

Este documento incluye la siguiente información relacionada con los beneficios:

- Resumen de modificaciones sustanciales al Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Puerto Rico
- Resumen de modificaciones sustanciales al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico.
- Avisos legales del Plan de Salud y Bienestar para Asociados

**Resumen de modificaciones sustanciales al
Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Puerto Rico
1 de enero de 2024**

Se ha revisado el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, una descripción resumida del Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc. ("el Plan"). Por favor, lee el Resumen de Modificaciones Sustanciales (SMM, por sus siglas en inglés) a continuación, el cual explica las revisiones. No recibirás un *Manual de Beneficios del Asociado* para el 2024. En su lugar, debes consultar el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico junto con este SMM de 2024, que incorpora las modificaciones indicadas en el SMM de 2023. La descripción del resumen del plan actual se compone de la edición original del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, el SMM de 2023 y este SMM fechado el 1 de enero de 2024.

Las revisiones y los números de páginas indicados a continuación corresponden al *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico. La cubierta continuará estando sujeta a los demás términos, exclusiones, limitaciones y costos compartidos aplicables según se describen en el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico.

NOTA: Se ha incluido terminología nueva para reemplazar ciertos términos utilizados en el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico y en este SSM, de la siguiente manera:

- El capítulo de **Elegibilidad e inscripción** será el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.
- Un "evento de cambio de estatus" anteriormente se refería a un evento de vida u otro evento incluido en las regulaciones federales que te permitía modificar la cubierta fuera del periodo de inscripción anual o inicial; el término se cambiará a "evento de cambio de selección". De igual manera, las referencias a "cambio de estatus" se reemplazarán con "cambio de selección".
- El capítulo de *Resources for Living* y el beneficio que este describe ahora serán *My Mental Health Resources*.

Ten en cuenta que cuando este SMM hace referencia a las secciones del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico que incluye estos términos, se utilizan los términos originales sin cambios, a fin de ayudarte a encontrar los textos pertinentes.

Si tú (o tus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal les ofrece más opciones para la cubierta de medicamentos con receta. Para ver detalles adicionales, consulta la página 21 de este SMM.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN (Páginas 4-35 del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico)

Página 6 – Elegibilidad del asociado

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el párrafo que comienza con "Nuestra expectativa es..." con el siguiente:

Nuestra expectativa es que proveas información correcta y precisa cuando solicites o te inscribas en los beneficios. De no hacerlo, podrías estar sujeto a perder los beneficios o el empleo. Además, algunas aseguradoras de beneficios podrían reservarse el derecho, hasta dos años después que tu cubierta entre en vigor, de volver a examinar las declaraciones que hiciste en la solicitud. Si se determina que los hechos materiales se declararon incorrectamente, esto podría afectar tu elegibilidad para el beneficio.

Página 6 – Elegibilidad del asociado

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el párrafo que comienza con "**NOTA:** Tu elegibilidad..." con lo siguiente:

NOTA: La elegibilidad para beneficios y los términos y las condiciones de cada beneficio se describen en el documento del Plan y el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, según enmendado por este SMM. Si la información provista mediante otras fuentes, ya sea de manera oral o escrita, conflige con la del documento del Plan y el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, según enmendado por este SMM, prevalecerán los términos del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, según enmendado por este SMM. En el caso de que los términos del documento del Plan conflijan con los del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, según enmendado por este SMM, prevalecerán los términos del documento del Plan. Si deseas revisar el documento del Plan, consulta el capítulo de Información legal del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico, que trata sobre el derecho a revisar el documento del Plan.

Página 7 – Si dejas la compañía y te recontractan

Se añade el texto a continuación después del primer párrafo de esta sección:

NOTA: Si eras un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero cuando se dio por terminado tu empleo, y te recontractan a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación en una clasificación del puesto de trabajo diferente, para efectos de determinar elegibilidad y fechas de vigencia no serás tratado como si se hubiese terminado tu empleo, sino como si te hubieses trasladado de una clasificación del puesto de trabajo a otra.

Página 10 – Si tu hijo(a) no puede mantenerse a sí mismo(a)

Se reemplaza el subtítulo y el texto que le sigue, en su totalidad, con lo siguiente:

Si tu hijo(a) es mayor de 26 años y no puede mantenerse a sí mismo(a)

Si tu hijo(a) tiene 26 años o más y no puede mantenerse a sí mismo(a), puedes inscribirlo(a) en la cubierta después del final del mes en

que cumple 26 años si:

- Está incapacitado(a) física o mentalmente para mantenerse a sí mismo(a) y depende de ti económicamente y
- El médico de tu hijo(a) provee evidencia médica por escrito de su incapacidad.

Si tu hijo(a) tiene 26 años o más y no puede mantenerse a sí mismo(a), puedes inscribirlo(a) en la cubierta durante el periodo de inscripción inicial, durante cualquier Inscripción Anual, o si tienes un evento de cambio de selección que permitiría la inscripción de un hijo dependiente.

Es posible que se requiera evidencia medica de la incapacidad continua. Es responsabilidad tuya notificar al Plan si tu hijo(a) es mayor de 26 años y no puede mantenerse a sí mismo(a).

Página 11 – Cuándo inscribirse para recibir beneficios

A partir del 1 de enero de 2023, el párrafo que sigue fue añadido antes del párrafo que comienza con “**Inscripción tardía**”:

Evidencia de buena salud. Si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes durante tu periodo de inscripción inicial por una cantidad mayor o igual a la cantidad garantizada y luego aumentas la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, también estarás sujeto a los requisitos de evidencia de buena salud. Para más información, consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo.

Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2024, ese nuevo párrafo añadido que comienza con “**Evidencia de buena salud**” se elimina y se reemplaza con el siguiente:

Evidencia de buena salud. Si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge/pareja durante tu periodo de inscripción inicial por una cantidad mayor a la cantidad garantizada o por la cantidad garantizada y luego aumentas la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, estarás sujeto a los requisitos de evidencia de buena salud. Para más información, consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo. No se requiere presentar una evidencia de buena salud en el caso de seguro de vida opcional para hijos dependientes, sin importar cuándo te inscribas.

Página 12 – Cuándo entra en vigor la cubierta

A partir del 1 de enero de 2024, el texto que sigue reemplaza el texto que comienza bajo el subtítulo **Cuándo entra en vigor la cubierta**, hasta el final de la sección de “**TRABAJO ACTIVO**” o “**ACTIVO EN EL TRABAJO**”:

Consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en este capítulo para ver los detalles sobre las fechas de vigencia. Aunque debes inscribirte en cuanto comience tu periodo de inscripción inicial, incluso después de inscribirte, es posible que tengas que cumplir con un periodo de espera de elegibilidad o con los requisitos de estar activo en el trabajo antes de que entre en vigor tu cubierta.

“**TRABAJO ACTIVO**” O “**ACTIVO EN EL TRABAJO**”

Seguro médico, dental, , muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y My Mental Health Resources: Siempre y cuando te hayas inscrito y hayas pagado las primas correspondientes, la cubierta entrará en vigor incluso si no estás trabajando el día en que hubiese entrado en vigor (por ejemplo, debido a una enfermedad), si te has reportado para tu primer día de trabajo en Walmart. No se requiere inscripción ni primas para *My Mental Health Resources*.

Seguro por accidentes en viajes de negocios, seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y dependientes y todo tipo de cubierta por incapacidad: Si te encuentras en licencia en la fecha en que tu cubierta hubiese entrado en vigor, esta se retrasará hasta que estés en estatus activo y no de licencia, siempre y cuando te hayas inscrito y hayas pagado las primas correspondientes. No se requiere inscripción ni primas para el seguro por accidentes en viajes de negocios, el seguro de vida patronal o el seguro por incapacidad a corto plazo.

Ten en cuenta que los cambios anteriores en la página 12 reemplazan los siguientes cambios que entraron en vigor el 1 de enero de 2023:

- A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el párrafo que comienza “Si no estás trabajando por alguna razón...” con lo siguiente:
Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes Si no estás trabajando por alguna razón (inclusive si estás de licencia) que no sea por un día programado de vacaciones o de enfermedad en el día en que hubiese entrado en vigor tu seguro de vida opcional para asociados o seguro de vida opcional para dependientes, tu cubierta entrará en vigor el primer día en que estés “en trabajo activo” según se define a continuación, siempre y cuando estés inscrito para el beneficio y hayas pagado las primas correspondientes. Si tu cónyuge/pareja o hijo(a) dependiente está internado para recibir tratamiento médico (en la casa o en otro lugar), la cubierta no entrará en vigor hasta que le den de alta.
Incapacidad. Si eres un asociado no exento y no has trabajado horas durante el período de nómina en el que tu cubierta hubiese entrado en vigor, o si eres un asociado exento y no has devengado salario durante el mismo período de nómina en el que tu cubierta hubiese entrado en vigor, para el seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) básico o mejorado (según sea el caso), tu cubierta entrará en vigor en el primer día del periodo de nómina en que se te considere “activo en el trabajo” según se define a continuación, siempre y cuando te hayas inscrito en el beneficio y hayas pagado las primas correspondientes. Para incapacidad a corto plazo tu cubierta entrará en vigor en tu primer día de empleo.
- A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el tercer párrafo bajo el subtítulo de “‘Trabajo activo’ o ‘Activo en el trabajo’” con lo siguiente:
Incapacidad. Para todo tipo de cubierta de incapacidad, estar activo en el trabajo significa que has trabajado horas durante el mismo periodo de nómina en el que entra en vigor tu cubierta si eres un asociado no exento, o has devengado salario durante el mismo periodo de nómina en el que entra en vigor tu cubierta si eres un asociado exento.

Página 14 – En la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo”, la tabla titulada “Asociados no exentos a tiempo completo”

A partir del 1 de enero de 2023, en el área que incluye “Seguro de vida opcional para asociados” y “Seguro de vida opcional para dependientes”, se añade el texto a continuación a la subsección de “Cuándo entra en vigor la cubierta”.

- Si estás de licencia cuando hubiese entrado en vigor tu cubierta, la cubierta entrará en vigor cuando regreses a estatus activo.

A partir del 1 de enero de 2024, este texto se elimina de nuevo.

A partir del 1 de enero de 2023, en el área que incluye “Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados)” los dos puntos bajo “Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial” se reemplazaron con lo siguiente:

- Si te inscribes en la cubierta después de un evento de cambio de selección y se aprueba, tu cubierta entrará en vigor 1) el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que Lincoln aprueba tu cubierta o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación, lo que ocurra más tarde.
- Si te inscribes en la cubierta durante la Inscripción Anual y se aprueba, tu cubierta entrará en vigor: 1) el 1 de enero del próximo año o 2) si se aprueba en o después del 1 de enero, el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que Lincoln aprueba tu cubierta, o 3) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación, lo que ocurra más tarde.

A partir del 1 de enero de 2023, en el área que incluye “Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados)” se añade lo siguiente al final de la subsección de “Si te inscribes en la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial”:

Si seleccionas cubierta, tu selección deberá permanecer vigente hasta el final del año natural que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta la Inscripción Anual del próximo año natural o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de **Cambios de selección permitidos después de la Inscripción Anual** de este capítulo.

A partir del 1 de enero de 2024, los puntos bajo “Si te inscribes en la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial”, incluidos los dos puntos añadidos a partir del 1 de enero de 2023, se reemplazan con lo siguiente:

- Si te inscribes en la cubierta después de un evento de cambio de selección, tu cubierta entrará en vigor: 1) el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que te inscribes o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación, lo que ocurra más tarde.
- Si te inscribes en la cubierta durante la Inscripción Anual para el próximo año del Plan, tu cubierta entrará en vigor: 1) el 1 de enero de ese año o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación, lo que ocurra más tarde.

Página 16 – En la sección de Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo”, la tabla titulada “Asociados exentos”

A partir del 1 de enero de 2023, en el área que incluye “Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados)” el segundo punto bajo “Si te inscribes después del periodo de inscripción inicial” se reemplaza con lo siguiente:

- Si te inscribes en la cubierta durante la Inscripción Anual y se aprueba, tu cubierta entrará en vigor: 1) el 1 de enero del próximo año o 2) si se aprueba en o después del 1 de enero, el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que Lincoln aprueba tu cubierta.

A partir del 1 de enero de 2023, en el área que incluye “Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) (incluye beneficios mejorados)” se añade lo siguiente al final de la subsección de “Si te inscribes en la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial”:

Si seleccionas cubierta, tu selección deberá permanecer vigente hasta el final del año natural que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta la Inscripción Anual del próximo año natural o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de **Cambios de selección permitidos después de la Inscripción Anual** de este capítulo.

A partir del 1 de enero de 2024, los puntos bajo “Si te inscribes en la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial”, incluido el punto añadido a partir del 1 de enero de 2023, se reemplazan con lo siguiente:

- Si te inscribes en la cubierta después de un evento de cambio de selección y se aprueba, la misma entra en vigor el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que te inscribes.
- Si te inscribes durante la Inscripción Anual para el próximo año de Plan, tu cubierta entrará en vigor el 1 de enero de ese año.

Página 32 – En la tabla titulada “Asociados no exentos a tiempo completo que se trasladan a puestos no exentos a tiempo parcial o temporeros” vigente el 1 de enero de 2023, se reemplaza el último punto referente a la cubierta de incapacidad a largo plazo con lo siguiente:

- Si seleccionaste la cubierta del seguro de **incapacidad a largo plazo**, se cancelará tu inscripción a partir del primer día del periodo de nómina posterior al periodo de nómina en el que ocurre tu transición.

EL PLAN MÉDICO (Páginas 36-43 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 38 – ¿Qué se incluye en la cubierta del Plan Médico para Asociados?

A partir del 1 de enero de 2024, se añade el texto que sigue antes de “Cómo presentar una reclamación médica”:

Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar

El programa de Centros de Excelencia para servicios de planificación familiar ofrece beneficios de tratamiento de fertilidad, incluidos los de fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés), inseminación intrauterina (IUI), y otros servicios médicos y de farmacia aprobados según se describe a continuación y brindados por las clínicas Kindbody Signature Clinics. A menos que se disponga lo contrario, este beneficio está disponible solo para los asociados de Puerto Rico y sus cónyuges/parejas de 21 años o más que estén inscritos en la opción de plan médico Premium o Elite del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el “Plan”).

Si eres elegible para participar en el programa de Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar y eliges hacerlo, Walmart pagará el 100% de los gastos médicos elegibles, incluidos los medicamentos de fertilidad, para los servicios cubiertos recibidos de una clínica Kindbody Signature Clinic por medio del programa de Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar, hasta un beneficio máximo de por vida de \$20,000.

Walmart no proveerá más beneficios después de que alcances el beneficio máximo de por vida de \$20,000. El máximo de \$20,000 es la cantidad de beneficios pagados por participante individual del plan médico. Esta cantidad máxima de beneficio de por vida no se reinicia, incluso si se da por terminado tu empleo y te recontratan, independientemente de cuándo ocurra. Además, el beneficio no se reiniciará si actualmente eres un cónyuge/pareja que está inscrito en el Plan y luego te conviertes en un asociado de Walmart directamente elegible para inscribirte en la cubierta médica (o si actualmente eres un asociado de Walmart inscrito en el Plan y luego te conviertes en un cónyuge/pareja elegible bajo la cubierta médica de otro asociado). El beneficio máximo de \$20,000 de por vida no aplica a servicios brindados fuera del programa de Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar, que podrían estar cubiertos según los términos y condiciones de cubierta de otro plan (incluida la opción de plan médico Premium o Elite), independientemente del programa de Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar.

El Plan no cubrirá los servicios de tratamiento de fertilidad recibidos de un proveedor que no sea Kindbody, a menos que dichos servicios sean servicios cubiertos bajo la opción de plan médico en la que estás inscrito.

La cubierta incluye los siguientes servicios integrales de fertilidad:

- Fertilización in vitro (IVF) – de embriones en fresco y congelados
- Inseminación intrauterina (IUI)
- Transferencia de embriones congelados (FET)
- Descongelación y fertilización de ovocitos congelados
- Diagnóstico genético preimplantacional PGT-A; PGT-M, PGT-SR, etc.)
- Tratamiento para la infertilidad masculina debida a azoospermia o historial de vasectomía (TESE; PESE)
- Óvulos, embriones y esperma de donantes (se consideran tributables)
- Criopreservación (congelación) de ovocitos (óvulos)/embriones/esperma. El costo del almacenamiento por parte de Kindbody de ovocitos/embriones/esperma criopreservados se pagará por un año. El pago por años adicionales de almacenamiento por parte de Kindbody será tu responsabilidad.

Los medicamentos de fertilidad serán despachados por la farmacia especializada de Kindbody, Schraft's Pharmacy, incluido el beneficio máximo de \$20,000 de por vida.

Si te interesa participar en el programa de Centros de Excelencia para la fertilidad y la planificación familiar, debes comunicarte con Kindbody al 833- 202-8548 o visitar [Kindbody.com/WalmartPR](https://www.kindbody.com/WalmartPR) para programar una consulta inicial en línea con un médico de Kindbody Signature Clinic y comenzar a elaborar un plan de atención personalizado.

Página 42 – Si te das de baja y te reinscribes

A partir del 1 de enero de 2023, esta sección se elimina.

EL PLAN DENTAL (Páginas 44-49 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 48 – Si te das de baja y te reinscribes

A partir del 1 de enero de 2023, esta sección se elimina.

RESOURCES FOR LIVING (Páginas 58-61 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

A partir del 1 de enero de 2024, se reemplaza este capítulo en su totalidad con el texto de *My Mental Health Resources* a continuación. Todas las referencias a *Resources for Living* en el *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico* se reemplazan con referencias a *My Mental Health Resources*.

My Mental Health Resources

My Mental Health Resources (Mis recursos de salud mental) es el programa de asistencia al empleado de Walmart. El programa ofrece apoyo confidencial para el bienestar emocional y la salud mental y los servicios son ofrecidos a través de Lyra. Los servicios están disponibles sin costo alguno para ti y los miembros elegibles de tu familia a partir de la fecha en que te contratan. Los asociados y familiares pueden llamar a *My Mental Health Resources* o visitar la plataforma en línea de Lyra Health para comunicarse con terapeutas y tutores de salud mental y acceder a herramientas digitales para manejar el estrés, el sueño y las relaciones, y obtener servicios dirigidos a armonizar la vida y el trabajo, como asesoría financiera y legal o recursos para personas cuidadoras.

RECURSOS

Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Conéctate rápidamente con un terapeuta de salud mental y consejero	Comienza accediendo a Walmart.LyraHealth.com	Llama al 800-825-3555
Habla con un <i>Care Navigator</i> de Lyra (<i>Lyra Care Navigator</i>) para acceder a los recursos de Lyra y obtener apoyo inmediato en momentos de crisis, autolesión o pensamientos suicidas.	Chatea con un Care Navigator en: Walmart.LyraHealth.com	Llama al 800-825-3555
Visita <i>Lyra Essentials</i> para acceder a artículos, actividades, herramientas autoguiadas y recursos relacionados con una gama amplia de temas de salud mental.	Visita Walmart.LyraHealth.com	
Visita <i>Lyra Learn</i> para la búsqueda de cursos, talleres mensuales en vivo y reuniones de grupos reducidos con facilitadores.	Visita Learn.LyraHealth.com Ingresa el código de cliente: Walmart5&10	

Lo que debes saber sobre *My Mental Health Resources*

- *My Mental Health Resources* está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.
- Tanto tú como tus dependientes elegibles pueden encontrar terapias de salud mental y consejería, herramientas autoguiadas y servicios para el balance de vida y trabajo.
- Los beneficios de *My Mental Health Resources* se ofrecen sin costo alguno. Tú y tus dependientes elegibles están inscritos automáticamente a partir de tu fecha de contratación, independientemente de si te inscribes o no en el plan médico de Walmart. Los familiares elegibles pueden usar los Beneficios de *My Mental Health Resources*, incluso si estás inscrito en el plan médico de Walmart y ellos no.

Cómo usar los servicios de *My Mental Health Resources*

Si eres un asociado radicado en los Estados Unidos o Puerto Rico, tú y tus familiares elegibles serán inscritos automáticamente en *My Mental Health Resources* a partir de tu primer día de empleo. Los dependientes elegibles incluyen tu cónyuge/pareja de hecho y tus hijos, hijastros o hijos de crianza menores de 26 años. Es posible que se les requiera a los asociados y a sus dependientes elegibles proveer el número de WIN y fecha de nacimiento para confirmar elegibilidad; sin embargo, todos los servicios brindados son completamente confidenciales.

Puedes acceder a *My Mental Health Resources* en cualquier momento en **Walmart.LyraHealth.com** o llamar a Lyra al **800-825-3555** para acceder a las herramientas que te ayudarán a:

- Encontrar a un profesional de salud mental
- Desarrollar una buena salud mental y resiliencia
- Manejar el estrés
- Mejorar el sueño
- Fortalecer las relaciones en la casa y el trabajo
- Obtener consejos financieros y legales
- Encontrar recursos para personas cuidadoras

Muchos recursos de Lyra están disponibles en línea y por teléfono. Los servicios de consejería de Lyra están disponibles por medio de sesiones presenciales o videoconferencia.

Servicios de consejería y terapia de salud mental

Tú y tus familiares elegibles pueden recibir hasta 20 sesiones de consejería o terapia de salud mental, por persona, por año y sin costo alguno, siempre y cuando accedas a la terapia o a la consejería a través de un proveedor de Lyra. Puedes encontrar tu proveedor de Lyra en **Walmart.LyraHealth.com** o llamando al **800-825-3555**, donde un *Care Navigator* de Lyra puede ayudarte con la inscripción y la búsqueda de servicios.

A través de *Lyra Coaching* puedes trabajar con un consejero en sesiones regulares programadas para entender mejor tus retos, decidir lo que quieres trabajar y planificar un camino hacia adelante. Opta por conectarte con tu consejero vía mensajería en vivo en tu móvil o desde tu computadora, o reúnete por medio de videoconferencia de forma recurrente. Mientras trabajan juntos, seguirás desarrollando tus herramientas, destrezas y estrategias para respaldar tu salud mental y fortalecerte para que los cambios perduren. También puedes optar por una experiencia de menor intervención por medio del programa de autocuidado guiado de Lyra (Guided Self-Care Program).

El servicio de terapia de Lyra ofrece acceso a los mejores profesionales de salud y proveen citas de inmediato. Los terapeutas de Lyra son expertos en el diagnóstico de afecciones de salud mental y en identificar los pensamientos, comportamientos y emociones que podrían ser síntomas de depresión severa, ansiedad, trastorno de estrés postraumático u otras afecciones. Durante tus sesiones, el terapeuta te presentará nuevas destrezas y podría asignarte ejercicios para que practiques entre una sesión y otra, de manera que puedas lograr un cambio duradero. Las sesiones de terapia están disponibles tanto virtual como presencialmente, dependiendo de la disponibilidad del

profesional que te atienda.

Entre los temas que puedes atender con un profesional de salud mental se incluyen:

- Manejar el estrés
- Lidar con la depresión, la ansiedad o el uso de sustancias
- Desarrollar relaciones sanas con familiares, amigos y compañeros de trabajo
- Resolver conflictos entre padres/madres e hijos
- Crear un equilibrio entre las demandas del trabajo y la vida familiar
- Luto y pérdida de ser querido
- Resolver situaciones emocionales difíciles

Servicios para armonizar la vida y el trabajo

Lyra y sus recursos adicionales proveen acceso a asesoría legal y financiera, asistencia en casos de robo de identidad y recursos para personas cuidadoras. Los servicios de Lyra para armonizar la vida y el trabajo te pueden ayudar a:

- Alcanzar metas financieras y ahorrar para el futuro
- Planificar para tus contribuciones sobre ingresos
- Explorar tus opciones con relación a asuntos legales
- Acceder a una biblioteca de formularios, documentos financieros y legales para una variedad de necesidades
- Recuperarte de un robo de identidad
- Explorar diversos recursos relacionados con el cuidado de niños, adultos mayores y mascotas.

Puedes participar en una consulta de media hora para cada situación legal o financiera, o una consulta de una hora para cada situación de robo de identidad, sin costo alguno para ti. Ten presente que este servicio no ofrece asistencia en situaciones relacionadas con las leyes laborales. Si necesitas asistencia adicional de índole legal, financiero o por robo de identidad luego de la consulta inicial, puedes continuar trabajando con ese profesional pagando un honorario adicional reducido.

Hay recursos, documentos y herramientas de autoayuda disponibles 24/7 en línea en el

enlace Walmart.LyraHealth.com/Worklife.

Recursos de aprendizaje

Con *Lyra Learn* puedes crear estrategias para mejorar tu bienestar en el trabajo y en el hogar utilizando la plataforma de eLearning creada por el equipo de expertos en salud mental de Lyra.

CURSOS A PETICIÓN Y TALLERES EN VIVO

Explora los cursos ilimitados a petición ("on-demand") y los talleres mensuales en vivo impartidos por profesionales de la salud mental, todo a tu propio paso. Aunque algunos cursos tienen de cinco a ocho capítulos de contenido detallado, los minicursos de salud mental de Lyra se completan en menos de 30 minutos.

En los cursos y talleres se incluyen los siguientes temas:

- Liderar con consciencia y autoconfianza
- Lidar con el estigma de la salud mental
- Dormir mejor
- Manejar el estrés
- Raza, injusticia y salud mental
- Crianza de los hijos en el mundo real
- Desmitificar la salud mental
- Superar los reveses rápidamente
- Y otros temas que se añaden con regularidad

REUNIONES

Participa en *Lyra Gatherings*, reuniones virtuales para escuchar y hablar sobre temas interesantes relacionados con la salud mental, los últimos acontecimientos, diversidad, equidad, inclusión y pertenencia. Cada reunión de *Lyra Gatherings* es un espacio de apoyo dirigido por un experto clínico en el tema. Se limitan los espacios para garantizar una experiencia íntima de un grupo reducido.

Para explorar los cursos a petición e inscribirte en *Lyra Gatherings*, visita Learn.LyraHealth.com e ingresa el código de cliente:

Walmart5&10

Cómo contactar a My Mental Health Resources

LYRA EN INTERNET

Visita Walmart.LyraHealth.com para iniciar los servicios de un profesional de la salud mental y acceder a las herramientas autoguiadas de *Health Essentials*. Es posible que la inscripción de un nuevo usuario requiera el uso de tu número WIN y fecha de nacimiento para confirmar elegibilidad. Puedes descargar la aplicación de Lyra Health de App Store o Google Play para acceder a muchos de los servicios de Lyra.

También puedes obtener información adicional en One.Walmart.com/MyMentalHealthResources.

CÓMO LLAMAR A LYRA

Llama al **800-825-3555** para recibir el apoyo personalizado de un *Care Navigator* en cualquier momento. Los servicios se ofrecen en inglés y español (hay otros idiomas disponibles a solicitud). Las llamadas son confidenciales, excepto cuando la ley dispone lo contrario.

Cuándo terminan los beneficios de *My Mental Health Resources*

Si experimentas un evento cualificado y adquieres el derecho a los beneficios de COBRA, los beneficios de *My Mental Health Resources* continúan automáticamente por 18 meses a partir de tu último día en Walmart (o la duración máxima para la cual serías elegible para la cubierta de COBRA), sin costo alguno para ti. Si te inscribes en la cubierta de COBRA, el beneficio estará disponible durante todo el periodo de COBRA.

No tienes que inscribirte en la cubierta de COBRA para continuar recibiendo los beneficios de *My Mental Health Resources*.

Cómo presentar una reclamación de beneficios de *My Mental Health Resources*

No tienes que presentar una reclamación para recibir los beneficios de *My Mental Health Resources*. Siempre y cuando sigas siendo elegible, puedes acceder a la página web de Lyra o comunicarte con Lyra por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tienes alguna pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarse con People Services al **800-421-1362** o enviar una reclamación escrita a la dirección que sigue:

Mail Stop 3610—Benefits Total Rewards Team
Attn: Custodian of Records
508 SW 8th Street
Mail Stop #3610
Bentonville, Arkansas 72716-3610

Las reclamaciones y las apelaciones se determinan dentro de los periodos de tiempo y según los requisitos expuestos en los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios médicos, según se describe en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**.

PLAN DE SEGURO DE VIDA PATRONAL (Páginas 62-67 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 64 – Cómo nombrar a un beneficiario

A partir del 1 de enero de 2023, se añade la siguiente oración al final del primer párrafo:

No se aceptan formularios impresos.

Página 65 – Cuándo no se pagan los beneficios

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el siguiente párrafo adicional al texto existente:

No se pagarán beneficios si falleces antes de la fecha de vigencia de la cubierta.

Página 66 – Si dejas la compañía y te recontratan

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el texto de esta sección con el que sigue:

Si eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado exento, consulta la sección de **Si dejas la compañía y te recontratan** del capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para ver los detalles sobre el impacto en tus beneficios en el caso de que des por terminado tu empleo con la compañía y luego regreses al trabajo.

SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA ASOCIADOS (Páginas 68-73 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 70 – Cómo nombrar a un beneficiario

A partir del 1 de enero de 2023, se añade la siguiente oración al final del primer párrafo:

No se aceptan formularios impresos.

Página 72 – Cuándo no se pagan los beneficios

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el siguiente párrafo adicional al texto existente:

No se pagarán beneficios si falleces antes de la fecha de vigencia de la cubierta.

Página 72 – Cuándo termina la cubierta

A partir del 1 de enero de 2023, se elimina el último punto y se añade lo siguiente:

Si te das de baja voluntariamente de la cubierta después de un evento de cambio de selección (evento de cambio de estatus) o en la Inscripción Anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta **Eventos de cambio de estatus** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Página 73 – Si te das de baja y te reinscribes

A partir del 1 de enero de 2023, esta sección se elimina.

SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA DEPENDIENTES (Páginas 74-79 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 76 – Seguro de vida opcional para dependientes

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el párrafo antes del subtítulo de “EVIDENCIA DE BUENA SALUD”

con lo siguiente: Tu dependiente no será elegible para la cubierta mientras esté en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.

Si tu cónyuge/pareja o hijo dependiente ha sido internado para recibir tratamiento (en la casa o en otro lugar), la cubierta se retrasará hasta que le den de alta al cónyuge/pareja o hijo (no aplica a los recién nacidos).

Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.

Página 77 – Cuándo no se pagan los beneficios

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el siguiente párrafo adicional al texto existente:

No se pagarán beneficios si falleces antes de la fecha de vigencia de la cubierta.

Página 78 – Cuándo termina la cubierta

A partir del 1 de enero de 2023, se elimina el último punto y se añade lo siguiente:

Si voluntariamente te das de baja de la cubierta después de un evento de cambio de selección (evento de cambio de estatus) o en la Inscripción Anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta **Eventos de cambio de estatus** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción** para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso. A partir del 1 de enero de 2024, se elimina el cuarto punto y se reemplaza con el siguiente:
- En la fecha en que tu cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible (consulta el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**) Sin embargo, si tu cónyuge/pareja deja de ser elegible porque tu estatus laboral cambia al de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, la cubierta de tu cónyuge/pareja terminará el primer día del período de nómina en el que cambió tu estatus laboral.

Página 79 – Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes

A partir del 1 de enero de 2023, esta sección se elimina.

SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) (Páginas 80-87 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 82 – Cómo nombrar a un beneficiario

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el texto del primer párrafo con el que sigue:

A fin de garantizar que el beneficio de seguro AD&D se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o varios. Puedes hacerlo accediendo a **One.Walmart.com** Te recordamos que solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios hechas en línea. No se aceptan formularios impresos. Tú (~~como el~~ asociado) recibirás cualquier beneficio que sea pagadero por tus dependientes cubiertos.

Página 84 – Beneficios adicionales del seguro AD&D

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplazan los puntos tercero y cuarto sobre el beneficio de educación para el cónyuge/pareja y el beneficio de educación y cuidado de hijos con los siguiente:

- Beneficio de reembolso de matrícula (asociados no exentos a tiempo completo y asociados exentos solamente): Si tú (~~como el~~ asociado) falleces, es posible que se pague un beneficio de educación a tu cónyuge/pareja.
- Beneficio de reembolso de matrícula y cuidado de hijos: Si tú o tu cónyuge/pareja cubierta fallece, es posible que se pague un beneficio de cuidado o educación de hijos.

Página 86-87 – Cuándo termina la cubierta

A partir del 1 de enero de 2024, se reemplaza el párrafo al principio de la página 876 que comienza “Además...” con lo siguiente:

Además, si has elegido la cubierta de asociado + dependiente(s) y tu estatus laboral cambia al de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, tu cubierta y la de cónyuge/pareja terminará el primer día del período de nómina en el que cambió tu estatus laboral.

Página 87 – Si te das de baja o reduces la cubierta y te reinscribes

A partir del 1 de enero de 2023, esta sección se elimina.

SEGURO POR ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIO (Páginas 88-93 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Página 90 – Cómo cambiar a un beneficiario

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el texto del primer párrafo con el que sigue:

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a **One.Walmart.com**. No se aceptan formularios impresos.

SEGURO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

A partir del 1 de febrero de 2024, se añade Tiempo Libre con Paga (PTO, por sus siglas en inglés) a todo lo referente a “vacaciones”, “licencia por enfermedad” y similares.

SEGURO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (Páginas 100-109 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

A partir del 1 de febrero de 2024, se añade Tiempo Libre con Paga (PTO, por sus siglas en inglés) a todo lo referente a “vacaciones”, “licencia por enfermedad” y similares.

Página 102 – Los planes de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés)

A partir del 1 de enero de 2024, el texto que sigue reemplaza el texto de la página 102 en su totalidad:

Los planes de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés)

Si te incapacitas, según se define en la sección de **Cuándo cualificas para recibir los beneficios**, el Plan LTD provee el 50% de tu salario mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios.

Si te incapacitas, según se define en la sección de **Cuándo cualificas para recibir los beneficios**, el Plan LTD mejorado provee el 60% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios.

Ambos planes los asegura la compañía Lincoln. Consulta la sección de **Cuándo comienzan los beneficios de LTD** más adelante en este capítulo para información acerca del periodo de espera. Para obtener información sobre el sueldo mensual promedio u otros ingresos o beneficios que podrían reducir este beneficio, consulta **Cómo calcular el beneficio y Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios de LTD** más adelante en este capítulo.

EL COSTO DE LA CUBIERTA DE LTD

El costo de la cubierta LTD se basa en tus ingresos bisemanales elegibles y si eliges el Plan de seguro por incapacidad a largo plazo o el Plan de seguro por incapacidad a largo plazo mejorado. Las primas se deducen de todos los ingresos, incluidos los bonos. Si no tienes ingresos elegibles durante un periodo de nómina, no tendrás que pagar primas para ese periodo. Si recibes cualquier otro ingreso ilegible, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart mientras estés recibiendo beneficios por incapacidad a largo plazo, te retendrán de esos pagos las primas de todos los beneficios, incluidos los de incapacidad a largo plazo.

Cuándo cualificas para recibir los beneficios

Según los términos del Seguro de incapacidad a largo plazo y el Seguro de incapacidad a largo plazo mejorado, "incapacidad" o "incapacitado" por lo general significa que, debido a una lesión o enfermedad ocurrida durante el periodo de espera del beneficio y durante los siguientes 24 meses de incapacidad, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular y que, después de 24 meses de pagos de beneficios, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de ningún trabajo para el cual eres razonablemente apto dado tu capacitación, educación, experiencia, edad y capacidad física o mental.

Al determinar si una persona (que no sea un piloto o copiloto) está incapacitada, Lincoln no tendrá en cuenta los factores laborales, que incluyen pero no se limitan a: conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia del puesto, cortes salariales, puestos compartidos o pérdida de una licencia o certificación profesional u ocupacional.

A fin de cualificar para los beneficios de incapacidad a largo plazo:

- Tienes que estar incapacitado para regresar al trabajo después del periodo inicial de espera del beneficio por incapacidad.
- Tienes que continuar recibiendo la debida atención de un médico cualificado (entre los médicos cualificados se incluyen los médicos y profesionales con licencia que no están relacionados contigo y que brindan servicios dentro del ámbito de sus licencias).
- Lincoln tiene que recibir y aprobar la certificación con la documentación médica que respalda la incapacidad proveniente del médico cualificado antes de considerar el pago de los beneficios.
- Es necesario que estés activo en el trabajo al momento de tu incapacidad. Se te considerará activo en el trabajo si estás prestando servicios en el lugar de negocios usual de Walmart o en un lugar designado por Walmart o si estás trabajando en el día inmediatamente antes de:
 - Un fin de semana o feriado (excepto cuando uno o ambos de estos días son días laborables programados)
 - Días de vacaciones, licencia por enfermedad o Tiempo libre con paga (PTO, por sus siglas en inglés)
 - Cualquier día de trabajo no programado o
 - Una licencia aprobada.

Si tu cubierta de seguro por incapacidad a largo plazo estaba sujeta a una evidencia de buena salud antes del 14 de octubre de 2023, y la cubierta fue aprobada por Lincoln, este tiene el derecho a reexaminar tu cuestionario de evidencia de buena salud durante los primeros dos años posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cubierta de incapacidad a largo plazo. Si se determina que los hechos materiales en tu caso se declararon incorrectamente, se utilizarán las circunstancias reales para determinar si se debe mantener en vigor tu cubierta y por qué cantidad, y es posible que se ajuste la prima.

Ten en cuenta que los cambios anteriores en la página 102 reemplazan los siguientes cambios en vigor el 1 de enero de 2023:

Página 102 – Los planes de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)

A partir del 1 de enero de 2023, se elimina el párrafo al principio de la segunda columna que comienza “Para recibir los beneficios del Plan LTD...”.

Página 102— Cuándo cualificas para recibir los beneficios

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el texto que sigue después del último punto bajo “A fin de cualificar para los beneficios LTD”:

- Es necesario que estés activo en el trabajo al momento de tu incapacidad. Se te considerará activo en el trabajo si estás prestando servicios en el lugar de trabajo de Walmart o en un lugar designado por Walmart o si estás trabajando en el día inmediatamente antes de:
 - Un fin de semana o feriado (excepto cuando uno o ambos de estos días son días laborables programados)
 - Días de vacaciones o licencia por enfermedad
 - Cualquier día de trabajo no programado o
 - Una licencia aprobada.

Si tu cubierta estaba sujeta a una evidencia de buena salud y fue aprobada por Lincoln, este tiene el derecho a reexaminar tu cuestionario de evidencia de buena salud durante los primeros dos años posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cubierta de LTD. Si se determina que los hechos materiales en tu caso se declararon incorrectamente, se utilizarán las circunstancias verídicas para determinar si se debe mantener en vigor tu cubierta y por qué cantidad y es posible que se ajuste la prima.

Página 104-105 – Cómo calcular el beneficio

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplaza el texto al principio de la página 104, desde “Salario mensual promedio...” hasta “...comisiones ni ningún otro beneficio marginal o compensación adicional...” con lo siguiente:

Los ingresos usados para determinar el salario mensual promedio incluyen:

- Ingresos regulares por los 26 periodos de nómina anteriores al último día en que trabajó
- Horas extra
- Los bonos de incentivos por objetivos programados que tienen derecho a recibir ~~tú~~ y los asociados en tipos de empleo o niveles de empleo similares
- Vacaciones o licencia por enfermedad y similar que reemplaza los ingresos regulares (por ejemplo, luto y servicio de jurado)

Se excluyen los periodos de nómina en los cuales no tienes ingresos, lo que reduce el número de periodos de nómina usados en el cálculo.

Los ingresos usados para determinar el salario mensual promedio no incluyen comisiones ni ningún otro beneficio marginal o compensación adicional que no se haya mencionado anteriormente.

Página 104 – Cómo calcular el beneficio

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el texto que sigue antes del subtítulo “LOS IMPUESTOS Y EL BENEFICIO DE LTD”:

VACACIONES O DÍAS POR ENFERMEDAD Y EL BENEFICIO DE LTD

No se puede usar vacaciones o días por enfermedad mientras se reciben los beneficios de LTD. No acumulas horas de vacaciones, por enfermedad o PTO mientras recibes beneficios de LTD.

Página 104 – Cómo calcular el beneficio

A partir del 1 de enero de 2024, se eliminan el subtítulo “LOS IMPUESTOS Y EL BENEFICIO DE LTD” y el párrafo que le sigue.

Página 105 – Cómo calcular el beneficio

A partir del 1 de enero de 2023, se añade el texto que sigue después del primer párrafo bajo “CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL”:

Si se requiere que solicites los beneficios del Seguro Social y no lo haces, o si no provees evidencia de solicitud o de apelación, se reducirán tus beneficios de LTD por la cantidad estimada que recibirías de beneficios por incapacidad de Seguro Social.

Página 105 – Si te encuentras incapacitado y trabajando

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplazan todas las referencias a “ingresos previos a la incapacidad” con “salario mensual promedio”.

A partir del 1 de enero de 2023, se reemplazan los dos párrafos después de la lista de puntos con lo siguiente:

Si aceptas un nuevo puesto y desempeñas todas las tareas materiales y sustanciales a tiempo completo, no estás parcialmente incapacitado.

Página 107 – Cubierta durante una licencia o una cesantía temporal

A partir del 1 de enero de 2024, se reemplaza este subtítulo y el párrafo que le sigue con lo siguiente:

Si te vas de licencia o experimentas una cesantía temporal

Una vez haya entrado en vigor la cubierta de LTD, si no estás activo en el trabajo debido a una licencia aprobada o una cesantía temporal, tu cubierta de LTD continuará por 90 días a partir del comienzo de la licencia o cesantía temporal. Tu cubierta de LTD terminará el día 91 después del comienzo de la licencia aprobada o cesantía temporal, pero será restablecida si regresas a estatus de trabajo activo en el término de un año. Para obtener más información consulta la sección de **Continuación de beneficios si te vas de licencia** en el capítulo de **Elegibilidad e inscripción**, incluidos los detalles sobre el pago de beneficios mientras estás de licencia.

Página 107 – Cuándo termina la cubierta

A partir del 1 de enero de 2024, se elimina esta sección en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente:

Cuándo termina la cubierta de incapacidad a largo plazo

Tu cubierta del seguro por incapacidad de largo plazo termina:

- El día posterior al día en que te das de baja de la cubierta voluntariamente (según se describe a continuación)
- Cuando termine tu empleo, a menos que te hayas ausentado debido a una incapacidad durante el periodo de espera de beneficios de 26 semanas o cualquier periodo durante el cual no se exige el pago de las primas
- El último día del periodo de nómina en el que tu estatus laboral cambie de un estatus laboral elegible
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar la prima en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la misma
- En la fecha en que dejes de ser elegible
- Si no regresas al trabajo después del último día de una licencia aprobada
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio o
- En la fecha de tu fallecimiento.

Si voluntariamente te das de baja de la cubierta después de un evento de cambio de selección o en la Inscripción Anual, la cubierta termina de esta forma:

- **Después de un evento de cambio de selección:** tu cubierta termina el día en que te das de baja voluntariamente de la misma. Para más información consulta la sección de **Cambios de selección permitidos fuera de la Inscripción Anual** en el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia**.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Página 108 – Si pierdes la elegibilidad y luego la recuperas o te das de baja y te reinscribes

Esta sección se elimina.

RECLAMACIONES Y APELACIONES (Páginas 110-125 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 de Puerto Rico*)

Página 120 – DERECHO A REDUCCIÓN, REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

Se añade el texto a continuación antes del primer párrafo de esta sección.

NOTA: Esta sección aplica a beneficios autofinanciados bajo el Plan. No aplica a los beneficios asegurados. Las aseguradoras de los beneficios asegurados podrían tener derechos de subrogación y reembolso aparte, aplicables a los beneficios que aseguran. Consulta la respectiva política y el certificado de cubierta que corresponden a cualquier beneficio asegurado en el que estás inscrito.

Página 124 – Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta por incapacidad

A partir del 1 de enero de 2024, el título de esta sección se cambia a “Proceso de reclamaciones y apelaciones para reclamaciones de la cubierta de incapacidad a corto plazo”. Todas las referencias de “incapacidad” se reemplazan con referencias a “incapacidad a corto plazo”.

Página 124 – CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA

A partir de 1 de enero de 2024, este subtítulo se cambia a “CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA” Las referencias en esta sección que indican que las apelaciones deben enviarse a “Multinational” ,o Lincoln, según sea el caso, se cambian para referirse solo a Multinational. Se elimina el texto al final de esta sección, que comienza “Las reclamaciones del seguro de incapacidad a largo plazo se enviarán a...”.

A partir del 1 de enero de 2023, se añadió el texto que sigue al final de esta sección:

Si elegiste cubierta de incapacidad a largo plazo y te exigieron presentar evidencia de buena salud, pero tu evidencia no fue aprobada, puedes presentar una apelación por escrito a Lincoln Financial Group. Envía tu apelación por email a EOIQuestions@lfg.com o por correo postal de EE. UU. a:

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

Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2024, se elimina ese nuevo texto añadido que comienza “Si elegiste cubierta de incapacidad a largo plazo” y se añade el siguiente bloque de texto:

Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta por incapacidad a largo plazo

Las reclamaciones del seguro de incapacidad a largo plazo deben enviarse a:

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

Si estás recibiendo beneficios de una reclamación aprobada de incapacidad a corto plazo, también puedes llamar a Lincoln al **877-353-6404** para solicitar un formulario de reclamación en cuanto sepas que tendrás que utilizar tu beneficio de incapacidad a largo plazo, pero no más tarde de 30 días después de que de otra forma comenzaría el beneficio de incapacidad a largo plazo. Si eso no es posible, debes llamar a Lincoln en cuanto sea razonablemente posible. Lincoln te ofrecerá información adicional sobre cómo llenar el formulario de reclamación.

Una vez se haya presentado la reclamación, Lincoln te notificará de su decisión respecto a la reclamación en un periodo de tiempo razonable, pero no más de 45 días después del recibo de la reclamación debidamente presentada. El tiempo para tomar la decisión podría

extenderse por hasta dos periodos adicionales de 30 días siempre y cuando, antes de cualquier prórroga, se te notifique por escrito que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control de Lincoln, que dichos asuntos se identifiquen y que te den la fecha para la cual esperan emitir la decisión. Si la reclamación se extiende debido a que no presentaste la información necesaria para evaluar la reclamación, el tiempo para tomar la decisión puede suspenderse desde la fecha en que se te envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe tu respuesta. Si se aprueba la reclamación, la decisión incluirá información suficiente para informarte razonablemente de dicha decisión.

Cualquier determinación adversa de beneficios se hará por escrito e incluirá:

- Las razones específicas de la decisión
- Referencias específicas a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la decisión
- Una exposición de la decisión, incluida una explicación de las razones por las cuales se está en desacuerdo o no con lo siguiente:
 - Las opiniones de los profesionales de la salud que te atienden y los profesionales vocacionales que te han evaluado
 - Las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuya asesoría se obtuvo en nombre del Plan con relación a la determinación adversa sobre tus beneficios, independientemente de si el asesoramiento se tomó en cuenta para la determinación de beneficios y
 - Una determinación de incapacidad relacionada con tu caso hecha por la Administración de Seguro Social y presentada por ti al Plan.
- Una declaración de las reglas internas, guías, protocolos, normas o criterios similares en las que se basa el Plan para la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que dichas reglas, guías, protocolos, normas o criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación adversa se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o limitación similar, se proveerá una explicación de los criterios científicos o clínicos en los que se basa la determinación, aplicando los términos del Plan a tus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación será provista a solicitud y libre de costo
- Una descripción de cualquier información adicional o material necesario para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una declaración de que tienes derecho a recibir, a solicitud y libre de costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a tu reclamación de beneficios
- Una descripción de los procedimientos de revisión y las fechas límite aplicables a dichos procedimientos y
- Una declaración de que tienes el derecho de entablar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales pertinente y la fecha en la que vence el periodo de limitaciones contractuales).

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA

Si te deniegan una reclamación de beneficios por incapacidad a largo plazo y deseas apelar, es necesario que presentes una apelación verbal o por escrito a Lincoln en el término de 180 días después de la denegación.

La apelación será gestionada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que decidió tu reclamación inicial ni un subalterno de la persona que decidió tu reclamación inicial. No habrá deferencia a la determinación inicial. Tendrás la oportunidad de enviar comentarios escritos, documentos u otra información para respaldar la apelación. Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación. Lincoln te proporcionará cualquier evidencia o razonamiento nuevo o adicional que se haya considerado en tu reclamación con suficiente tiempo previo a la fecha de determinación de la apelación para darte una oportunidad razonable de responder.

Si la reclamación conlleva una pregunta que precisa un criterio médico, Lincoln consultará con un profesional de la salud debidamente cualificado y con capacitación y experiencia en el campo pertinente de la medicina. Si se consultó con un profesional de la salud para la determinación inicial, se consultará con otro profesional de la salud para efectos de la apelación. A solicitud, Lincoln te proporcionará la identificación de cualquier experto médico que haya sido consultado en nombre del Plan para fines de tu apelación. Lincoln hará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si se determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te notificará antes del final del período de 45 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si te piden que envíes información adicional, tendrás 45 días a partir de la fecha en que te notifiquen para proveer la información, y la fecha límite de la determinación se suspenderá hasta que proveas la información solicitada (o la fecha límite para proveerla, si ocurre antes).

Si te deniegan la apelación en su totalidad o en parte, recibirás una notificación escrita que incluye:

- La razón o razones específicas de la determinación adversa
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Una exposición de la decisión, incluida una explicación de las razones por las cuales se está en desacuerdo o no con lo siguiente:
 - Las opiniones que presentaste a los profesionales de la salud de Lincoln que te atienden y los profesionales vocacionales que te evaluaron
 - Las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuya asesoría se obtuvo en nombre del Plan con relación a la determinación adversa sobre tus beneficios, independientemente de si el asesoramiento se tomó en cuenta para la determinación de beneficios y
 - Una determinación de incapacidad relacionada con tu caso hecha por la Administración de Seguro Social y presentada por ti al Plan.

- Una declaración de las reglas internas, guías, protocolos, normas o criterios similares en las que se basa el Plan para la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que dichas reglas, guías, protocolos, normas o criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación adversa se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o limitación similar, se proveerá una explicación de los criterios científicos o clínicos en los que se basa la determinación, aplicando los términos del Plan a tus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación será provista a solicitud y libre de costo
- Una declaración de que tienes derecho a recibir, a solicitud y libre de costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a tu reclamación de beneficios y
- Una declaración de que tienes el derecho de entablar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley ERISA (incluida una descripción de cualquier periodo de limitaciones contractuales pertinente y la fecha en la que vence el periodo de limitaciones contractuales).

Consulta la sección **Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal** sobre la fecha límite para entablar una acción legal.

Consulta la sección de **Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad** que aparece anteriormente en este capítulo para información sobre como apelar decisiones sobre elegibilidad.

Página 125 – Beneficios de *Resources for Living*

A partir del 1 de enero de 2024, esta sección se reemplaza en su totalidad con lo siguiente:

My Mental Health Resources

No tienes que presentar una reclamación para recibir los beneficios de *My Mental Health Resources* (Mis Recursos de Salud Mental). Siempre y cuando sigas siendo elegible, puedes acceder al sitio web de Lyra o comunicarte con Lyra por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tienes alguna pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarse con People Services al **800-421-1362** o enviar una reclamación escrita a la siguiente dirección:

**Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team
Attn: Custodian of Records
508 SW 8th Street
Mail Stop #3610
Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Las reclamaciones y las apelaciones se determinan dentro de los periodos de tiempo y según los requisitos expuestos en los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios médicos, según se describe anteriormente en este capítulo.

INFORMACIÓN LEGAL (Páginas 126-137 del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico*)

Páginas 125, 122: Dirección postal del Administrador del Plan

Se reemplaza la dirección postal del Administrador del Plan que aparece en estas páginas con lo siguiente:

**Mail Stop 3610–Plan Administrator
Senior Vice President, U.S. Benefits
Associates' Health and Welfare Plan
508 SW 8th Street
Mail Stop #3610
Bentonville, Arkansas 71716-3610**

Páginas 128, 130,131: Referencias a *Resources for Living* (RFL)

Se reemplazan las referencias a *Resources for Living* (RFL) en estas páginas con *My Mental Health Resources*.

**RESUMEN DE MODIFICACIONES SUSTANCIALES
AL PLAN 401(K) DE WALMART PUERTO RICO
1 de febrero de 2024**

Este resumen te notifica algunos de los cambios recientes al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico (el "Plan") y cómo estos cambios pueden afectar tu participación en el Plan. Dichos cambios se examinan en detalle más adelante. **Debes mantener este documento junto con la sección del Plan 401(k) del *Manual de Beneficios del Asociado de 2022 para Puerto Rico* y leerlos en conjunto.**

PLAN 401(k) DE WALMART PUERTO RICO (Páginas 154-169)

Páginas 163 – Retiros por penuria económica

A partir del 1 de febrero de 2023, se añadió la siguiente sección en la página 163 al final de la sección de **Retiros por penuria económica:**

DISTRIBUCIONES ESPECIALES POR DESASTRE DECLARADO

A partir del 6 de octubre de 2022, debido al huracán Fiona, hay distribuciones especiales disponibles por desastre declarado. Durante el periodo que comenzó el 6 de octubre de 2022 y terminó el 31 de diciembre de 2022, o una fecha anterior según establecida por la Compañía o el Fiduciario, un participante o beneficiario puede solicitar una distribución de su cuenta bajo el Plan para cubrir gastos

elegibles como resultado del desastre declarado por el gobernador de Puerto Rico debido al paso del huracán Fiona, sujeto al cumplimiento con las condiciones y los requisitos de la ley.

A partir del 1 de febrero de 2024, este texto se elimina de nuevo.

Páginas 165-166 – Si terminas tu empleo con Walmart Puerto Rico

A partir del 1 de febrero de 2023, se reemplazó el segundo punto en la página 157 con:

- **Si tienes más de 71½ años, independientemente del balance total del Plan con derechos adquiridos.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible después del último día laborable del segundo mes natural posterior al mes natural en el que cumples 71½ años, a menos que des tu consentimiento para recibir un desembolso adelantado según se describe en la página anterior. Si cumples 71½ años en julio de 2023 y tu cuenta es elegible para un desembolso automático, y no has dado tu consentimiento para el desembolso, este se efectuaría automáticamente en la primera fecha de desembolso programada después del 30 de septiembre de 2023, según las disposiciones del Plan.

Sin embargo, a partir del 1 de febrero de 2024, ese nuevo punto añadido que comienza “Si tienes más de 71½ años” se reemplaza con lo siguiente:

- **Si tienes más de 72½ años, independientemente del balance total del Plan con derechos adquiridos.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible después del último día laborable del segundo mes natural posterior al mes natural en el que cumples 72½ años, a menos que des tu consentimiento para recibir un desembolso adelantado según se describe en la página anterior. Si cumples 72½ años en julio de 2024 y tu cuenta es elegible para un desembolso automático, y no has dado tu consentimiento para el desembolso, este se efectuaría automáticamente en la primera fecha de desembolso programada después del 30 de septiembre de 2024, según las disposiciones del Plan.

A partir del 1 de febrero de 2023, la primera oración del párrafo en la página 166 que comienza “Si el total de tu balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000...” fue reemplazado con:

Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000 y tienes menos de 71½ años, tendrás que dar tu consentimiento para el desembolso.

Sin embargo, a partir del 1 de febrero de 2024, esa nueva oración añadida que comienza “Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos...” se reemplaza con lo siguiente: Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000 y tienes menos de 72½ años, tendrás que dar tu consentimiento para el desembolso.

A partir del 1 de febrero de 2023, la primera oración del párrafo en la página 166 que comienza “Si lo deseas, puedes posponer...” fue reemplazado con:

Si lo deseas, puedes posponer el desembolso para cualquier fecha hasta cumplir los 70½ años, pero el balance del Plan estará sujeto a una cuota anual de mantenimiento y posiblemente otros gastos.

Sin embargo, a partir del 1 de febrero de 2024, esa primera oración añadida que comienza “Si lo deseas, puedes posponer...” se reemplaza con:

Si lo deseas, puedes posponer el desembolso para cualquier fecha hasta cumplir los 72½ años, pero el balance del Plan estará sujeto a una cuota anual de mantenimiento y posiblemente otros gastos.

Páginas 166 – CÓMO RECIBES EL DESEMBOLSO

A partir del 1 de febrero de 2023, la primera oración del párrafo en la página 166 que comienza “Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos...” fue reemplazado con:

Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos, o si tienes más de 71½ años, (independientemente de la cantidad de sus cuentas con derechos adquiridos) se te hará el desembolso directamente en un solo pago global.

Sin embargo, a partir del 1 de febrero de 2024, esa nueva oración añadida que comienza “Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos ...” se reemplaza con lo siguiente:

Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos, o si tienes más de 72½ años (independientemente de la cantidad de sus cuentas con derechos adquiridos), se te hará el desembolso directamente en un solo pago global.

A partir del 1 de febrero de 2023, la primera oración del párrafo en la página 158 que comienza “Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de más de \$1,000...” se reemplazó con:

Si el total de las cuentas con derechos adquiridos en el Plan es de más de \$1,000, no se efectuará el desembolso hasta que elijas la forma de hacerlo y des tu consentimiento para la distribución, o hasta que cumplas los 71½ años.

Sin embargo, a partir del 1 de febrero de 2024, esa nueva oración añadida que comienza “Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos en el Plan...” se reemplaza con lo siguiente:

Si el total de las cuentas con derechos adquiridos en el Plan es de más de \$1,000, no se efectuará el desembolso hasta que elijas la forma de hacerlo y des tu consentimiento para la distribución, o hasta que cumpla los 72½ años.

Por favor, adjunta este Resumen de Modificaciones Sustanciales (“SMM”) al *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico y guárdalo para referencia futura. Entre otras cosas, el *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022 para Puerto Rico contiene información importante sobre las reglas del Plan con respecto a elegibilidad y beneficios. Las enmiendas antes mencionadas no sustituyen ninguna de las disposiciones del Plan no atendidas expresamente en el presente aviso y Walmart se reserva el derecho de enmendar o cancelar el Plan en cualquier momento y en cualquier medida.

Si tienes preguntas sobre este Resumen de Modificaciones Sustanciales o si deseas otra copia del *Manual de Beneficios del Asociado* de 2022

para Puerto Rico, comuníquese con People Services, 508 SW 8th Street, Mail Stop 3500, Bentonville, Arkansas 72716-3500, o llame al 800-421-1362.

Información sobre la Ley ERISA:

Patrocinador del Plan: Walmart Inc.
Número EIN del Patrocinador del Plan: 71-0415188
Nombre del Plan: Plan de Salud y Bienestar para Asociados
Número del Plan: 501

AVISOS LEGALES PARA EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA ASOCIADOS

- Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA
- Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta
- Aviso antidiscriminación: Apreciado Participante del Plan
- Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer

Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAA

Este aviso fue actualizado el 15 de mayo de 2023

ESTE AVISO APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (EL PLAN), EL PLAN DENTAL Y *MY MENTAL HEALTH RESOURCES*, COLECTIVAMENTE "LOS PLANES".

EL COMPROMISO DE LOS PLANES CON TU PRIVACIDAD

Las menciones a "nosotros" y "nos" en este aviso se refieren a los Planes. Walmart también ofrece beneficios a algunos asociados por medio de una Organización de Atención Médica Administrada (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) totalmente asegurado y un plan médico para viajes de negocios internacionales totalmente asegurado. En el caso de estas opciones de beneficios, la aseguradora del plan HMO o PPO o del plan médico para viajes de negocios internacionales es responsable de proteger tu información médica personal conforme a las reglas de la Ley HIPAA, que incluyen proveerte un aviso de las prácticas de privacidad.

Los Planes tienen el compromiso de proteger la privacidad de tu información médica por el tiempo en que los Planes mantengan dicha información o por cincuenta años después de tu muerte. Al operar los Planes, nosotros creamos registros sobre ti y los beneficios que te ofrecemos. Este aviso explica las formas en las que podemos usar y divulgar tu información de salud. También describe tus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de la información médica. La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de tu información de salud, también conocida como Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)
- Proveerte este aviso
- Cumplir con este aviso y
- Notificarte si ocurre una violación de tu Información Médica Protegida.

Los Planes se reservan el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y de aplicar cualquier cambio de este tipo a la Información Médica Protegida que obtuvimos sobre ti antes del cambio. Si hay una revisión sustancial de este aviso, se te entregará un nuevo aviso. Puedes obtener una copia impresa del aviso actual comunicándote con los Planes por medio de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Además, el aviso más reciente está disponible en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉELO CON DETENIMIENTO. Tienes ciertos derechos al amparo de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Ley HIPAA). La Ley HIPAA gobierna cuándo y cómo el Plan Médico para Asociados, el plan dental y el programa *My Mental Health Resources* pueden usar y divulgar tu información médica y cómo puedes acceder a dicha información. Comparte una copia de este aviso con los miembros de tu familia que tienen cubierta bajo el plan médico, el plan dental y *My Mental Health Resources*.

CÓMO PUEDEN EL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS, EL PLAN DENTAL Y *MY MENTAL HEALTH RESOURCES* USAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La ley nos permite usar y divulgar tu Información Médica Protegida para ciertos propósitos sin tu permiso o autorización. Estos son ejemplos de cada una de dichas circunstancias:

1. **Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar tu Información Médica Protegida a médicos, personal de enfermería y otros profesionales que te brindan atención médica.
2. **Para efectuar pagos.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de efectuar pagos por el tratamiento que recibes bajo los Planes. Por ejemplo, podemos comunicarnos con tu profesional de la salud a fin de certificar que has recibido un tratamiento (y para cuáles beneficios) y podemos solicitar detalles acerca del tratamiento para determinar si tus beneficios lo cubren o lo pagan. También podemos usar y divulgar tu Información Médica Protegida a fin de obtener pagos de terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como familiares u otras compañías de seguro.
3. **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, nuestros administradores de reclamaciones en algunos estados o los Planes pueden usar tu Información Médica Protegida para realizar actividades de manejo de costos y planificación. La información que usamos o divulgamos para fines de seguro no incluirá ninguna Información Médica Protegida que sea información genética.
4. **Al patrocinador del Plan.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart, el Patrocinador del Plan. El

Patrocinador del Plan solo usará tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para administrar los Planes. La ley solo permite a los Planes divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart en su función como Patrocinador del Plan, si Walmart certifica, entre otras cosas, que usará o divulgará dicha información solo según lo permita el Plan, que limitará el acceso a tu Información Médica Protegida a los empleados de Walmart cuya función es administrar el Plan y que no la usará para ninguna acción relacionada con el empleo.

5. **Para fines de programas y servicios relacionados con la salud.** Los Planes podrían comunicarse contigo acerca de información sobre tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte.
6. **A personas que participan en tu atención médica o en el pago de la misma.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un tercero que participa en tu atención médica, que incluye un familiar, amigo cercano o persona que identificaste para efectos del plan, siempre que consientas a dicha divulgación. Si no estás presente o disponible para aceptar u objetar la divulgación de tu Información Médica Protegida a un tercero que la solicita, entonces los Planes pueden usar su criterio profesional para decidir si la divulgación te beneficia. Si se determina que una divulgación te beneficia, los Planes pueden divulgar la cantidad mínima de información Médica Protegida necesaria para cumplir con la necesidad. Además, tienes el derecho de solicitar que los Planes limiten cualquier divulgación de Información Médica Protegida a personas específicas que participan en tu atención médica.

OTROS USOS O DIVULGACIONES DE TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

La ley nos permite usar y divulgar tu Información Médica Protegida en las siguientes circunstancias sin tu permiso o autorización:

1. **Cuando lo exige la ley.** Los Planes usarán y divulgarán tu Información Médica Protegida cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
2. **Con relación a riesgos de salud pública.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida para fines de actividades de salud pública, como las dirigidas a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones, informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos, y para reportar el abuso o abandono de niños, personas de mayor edad y adultos dependientes.
3. **Para actividades de fiscalización médica.** Los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a una agencia de fiscalización para fines de actividades autorizadas por ley. Estas actividades de fiscalización, que son necesarias para que el gobierno pueda monitorizar el sistema de salud, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y licencias.
4. **Para fines de demandas y disputas.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida para responder a una orden judicial o administrativa si eres parte de una demanda o proceso similar. También podemos divulgar tu Información Médica Protegida para responder a una solicitud de descubrimiento de prueba, un emplazamiento, u otro proceso legal entablado por otra parte involucrada en la disputa, pero sólo si hemos realizado esfuerzos para informarte sobre la solicitud y darte la oportunidad de objetar al tribunal u obtener una orden que proteja la información que dicha parte ha solicitado.
5. **Para fines de cumplimiento de la ley.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un oficial de ley y orden cuando lo solicite en ciertas circunstancias, que incluyen pero no se limitan a:
 - Con relación a una víctima de crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
 - Con respecto a una muerte que pensamos pueda ser el resultado de conducta delictiva
 - Con relación a una conducta delictiva en nuestras oficinas
 - Para responder a una orden judicial, una orden del tribunal, un emplazamiento u otro proceso legal similar
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, un testigo esencial, un fugitivo o una persona desaparecida
 - En una emergencia, para reportar un crimen (lo que incluye la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen o la descripción, identidad o ubicación de la persona que cometió el delito) y
 - En los casos en que una agencia de ley y orden haya solicitado Información Médica Protegida para fines de identificar o ubicar a una persona, la Ley HIPAA dispone que, si se cumplen ciertas situaciones específicas, los Planes deberán divulgar a la agencia de ley y orden información limitada como nombre, dirección, número de Seguro Social, tipo de sangre (sistema ABO), tipo de lesión, fecha y hora del tratamiento o la muerte, y características físicas distintivas.
6. **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para reducir o evitar una amenaza grave a tu salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o del público en general. En estas situaciones, solo divulgaremos información a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
7. **Para fines de funciones militares.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida si eres miembro de las fuerzas armadas de los EE.UU. o de un país extranjero (incluye a los veteranos), y si es necesario para asegurar la debida ejecución de una misión militar cuando la autoridad militar pertinente ha publicado la información requerida en el Registro Federal.
8. **Para fines de seguridad nacional.** Los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para fines de actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podríamos divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para que puedan proteger al presidente y a otros funcionarios o jefes de estado o para realizar investigaciones.
9. **Confinados.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a instituciones penales u oficiales de ley y orden si eres un confinado o estás bajo la custodia de un oficial de ley y orden. La divulgación para estos fines sería necesaria: para que la institución te provea servicios de salud; para la seguridad de la institución y para proteger tu salud y seguridad, o la salud y seguridad de otras personas.
10. **A los programas de compensación al trabajador.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a programas de compensación al trabajador y similares.
11. **Para servicios relacionados con muertes.** En el caso de tu muerte, los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a un médico forense, director de funeraria, o a servicios de donación de tejido u órganos, según sea necesario para permitirles realizar sus funciones.
12. **Investigación.** La Ley HIPAA permite que los Planes divulguen Información Médica Protegida para fines de investigaciones aprobadas por el gobierno. La política de los Planes es no divulgar Información Médica Protegida para fines de investigación y no se divulgará tu Información Médica Protegida para dichos fines a menos que sea requerido por ley.

13. **Notas de psicoterapia.** Siempre se requiere una autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia a terceros a menos que el uso o la divulgación esté permitido por las regulaciones de la Ley HIPAA. Los usos o divulgaciones permitidos incluyen: uso para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; uso por la persona que origina las notas para fines de tratamiento; uso por parte de los Planes para defenderse en una demanda iniciada por ti; cuando lo exige el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos; cuando dicha divulgación es requisito de ley; para fines de actividades de fiscalización médica según permitido por las regulaciones; divulgación a una persona que podría razonablemente evitar un daño grave a una persona o al público y divulgación a un médico forense para fines de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o para otros fines permitidos por ley. Aunque las regulaciones permiten que las entidades cubiertas usen y divulguen notas de psicoterapia para fines de adiestrar a profesionales de la salud o estudiantes, los Planes no participan en dichos ejercicios de adiestramiento y no pueden divulgar la información para esos propósitos.
14. **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida si existe una sospecha razonable de que eres víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Dicha divulgación se permite según la Ley HIPAA solo cuando lo requiere la ley o con tu permiso o en la medida de que la divulgación sea autorizada expresamente por ley y solo si, según el mejor criterio del Plan, la divulgación sea necesaria para prevenir un daño grave a ti o a otras posibles víctimas.
15. **Actividades de fiscalización médica e investigaciones conjuntas.** Los Planes tienen que divulgar Información Médica Protegida solicitada por agencias de fiscalización médica para fines de auditorías legalmente autorizadas, investigaciones, incluidas investigaciones conjuntas, inspecciones, licencias, acciones disciplinarias u otras actividades de fiscalización de entidades autorizadas.
16. **Esfuerzos de ayuda en caso de desastres.** Los Planes pueden usar o divulgar Información Médica Protegida para notificar a un familiar u otra persona involucrada en tu cuidado sobre tu localización, condición general o muerte, o a una entidad pública o privada autorizada por ley (o por su acta constitutiva) para dar dicha notificación y asistir en esfuerzos de socorro en casos de desastres.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN TU AUTORIZACIÓN

Los Planes obtendrán tu autorización escrita para cualquier otro uso o divulgación de Información Médica Protegida, incluida la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (excepto en las situaciones mencionadas arriba), usos y divulgaciones de Información Médica Protegida para fines de mercadeo y usos y divulgaciones que son ventas de Información Médica Protegida. El Plan no impondrá condición alguna a tu autorización, incluida la elegibilidad de participar en el Plan o en los beneficios del Plan, excepto donde lo permita la ley. Si nos brindas autorización escrita para un uso o divulgación de tu Información Médica Protegida, puedes revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revocas la autorización, no usaremos ni divulgaremos tu Información Médica Protegida por las razones indicadas en la autorización, excepto en el caso de que hayamos actuado en dependencia de tu autorización antes de recibir la revocación por escrito.

LEYES ESTATALES DE PRIVACIDAD MÁS ESTRINGIDAS

Según las regulaciones de privacidad de la Ley HIPAA, el Plan tiene que cumplir con las leyes estatales, de haberlas, que también sean aplicables y no sean contrarias a la Ley HIPAA (por ejemplo, cuando las leyes estatales son más estrictas). El Plan tiene una política para garantizar el cumplimiento con dichas leyes.

TUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tienes los siguientes derechos respecto a tu Información Médica Protegida:

1. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tienes derecho a solicitar que los Planes se comuniquen contigo respecto a problemas de salud y asuntos relacionados de una forma particular o en cierto lugar cuando pienses que tu vida puede peligrar si las comunicaciones se envían a tu residencia. Por ejemplo, podrías pedirnos que nos comuniquemos contigo en tu lugar de trabajo y no en la casa. A fin de solicitar un tipo de comunicación confidencial en particular, es necesario que envíes una solicitud por escrito a la dirección indicada al final de esta sección que especifique el método de contacto o el lugar donde deseas ser contactado(a). Para que consideremos satisfacer tu solicitud de comunicación confidencial, es necesario que la solicitud escrita declare claramente que la divulgación de toda o parte de esta información podría poner en peligro tu vida.
2. **Derecho a solicitar restricciones.** Tienes el derecho de solicitar una restricción a nuestro uso o divulgación de tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por lo general, no estamos obligados a aceptar tu solicitud excepto en circunstancias limitadas; sin embargo, si aceptamos, nuestro acuerdo será vinculante excepto cuando la ley indique lo contrario, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para ofrecerte tratamiento. Para solicitar una restricción en el uso y divulgación de tu Información Médica Protegida, debes enviar la solicitud por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. La solicitud debe describir, de forma clara y concisa, lo siguiente: (a) la información que deseas restringir; (b) si estás limitando el uso o la divulgación, o ambas cosas, por parte del Plan Médico para Asociados, el plan dental o *My Mental Health Resources* y (c) a quién deseas que se apliquen los límites.
3. **Derecho a inspeccionar y copiar la información.** Con la excepción de circunstancias limitadas, tienes el derecho de inspeccionar y copiar la Información Médica Protegida que puede usarse para tomar decisiones relacionadas con tu persona. Esto usualmente incluye los expedientes médicos y los registros de facturación. Para inspeccionar o copiar tu Información Médica Protegida, debes solicitarlo por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. Los Planes deberán proveer directamente a ti o a la persona que nombres, acceso a la Información Médica Protegida electrónica de la forma y en el formato que solicites, si está fácilmente disponible, o, si no, en un formato electrónico legible según acordado entre el Plan y tú. Los Planes pueden cobrar un cargo por concepto de copias, envío, mano de obra y materiales relacionados con tu solicitud. Podemos denegar tu solicitud de inspeccionar y solicitar copias en ciertas circunstancias limitadas, en cuyo caso puedes enviarnos una solicitud al Plan a la dirección indicada abajo.
4. **Derecho a solicitar una enmienda.** Tienes el derecho de solicitar que enmendemos tu Información Médica Protegida si consideras que está incorrecta o incompleta. Para solicitar una enmienda, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Deberás incluir una razón que respalde la solicitud de enmienda. Podemos denegar tu solicitud si nos pides enmendar Información Médica Protegida que: (a) esté correcta y completa; (b) no sea parte de la Información Médica Protegida mantenida por el

Plan o en nombre del Plan; (c) no sea parte de la Información Médica Protegida que se te permitiría inspeccionar y copiar o (d) no haya sido creada por el Plan, a menos que la persona o la entidad que creó la información no esté disponible para enmendarla. Aun en el caso que deneguemos tu solicitud de enmienda, tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo acerca de cualquier dato en tu expediente que consideres incompleto o incorrecto. Si lo solicitas, este formará parte de tu expediente médico, lo adjuntaremos a tus registros y lo incluiremos cuando divulguemos el dato o la declaración que consideres incompleta o incorrecta.

5. **Derecho a recibir una explicación de las divulgaciones.** Tienes el derecho de recibir una explicación de las divulgaciones. La explicación de las divulgaciones es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de tu Información Médica Protegida, para la mayoría de los fines que no sean los de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras excepciones conforme a la ley o conforme a tu autorización. Para solicitar una explicación de las divulgaciones, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Deberás especificar el período de tiempo, el cual no puede exceder del período de seis años anterior a tu solicitud. Te notificaremos acerca del costo que conlleva satisfacer tu solicitud y puedes optar por retirar o modificar la solicitud en ese momento.
6. **Aviso impreso.** Tienes el derecho de solicitar una copia impresa de este aviso, aunque hayas acordado recibirla en formato electrónico.

Si consideras que tus derechos de privacidad han sido violados, puedes presentar una querrela al Plan Médico para Asociados, al plan dental, a *My Mental Health Resources* o al Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para presentarnos una querrela, debes enviarla por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. Ni Walmart ni los Planes tomarán represalias en tu contra por haber presentado una querrela. No serás objeto de represalia o discriminación ni se te negarán servicios, pagos o privilegios por haber presentado una querrela al Plan Médico para Asociados, al plan dental, a *My Mental Health Resources* o al Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Si tienes alguna pregunta sobre este aviso o si deseas ejercer uno o varios de los derechos mencionados en el mismo, contacta a:

**Mail Stop 3610–Plan Administrator
Senior Vice President, U.S. Benefits
Associates' Health and Welfare Plan
508 SW 8th Street
Mail Stop #3610
Bentonville, Arkansas 72716-3610**

Envía la pregunta por correo electrónico a: AHWPrivacy@walmart.com

Teléfono: 800-421-1362

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si cualificas o tus hijos cualifican para Medicaid o CHIP y si eres elegible para la cubierta médica de Walmart, Inc., es posible que tu estado de residencia tenga un programa de asistencia con las primas para ayudarte a pagar la cubierta con fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si no cualificas o tus hijos no cualifican para Medicaid o CHIP, no serás elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedas comprar cubierta de seguro individual por medio del servicio de Health Insurance Marketplace. Visita [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información.

Si tú o tus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados indicados en la lista a continuación, puedes comunicarte con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si ofrecen asistencia con las primas.

Si tú o tus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP actualmente y piensas que podrían cualificar para uno de estos programas, puedes comunicarte con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llamar a **877-KIDSNOW**, o acceder a [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo inscribirte. Si cualificas, pregunta si el estado tiene un programa que pueda ayudarte a pagar las primas del Plan.

Si tú o tus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el Plan de Walmart, Inc., el Plan tiene que permitir que se inscriban en el Plan si ya no lo están. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial" y es necesario que solicites la cubierta en el término de 60 días después de haberse determinado que cualificas para asistencia con las primas. Si tienes preguntas sobre cómo inscribirte en el plan patronal, contacta al Departamento del Trabajo federal en [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o llama al **866-444-EBSA (3272)**.

Si resides en uno de los estados a continuación, es posible que cualifiques para asistencia con el pago de las primas del plan médico patronal. La lista de estados a continuación se actualizó el 31 de julio de 2023. Comunícate con tu estado de residencia para obtener información adicional sobre elegibilidad.

ALABAMA – MedicaidWebsite: <http://myalhipp.com>

Phone: 855-692-5447

ALASKA – Medicaid

The AK Health Insurance Premium Payment Program

Website: <http://myakhipp.com>

Phone: 866-251-4861

Email: CustomerService@MyAKHIPP.comEligibility: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>**ARKANSAS – Medicaid**Website: <http://myarhipp.com>

Phone: 855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

Website: <https://www.dhcs.ca.gov/hipp>

Phone: 916-445-8322

Fax: 916-440-5676

Email: hipp@dhcs.ca.gov**COLORADO – Health First Colorado (Medicaid) & Child Health Plan Plus (CHP+)**

Health First Colorado website:

<https://www.healthfirstcolorado.com>

Health First Colorado Member Contact Center:

800-221-3943 State Relay 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

CHP+ Customer Service: 800-359-1991 / State Relay 711

Health Insurance Buy-In Program (HIBI):

<https://www.mycohibi.com>

HIBI Customer Service: 855-692-6442

FLORIDA – MedicaidWebsite: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/>[flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html](https://www.flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html)

Phone: 877-357-3268

GEORGIA – MedicaidGA HIPP website: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Phone: 678-564-1162, press 1

GA-CHIPRA website: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Phone: 678-564-1162, press 2

Phone: 678-564-1162, press 2

MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

Website:

<http://www.mass.gov/masshealth/pa>

Phone: 800-862-4840 TTY: 711

Email: masspreassistance@accenture.com**MINNESOTA – Medicaid**Website: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>

Phone: 800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

Website:

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Phone: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Website:

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Phone: 800-694-3084

Email: HSHIPPProgram@mt.gov**NEBRASKA – Medicaid**Website: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Phone: 855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

INDIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64

Website: <http://www.in.gov/fssa/hip>

Phone: 877-438-4479

All other Medicaid

Website: <https://www.in.gov/medicaid>

Phone: 800-457-4584

IOWA MEDICAID AND CHIP (Hawki)Medicaid website: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>

Medicaid phone: 800-338-8366

Hawki website: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>

Hawki phone: 800-257-8563

HIPP website:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

HIPP phone: 888-346-9562

KANSAS – MedicaidWebsite: <http://www.kancare.ks.gov>

HIPP phone: 800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment

Program (KI-HIPP) website:

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Phone: 855-459-6328

Email: KIHIPPProgram@ky.govKCHIP website: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>

Phone: 877-524-4718

Medicaid website: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>**LOUISIANA – Medicaid**Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp

Phone: 888-342-6207 (Medicaid hotline) or

855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – MedicaidEnrollment website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Phone: 800-442-6003 TTY: Maine relay 711

Private health insurance premium webpage:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Phone: 800-977-6740 TTY: Maine relay 711

PENNSYLVANIA – MedicaidWebsite: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>

Phone: 800-692-7462

CHIP website: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>

CHIP phone: 800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid and CHIPWebsite: <http://www.eohhs.ri.gov>

Phone: 855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RlTe Share Line)

SOUTH CAROLINA – MedicaidWebsite: <https://www.scdhhs.gov>

Phone: 888-549-0820

SOUTH DAKOTA – MedicaidWebsite: <http://dss.sd.gov>

Phone: 888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program / Texas

Health and Human Services website:

<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>

Phone: 800-440-0493

NEVADA – Medicaid

Website: <http://dhcftp.nv.gov>
 Phone: 800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Website: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
 Phone: 603-271-5218
 Toll-free for HIPP program: 800-852-3345, ext 5218

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Medicaid website:
<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
 Medicaid phone: 609-631-2392
 CHIP website: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
 CHIP phone: 800-701-0710

NEW YORK – Medicaid

Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid
 Phone: 800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://medicaid.ncdhhs.gov>
 Phone: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

Website: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
 Phone: 844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.insureoklahoma.org>
 Phone: 888-365-3742

OREGON – Medicaid

Website: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
 Phone: 800-699-9075

UTAH – Medicaid and CHIP

Medicaid website: <https://medicaid.utah.gov>
 CHIP website: <http://health.utah.gov/chip>
 Phone: 877-543-7669

VERMONT – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program /
 Department of Vermont Health Access website:
<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
 Phone: 800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Website: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
 Medicaid/CHIP phone: 800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Website: <https://www.hca.wa.gov>
 Phone: 800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Website: <https://dhhr.wv.gov/bms>
<http://mywvhipp.com>
 Medicaid phone: 344-558-1700
 CHIP toll-free phone: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP

Website:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
 Phone: 800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Website: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility>
 Phone: 800-251-1269

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2023, o para información adicional sobre los derechos de inscripción especial, comunícate con uno de los siguientes:

U.S. Department of Labor

Employee Benefits Security Administration
dol.gov/ebsa
 866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services

Centers for Medicare & Medicaid Services
cms.hhs.gov
 877-267-2323, Opción 4, Ext. 61565

Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta

Lee este aviso sobre Medicare y tu cubierta de medicamentos con receta detenidamente y guárdalo donde puedas encontrarlo.

Este aviso tiene información sobre tu actual cubierta de medicamentos con receta del Plan Médico para Asociados (el Plan) y sobre tu opción de cubierta de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarte a decidir si debes inscribirte o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si estás considerando inscribirte, debes comparar tu cubierta actual, incluidos los medicamentos cubiertos y el costo, con la cubierta y los costos de los planes que ofrecen cubierta de Medicare para medicamentos con receta en tu área. La información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre tu cubierta de medicamentos con receta aparece al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu actual cubierta y la cubierta de medicamentos con receta de Medicare:

- La cubierta de Medicare de medicamentos con receta se hizo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puedes obtener esta cubierta si te unes a un plan Medicare para medicamentos con receta o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cubierta de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare proveen por lo menos un nivel estándar de cubierta establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cubierta pagando una prima mensual mayor. Para fines del *Manual de Beneficios del Asociado*, cualquiera de los planes de medicamentos de Medicare cubiertos por este aviso se consideran planes de la Parte D.
- El Plan ha determinado que se espera que la cubierta de medicamentos recetados ofrecida bajo todas las opciones autofinanciadas del Plan pague, en promedio para todos los participantes del Plan, tanto como pagaría la cubierta normal de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera que constituye una cubierta acreditable. Si te inscribes en una de estas opciones, puedes mantener la cubierta y no pagar una prima más alta (penalidad) si luego decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare Parte D.

¿CUÁNDO PUEDES UNIRTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Puedes unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando primero comience tu elegibilidad para Medicare y cada año durante el período del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierdes tu actual cubierta acreditable para medicamentos con receta por razones que no son responsabilidad tuya, también serás elegible para un Período Especial de Inscripción de dos meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿CUÁNDO PAGARÁS UNA PRIMA MÁS ALTA (PENALIDAD) POR UNIRTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debes saber que si estás inscrito en una opción del Plan y te das de baja o pierdes tu actual cubierta del Plan y no te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare durante los 63 días posteriores a la terminación de tu cubierta actual del Plan, es posible que tengas que pagar una prima más alta (penalidad) para poder unirse más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

A partir del final del último mes en el que te hiciste elegible para unirse a un plan de medicamentos de Medicare por primera vez pero no te inscribiste, si pasas 63 días consecutivos o más sin una cubierta acreditable de medicamentos con receta, es posible que la prima mensual aumente por lo menos en un 1% de la prima básica de beneficiarios de Medicare al mes por cada mes que no tuviste cubierta. Por ejemplo, si pasas 19 meses sin cubierta acreditable, es posible que tu prima sea siempre un mínimo de 19% más alta que la prima básica de beneficiarios de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (penalidad) durante todo el tiempo que tengas una cubierta de Medicare para medicamentos con receta. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo periodo de inscripción anual de Medicare que comienza en octubre para inscribirte.

¿QUÉ OCURRE CON TU CUBIERTA ACTUAL SI DECIDES UNIRTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare, se verá afectada tu actual cubierta en el Plan. Las guías del Plan te impiden inscribirte en el Plan si estás inscrito en un plan de medicamentos de Medicare. Si tu dependiente está inscrito en un plan de medicamentos de Medicare y tú no, podrás inscribirte en el Plan, pero tu dependiente no sería elegible para dicha cubierta.

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare y suspendes tu cubierta en el Plan, ten presente que tú y tus dependientes podrán reinscribirse, pero solo durante una Inscripción Anual o debido a un evento de cambio de selección, siempre y cuando no sigas inscrito en un plan de medicamentos de Medicare.

Si te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare y decides regresar a una opción del Plan en el plazo de 60 días, tendrás que llamar a People Services a **800-421-1362** para reinscribirte. Consulta el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para más detalles.

PARA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ESTE AVISO O SOBRE TU CUBIERTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Llama a People Services al **800-421-1362** para obtener más información. Nota:

- Recibirás este aviso todos los años antes del próximo periodo en que puedas unirse a un plan de medicamentos de Medicare.
- Si efectuamos un cambio al plan que afecte tu cubierta acreditable en el Plan, recibirás otro aviso.
- Si necesitas una copia de este aviso, puedes solicitarla llamando People Services al **800-421-1362**.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE TUS OPCIONES DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cubierta para medicamentos con receta disponible en el folleto de "Medicare y Usted" provisto por Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente contigo. Recibirás una copia del folleto de Medicare por correo todos los años.

Para información adicional sobre la cubierta de medicamentos con receta de Medicare:

- Visita **medicare.gov**.
- Llama al programa estatal de asistencia con el seguro médico para obtener ayuda personalizada. (Puedes encontrar el teléfono del programa en tu copia del manual "Medicare y Usted".)
- Llama a **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **877-486-2048**.

Si tienes ingresos y recursos limitados, puedes solicitar la ayuda adicional disponible para pagar el plan de medicamentos con receta de

Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visita la Administración de Seguro Social en línea en **socialsecurity.gov**, o llama al **800-772-1213** (TTY **800-325-0778**).

RECUERDA

Guarda este aviso de cubierta acreditable. Si decides inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que tengas que proveer una copia de este aviso al inscribirte para demostrar si has mantenido o no una cubierta acreditable y, por consiguiente, si tienes que pagar o no una prima más alta (penalidad).

Ley de Salud de la Mujer y derechos de Pacientes de Cáncer de 1988

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1988 exige que todos los planes médicos grupales que ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos con relación a mastectomías provean cubierta para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se ha realizado la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para fines de producir un aspecto simétrico y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas, de manera determinada en consulta con el médico responsable y la paciente.

Dicha cubierta estará sujeta a los deducibles anuales de otra forma aplicables y a las disposiciones del Plan con respecto a coaseguros/copagos. Se entregará a la paciente notificación escrita de la disponibilidad de dicha cubierta al momento de inscripción y anualmente en adelante. Para obtener información adicional, llama al **866-940-7444**.

Apreciado Participante del Plan

El Plan de Salud y Bienestar para Asociados respeta la dignidad de cada persona que participa en el Plan.

El Plan de Salud y Bienestar para Asociados no discrimina por razones de raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o incapacidad y prohíbe estrictamente las represalias en contra de una persona por presentar una queja de discriminación. Además, con gusto ofrecemos a nuestros participantes asistencia de idiomas y materiales y servicios auxiliares gratuitamente. Te apreciamos como participante y tu satisfacción es importante para nosotros.

Si necesitas de dicha asistencia o si tienes inquietudes acerca de los servicios del Plan, puedes llamar al número de teléfono que aparece al dorso de la tarjeta de ID del Plan. Si tienes alguna pregunta o inquietud, puedes usar uno de los métodos a continuación para que podamos servirte mejor.

Para obtener asistencia, llama al número de teléfono que aparece en la tarjeta de ID del Plan.

Para conocer o utilizar nuestro proceso de quejas, contacta a People Services al 1-800-421-1362.

Contacta a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. para presentar una queja por discriminación:

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

Ofrecemos servicios de intérprete sin costo alguno: 1-800-421-1362.

عربي
خدمات الترجمة الفورية متاحة دون تكلفة. 1-800-421-1362

Português (Brasil)

Serviços de interprete estão disponíveis grátis.
1-800-421-1362.

မြန်မာ
စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-421-1362

ਪੰਜਾਬੀ
ਦੇਰਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-421-1362.

汉语普通话
翻译服务免费提供。1-800-421-1362.

Русский
Переводческие Услуги оказываются бесплатно. 1-800-421-1362.

فارسی
خدمات مترجم بدون هیچ هزینه ای در دسترس می باشد. 1-800-421-1362

Serviciile de interpretariat sunt disponibile gratuit.
1-800-421-1362.

Français
Des services d'interprètes sont disponibles sans frais.
1-800-421-1362.

Af-Soomaali
Adeegyada Turjumaanka waxaa lagu heli karaa kharash la'aan. 1-800-421-1362.

kreyòl ayisyen
Gen Sèvis entèprèt ki disponib gratis. 1-800-421-1362.

Español
Los servicios de interpretación están disponibles de manera gratuita.
Tiếng Việt
Dịch Vụ Thông Dịch có sẵn miễn phí. 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.

Huduma za tafsiri zipo bila malipo. 1-800-421-1362.