms http://mywvhpp.com Teléfono de Medicaid: 855-MyWVHIPP (855-699-8447) Teléfono gratuito de CHIP: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)</p>
<p>PENSILVANIA – Medicaid Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 800-692-7462</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 800-362-3002</p>
	<p>WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Teléfono: 800-251-1269</p>

Para consultar si otros estados han incorporado un programa de asistencia para el pago de primas después del 31 de julio de 2022 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
 866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
 877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 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
စကားပြောခြင်းဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ခရီးစဉ်ပေးပါသည်။ 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

Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Hay servicios de interpretación disponibles sin costo alguno: **1-800-421-1362**.

Português (Brasil)
Serviços de interprete estão disponíveis grátis.
1-800-421-1362.

ਪੰਜਾਬੀ
ਦੋਭਾਸ਼ੀਆ 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

Reembolso de determinadas distribuciones al Plan	298
Cómo realizar contribuciones a su cuenta	298
Cómo hacer una conversión Roth dentro del Plan	300
Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía	300
Inversión de su cuenta	301
Más información sobre la propiedad de acciones de Walmart	302
Saldos y resúmenes de cuenta	303
Recepción de un pago de liquidación mientras trabaja para Walmart	303
Si usted muere: su beneficiario designado	305
Si se divorcia	306
Si se va de Walmart	306
Si se va de Walmart y Walmart vuelve a contratarlo	307
Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación	308
Presentación de reclamos al Plan 401(k) de Walmart	310
Información administrativa	311
Anexo especial de la notificación impositiva	313
Anexo especial de la notificación impositiva: contribuciones Roth	317
Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados	324
Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados	324
Contribuciones de Walmart a su titularidad de acciones de la empresa	324
Venta de acciones a través del Plan	324

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 One.Walmart.com o el sitio web del Plan en benefits.ml.com	Llame al Centro de Atención al Cliente al 888-968-4015
<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse o modificar sus contribuciones antes de impuestos, contribuciones Roth o contribuciones para ponerse al corriente Configurar aumentos automáticos periódicos de su tarifa de contribución Solicitar una conversión Roth dentro del Plan Solicitar un paquete de transferencia para realizar una contribución de transferencia Obtener un folleto de información sobre gastos Obtener información acerca de sus cuentas del Plan Obtener una copia de su resumen trimestral Solicitar un retiro por dificultad financiera o un retiro luego de alcanzar la edad de 59 años y medio Solicitar un retiro para gastos de nacimiento o adopción Modificar sus opciones de fondos de inversión Solicitar un pago de liquidación cuando se va de Walmart Obtener información acerca de las opciones de inversión del Plan Solicitar un retiro de su contribución de transferencia Solicitar un préstamo de su cuenta del Plan 	Visite benefits.ml.com	Llame al Centro de Atención al Cliente al 888-968-4015
Designe a un beneficiario	Visite One.Walmart.com	

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 2022 (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 realizan contribuciones paralelas a las suyas antes de que usted sea elegible para tales contribuciones). Por ejemplo, si su fecha de contratación fue el 15 de diciembre de 2021 y se le acreditan 1095 horas antes del 15 de diciembre de 2022 (su primer aniversario), entonces comenzará a recibir contribuciones paralelas el 1 de enero de 2023, con respecto a cualquier contribución que haya realizado al Plan en o después de esa fecha.

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 de febrero hasta el 31 de enero. Será elegible para recibir contribuciones paralelas sobre cualquier contribución que usted realice al Plan el 1 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 2021 y se le han acreditado solamente 895 horas antes del 15 de diciembre de 2022 (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 2023, comenzará a recibir contribuciones paralelas el 1.º de febrero de 2023 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 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 2021 y deja Walmart el 25 de febrero de 2022 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 de noviembre de 2022 (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 2022, comenzará a recibir contribuciones paralelas sobre cualquier contribución que realice al Plan a partir del 1 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 o 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. 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 al siguiente año 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 Roth de transferencia al siguiente año:** 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.
- 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 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 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 por parte de este Plan después del 1 de febrero de 2022 y es elegible para hacer una transferencia al Plan, puede volver a hacer una contribución por la totalidad o parte de esa distribución al Plan en cualquier momento.

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.

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 2023, el límite es \$22,500. La 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 2023, este límite es de \$330,000.

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 pago. 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 \$73,000 o menos (para 2023), o si es un contribuyente soltero con \$36,500 o menos (para 2023) 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.
- 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 en [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) o 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 paga. 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 2023, 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.

Por ejemplo, si opta por contribuir el monto máximo en el año calendario 2023, la cual es la inferior entre \$22,500 o el porcentaje máximo de su paga anual elegible permitido conforme al Plan, podría decidir contribuir hasta \$7,500 más durante el año calendario 2023. Si está interesado en comenzar a hacer contribuciones para ponerse al corriente, puede inscribirse en [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) o 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 \$22,500 para el año calendario 2023, o de \$30,000 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 (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 Reempleo 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 de febrero al 31 de enero). Dado que el límite en dólares de sus contribuciones al plan 401(k) (\$22,500 para 2023) 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 \$22,500 en contribuciones al plan 401(k) en enero de 2023, 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 2023.

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 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 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 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 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 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 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 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 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. Esta información está disponible en 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 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 los gastos del participante y en línea en 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 su cuenta 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.
- 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 por la Ley Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) 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.

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. Para obtener más información, consulte [Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación](#) en este capítulo.

Para solicitar un pago de liquidación por dificultad financiera en línea, visite 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 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. (Tenga en cuenta que antes del 1 de febrero de 1998, el Plan aceptaba transferencias a una cuenta de transferencia de reparto de utilidades, pero esta opción ya no está disponible).

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 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 bajo el Plan refleje su intención actual. Los asociados activos pueden elegir beneficiarios en [One.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 los consentimientos o renunciaciones del cónyuge en cualquier otro documento entre usted y su cónyuge para este propósito). 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.

A partir del 1 de enero de 2014, 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 excónyuge, un hijo o un dependiente. (La ley federal en este momento no permite el reconocimiento de una QDRO para una pareja a menos que la pareja también sea un dependiente del participante). Debido a que existen requisitos muy estrictos para estos casos, debe comunicarse

con el administrador de QDRO al **877-MER-QDRO (877-637-7376)** para obtener una copia gratuita de los procedimientos que su abogado debe usar para redactar el mandato 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 2022, usted puede optar por recibir su pago de liquidación el 18 de agosto de 2022 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 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 2022, el pago de liquidación se realizará automáticamente apenas sea posible después del 31 de octubre de 2022 o
- **Si tiene más de 71½ años y medio, independientemente del saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión.** 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 el cual usted cumple 71½ años, 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 2022, 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 2022 según las disposiciones del Plan.

Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho a posesión es de más de \$1,000 y usted tiene menos de 71½ años, 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 todo o parte de su pago de liquidación hasta cualquier fecha previa a que cumpla los 71½ años, 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 esto

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 71½ años (independientemente del monto de sus cuentas con derecho de posesión), se saldará 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 de 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 71½ años de edad. 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, debe llamar al 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 lo encuentran, 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 más tarde lo ubican, 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 bajo el 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 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, 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 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 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.

NOTA: Puede transferir la totalidad o una parte de su cuenta que sea elegible para una transferencia a una IRA Roth. Todo monto transferido que estuviera sujeto a impuestos de no haberse transferido estará sujeto a impuestos 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 sujetos 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 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, incluso una pareja, 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 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 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 que la revisión se retrasa para permitirle proporcionar la información adicional necesaria para realizar una revisión adecuada, la duración del retraso no se incluirá en el cálculo de la fecha límite de 60 días ni 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 bajo el 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 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 (Pension Benefit Guaranty Corporation, 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 recuperar el pago erróneo de su recepción ya sea mediante la reducción de su cuenta del Plan o pagos futuros que se deben al destinatario, o puede demandar que el destinatario vuelva a pagar de manera oportuna 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 ley 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 e Inquietudes 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 traspasa. 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 tempranas (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.

¿A dónde puedo transferir el pago? Es posible transferir el pago a una IRA (cuenta de jubilación individual o renta vitalicia individual, incluso una IRA Roth) 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 guarde 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, no corresponden las reglas del consentimiento del cónyuge a las IRA, 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 el primero, 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 traspasa todo el monto del pago, la parte no traspasada estará sujeta a impuestos y al 10 % adicional del impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas, siempre y cuando usted esté por debajo de los 59 años y medio (a menos 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 ha nacido antes del 1 de julio de 1949), después de los 72 años (si ha nacido después del 30 de junio de 1949) 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.
- 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 tempranas? 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.
- 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 tempranas 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 tempranas 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 tempranas 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 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 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 de

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

transfiere: 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 transfiere 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 transfiera se le aplicarán impuestos (incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre distribuciones tempranas, 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 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 transfiere, es posible que correspondan reglas especiales para calcular el monto del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, consulte 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 se aplicarán impuestos (reducido por cualquier monto después de impuestos). En general, no corresponde el impuesto adicional del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones. No obstante, si retira el importe transferido de la cuenta IRA Roth dentro del período de cinco años que comienza el 1 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 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 tempranas (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. No obstante, si retira el importe transferido de la cuenta IRA Roth dentro del período de cinco años que comienza el 1 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 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 tempranas (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 tempranas, y la regla especial detallada en la sección **Si nació el 1 de enero de 1936** corresponderá únicamente 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, 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 tempranas (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 de julio de 1949) o 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949).

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 tempranas. 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 desde la IRA heredada hasta el año en que el participante hubiera alcanzado los 70 años y medio (si nació antes del 1 de julio de 1949) o 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949).

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 allí no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas. 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 tempranas.

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, 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, consulte 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 acontecimiento 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.

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, 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** anterior.

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 tempranas (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 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 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 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 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 tempranas 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 años y medio (si ha nacido antes del 1 de julio de 1949), después de los 72 años (si ha nacido después del 30 de junio de 1949) 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.
- 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 tempranas?

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 tempranas 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.
- Pagos de ciertas distribuciones relacionadas con desastres declarados a nivel federal.

Si realizo una transferencia a una IRA, ¿el impuesto adicional de 10 % a las ganancias corresponderá a las distribuciones tempranas 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 del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones tempranas desde la IRA Roth, a menos que corresponda una excepción o el pago sea una distribución calificada. Por lo general, las excepciones del impuesto adicional del 10 % a las ganancias sobre las distribuciones tempranas de una IRA Roth que se indican anteriormente son las mismas que las excepciones de las distribuciones tempranas 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 ninguna regla de impuestos estatales o locales a las ganancias (incluidas 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 tempranas, 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, consulte 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 del participante y no la transfiere, estarán sujetos a impuestos 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 tempranas 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 tempranas (a menos que se aplique una excepción).

Si usa la IRA Roth como una IRA Roth heredada, los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones tempranas. 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 de julio de 1949) o 72 años (si nació después del 30 de junio de 1949).

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 Roth heredada. Los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones tempranas. 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, consulte 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 acontecimiento 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.

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, o puede pedir las por teléfono al **800-TAX-FORM**.

Plan de Compra de Acciones para Asociados (ASPP)

Seguimiento de los movimientos de la cuenta de Computershare	325
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	325
Si se va de la compañía	325
FOLLETO INFORMATIVO	326
Introducción e información general	326
Administración del Plan y gestión de la cuenta	327
<hr/>	
Participación y elegibilidad para el Plan	327
Contribuciones del plan: Programa de Compra de Acciones para Asociados	328
Propiedad de acciones, cargos y riesgos	329
Entrega de certificados de acciones y venta de acciones	330
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	331
Modificaciones y finalización del Plan	332
Información sobre impuestos	332
Información disponible	333
Envío electrónico de folletos informativos y otros documentos	333
Documentos incorporados por referencia	333

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 hacer que cualquier monto desde \$2 hasta \$1,000 se retenga de su pago de sueldo quincenal para comprar acciones. 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 One.Walmart.com/ASPP	Llame a Computershare al 800-438-6278 (discapacitados auditivos: 800-952-9245)
<ul style="list-style-type: none"> • Acceder a la información de su cuenta • Obtener el resumen de cuenta • Obtener un Formulario 1099 	Acceda desde el sitio web computershare.com/walmart o la aplicación Associate Stock	Obtenga la aplicación Associate Stock al descargarla de wmt.link/stock-app o escanee el código QR a continuación (disponible para dispositivos Apple o Android) 
Enviar dinero directamente a Computershare		Envíe el cheque a: Computershare Attn: Walmart ASPP P.O. Box 43080 Providence, Rhode Island 02940-3080 (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. 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. Se puede retener cualquier monto entero en dólares de \$2 a \$1,000 de su cheque de pago para comprar acciones.

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 contribuir 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. En general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de que se realizan. 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 (New York Stock Exchange, 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, desde la aplicación Associate Stock wmt.link/stock-app (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 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 o en la aplicación Associate Stock al descargarla de wmt.link/stock-app.

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, desde la aplicación Associate Stock wmt.link/stock-app (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.

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.

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.

46,247,166 acciones

WALMART INC.

Acciones ordinarias
(valor nominal de \$0.10 por acción)

Plan de Compra de Acciones para Asociados de 2016 de WALMART INC (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 Compras 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](#)" más adelante.

La fecha de este Folleto Informativo es el 31 de agosto de 2022

Introducción e información general

El Plan es una modificación y una reformulación del Plan de Compra de Acciones para Asociados de Walmart, Inc. de 2004 el cual modificó y reformuló anteriormente de Wal-Mart, Stores Inc. Elegibilidad del Plan de Compra de Acciones para Asociados de 1996. El Plan fue aprobado recientemente por los accionistas de Walmart en la Reunión Anual de Accionistas que se llevó a cabo el 1 de junio de 2022. A partir del 31 de agosto de 2022, hasta 46,247,166 acciones ordinarias de la compañía a un valor nominal de \$0.10 por acción (las "Acciones") pudieron comprarse a través de la compañía o en el mercado abierto conforme al Plan; 20,000,000 acciones pudieron obtenerse para la compra a través de la compañía conforme al Plan; y 30,000,000 acciones pudieron

obtenerse para la compra en el mercado abierto conforme al Plan. El 30 de noviembre de 2018, se registraron 50,000,000 acciones en la SEC de los Estados Unidos para ofrecer y vender en función de las Declaraciones de Registro del Formulario S-8. Las acciones se cotizan en la Bolsa de Valores de Nueva York ("NYSE"). En este Folleto Informativo se puede hacer referencia a los asociados participantes como "usted".

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,

FOLLETO INFORMATIVO

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 externo, 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, deben cumplir las condiciones del Plan, pero tienen autoridad y discreción total para administrarlo, incluida, entre otras, la autoridad para realizar lo siguiente: (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 que 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, incluidos la compañía y sus filiales, los asociados, las personas que reclamen derechos contemplados en el Plan de un participante, o a través de este, y 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 reúne los requisitos para participar en el Plan, puede inscribirse en línea a través de 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 de las filiales aprobadas de la compañía (“Empleadores Participantes”) son elegibles para participar en el Plan, excepto en los siguientes casos:

- 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 sujeta 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.

FOLLETO INFORMATIVO

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.

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. 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. 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 del sueldo pueden ser de \$2 a \$1,000 por cada período de sueldo quincenal. 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 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.

FOLLETO INFORMATIVO

COMPRAS 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.

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 a la compañía, a la fecha de elaboración de este folleto informativo no se designaron otras.

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

FOLLETO INFORMATIVO

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 cargos 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. 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 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).

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.

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.

FOLLETO INFORMATIVO

Si por alguna razón solicita a Computershare que venda Acciones de su cuenta del Plan, se le cobrarán la comisión de corretaje y otros cargos aplicables. Las comisiones de corretaje y los cargos adicionales tendrán la tarifa fijada por Computershare de tanto en tanto. Estas tarifas se encuentran disponibles si las solicita a Computershare. En computershare.com/walmart, puede consultar un cronograma actual de las comisiones de Computershare aplicables al Plan. 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.

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 cargos 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, la compañía puede continuar pagando los cargos de mantenimiento por usted.)
- 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.

FOLLETO INFORMATIVO

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 cargos 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** (si tiene problemas auditivos: **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 enmienda o finalización del plan hará que usted pierda: (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.

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 al **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)** (si tiene problemas auditivos: **800-952-9245**) en línea a través de 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. 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, 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:

- Informe Anual de la compañía en el Formulario 10-K para el año fiscal que finalizó el 31 de enero de 2022;
- Informes trimestrales de la compañía en el Formulario 10-Q para los trimestres fiscales que finalizaron el 30 de abril de 2022 y el 31 de julio de 2022.
- Informes actuales de la compañía en el Formulario 8-K presentados en la Comisión el 3 de junio de 2022;
- Declaración de Representación definitiva de la empresa para la Asamblea Anual de Accionistas de 2022, presentada ante la Comisión el 21 de abril de 2022.
- 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 se considerará modificada o reemplazada para los propósitos de este Prospecto informativo en la medida en que una declaración contenida en el presente o en otros Documentos Incorporados presentados posteriormente modifique o reemplace 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

O bien, puede llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

Para obtener más información

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE...	SITIO WEB	TELÉFONO:
Cuándo reúne los requisitos para acceder a los beneficios o cómo inscribirse	One.Walmart.com/Benefits	Llame a Servicios: al Personal al 800-421-1362
Beneficios médicos y reclamos, o administración de la atención	Consulte Buscar un médico y obtener ayuda con el plan del seguro médico en la próxima página	
Nombrar sus beneficiarios	One.Walmart.com/Beneficiary	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Beneficios de farmacia	One.Walmart.com/Prescriptions	OptumRx: 844-705-7493
Cuenta de ahorro de salud (HSA) para asociados inscritos en el Plan Saver	One.Walmart.com/Saver Learn.HealthEquity.com/Walmart/HSA	HealthEquity: 866-296-2860
Centros de Excelencia	One.Walmart.com/COE	BlueAdvantage: 866-823-3790 Aetna, Chicago metro, south FL: 800-525-6257 Aetna, GA, OH: 800-626-9170 Aetna, AK, AL, AR, AZ, CO, IA, IL, IN, KY, LA, MN, MO, MS, NC, SC, TN, VA, WI, WV: 833-554-1544 Aetna, otros estados: 855-548-2387 UMR: 855-870-9177 HealthSCOPE: 800-804-1272 (O consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Programa de salud digestiva: AK, AL, AR, AZ, CO, GA, IA, IL, IN, KY, LA, MN, MO, MS, NC, OH, SC, TN, VA, WI, WV	One.Walmart.com/GIThrive	GIThrive: 833-336-9488 (O consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Programa de fisioterapia digital: AK, AL, AR, AZ, CO, GA, IA, IL, IN, KY, LA, MN, MO, MS, NC, OH, SC, TN, VA, WI, WV	One.Walmart.com/OmadaHealth	(Consulte el reverso de la tarjeta de identificación del plan)
Plan de la vista	One.Walmart.com/Vision	VSP: 866-240-8390
Plan dental	One.Walmart.com/Dental	Delta Dental: 800-462-5410
Seguro por discapacidad a corto plazo	One.Walmart.com/ShortTermDisability (CA, CT, DC, HI, MA, NJ, NY, RI, WA; consulte la guía estatal)	Sedgwick/Lincoln: 800-492-5678
Seguro por discapacidad a largo plazo	One.Walmart.com/LongTermDisability	Lincoln: 877-353-6404
Seguro por accidentes y enfermedades graves	One.Walmart.com/Accident One.Walmart.com/Critical	Allstate Benefits: 800-514-9525
Seguro de vida, por muerte y desmembramiento accidental (AD&D), y seguro de viaje durante viajes de negocios	One.Walmart.com/Life One.Walmart.com/ADD	Prudential: 877-740-2116
Recursos para la vida (Resources for Living)	One.Walmart.com/RFL	800-825-3555 , disponible 24/7
Programa Quit Tobacco (Dejar de fumar)	One.Walmart.com/QuitTobacco	Kick Buts: 855-955-1905
Plan 401(k) de Walmart	One.Walmart.com/401k Benefits.ML.com	Merrill: 888-968-4015
Plan de Compra de Acciones para Asociados	One.Walmart.com/ASPP ComputerShare.com/Walmart	ComputerShare: 800-438-6278

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.
- Cuál de nuestros cuatro administradores de planes presta servicios en su zona. 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 HealthSCOPE	IncludedHealth.com/Walmart IncludedHealth: 800-941-1384 Consulta virtual con un médico: One.Walmart.com/DOD	BlueAdvantage: 866-823-3790 Aetna: 855-548-2387 HealthSCOPE: 800-804-1272
La mayoría de las áreas	UMR	IncludedHealth.com/Walmart UMR: 855-870-9177 Consulta virtual con un médico: One.Walmart.com/DOD	UMR: 855-870-9177
Illinois, Indiana, Misuri, Carolina del Sur, Virginia	BlueAdvantage Aetna	IncludedHealth.com/Walmart Asistente de salud personal: 855-377-2200 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	Included Health: 855-377-2200
AL, CO, IA, IL, MN, MO, MS, NC, SC, WI	UMR	IncludedHealth.com/Walmart UMR: 855-870-9177 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	UMR: 855-870-9177
AK, AL, AR, AZ, CO, GA, IA, KY, LA, MN, MS, OH, TN, WI, WV	BlueAdvantage Aetna	IncludedHealth.com/Walmart Included Health: 800-941-1384 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	Included Health: 800-941-1384 (administración de cuidado) Aetna, GA y OH: 800-626-9170 Aetna, otros estados: 833-554-1544 BlueAdvantage: 866-823-3790
TX: Austin, Dallas, Houston, San Antonio AR: Northwest Arkansas OK: Tulsa, Oklahoma City FL: Tampa, Orlando, Jacksonville, Gainesville, West Palm Beach, Port St. Lucie	BlueAdvantage	IncludedHealth.com/Walmart BlueAdvantage: 866-823-3790 Médico de atención primaria virtual: solamente para AR One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare Consulta virtual con un médico, todas las demás áreas One.Walmart.com/DOD	BlueAdvantage: 866-823-3790
FL: Port Charlotte, Cape Coral/Ft. Myers, Naples, Miami/ Ft. Lauderdale	Aetna	IncludedHealth.com/Walmart Aetna: 800-525-6257 Consulta virtual con un médico: One.Walmart.com/DOD	Aetna: 800-525-6257
IL, IN: Chicago metro	Aetna BlueAdvantage	IncludedHealth.com/Walmart Aetna: 800-525-6257 BlueAdvantage: 866-823-3790 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	Aetna: 855-548-2387 BlueAdvantage: 866-823-3790

(Continúa en la próxima página)

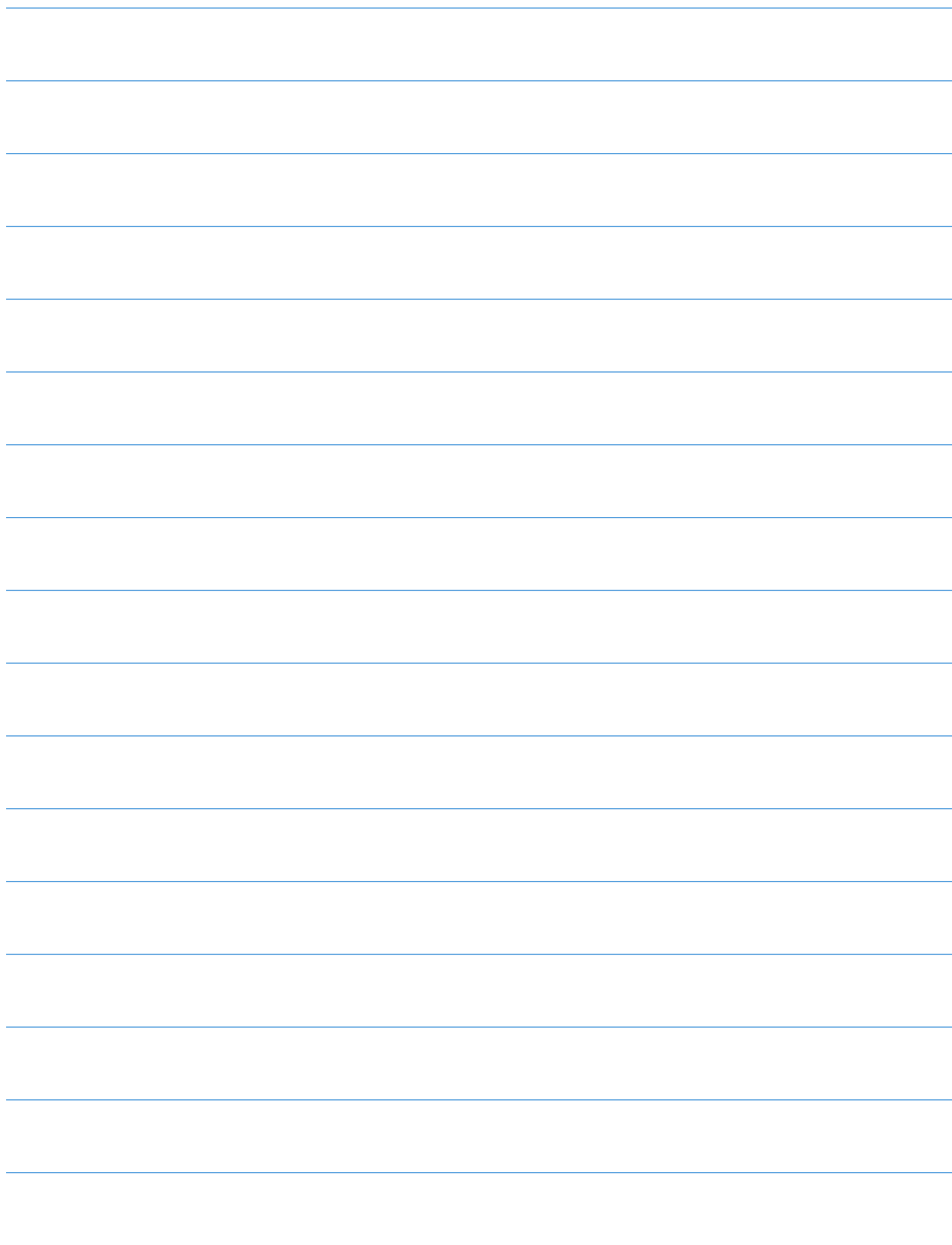
Buscar un médico y obtener ayuda con el plan del seguro médico (continúa)

UBICACIÓN O PLAN	ADMINISTRADOR DEL PLAN	BUSCAR UN MÉDICO	RECLAMOS, ATENCIÓN AL CLIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE CUIDADO
Plan local Mercy Arkansas	HealthSCOPE	IncludedHealth.com/Walmart Included Health: 800-941-1384 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	HealthSCOPE Benefits: 800-804-1272
Plan local Banner	Aetna	IncludedHealth.com/Walmart Aetna: 855-548-2387 Médico de atención primaria virtual: One.Walmart.com/VirtualPrimaryCare	Aetna: 855-548-2387
Hawái	Plan de salud Hawái (HMSA) Kaiser	HMSA.com : 808-948-6111 KP.org : 800-966-5955	HMSA.com : 808-948-6111 KP.org : 800-966-5955
Plan PPO	Aetna	IncludedHealth.com/Walmart Included Health: 800-941-1384 Consulta virtual con un médico: Teladoc.com/Aetna	Aetna: 855-548-2387 Teladoc: 800-835-2362

Para asociados inscritos en planes HMO: busque un médico y obtenga ayuda con el plan 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 Geisinger Health Plan—Área del este Geisinger Extra Health Plan—Área del este	GeisingerHealthPlan.com	Geisinger: 844-863-6850
Health Net Low Option ExcelCare Health Net High Option ExcelCare Health Net Salud y Mas HMO	HealthNet.com	Health Net: 800-722-5342
HMSA Hawái	HMSA.com	HMSA: 808-948-6111
Kaiser de California	kp.org	800-464-4000 (Inglés) 800-788-0616 (Español)
Kaiser de Colorado	kp.org	Área metropolitana de Denver: 303-338-3800 otras áreas: 800-632-9700
Kaiser of Georgia	kp.org	Atlanta metropolitana: 404-261-2590 otras áreas: 888-865-5813
Kaiser de Hawái	kp.org	Kaiser: 800-966-5955
Kaiser of the Mid-Atlantic Low-MD Kaiser of the Mid-Atlantic Low-VA	kp.org	Kaiser: 855-249-5018
Kaiser de Oregon	kp.org	Áreas de Portland: 503-813-2000 Otras áreas: 800-813-2000
Kaiser Foundation Health Plan of WA	kp.org	Kaiser: 888-901-4636







Libro de Beneficios del Asociado de 2023 | Descripciones resumidas del plan